



INFEÇÃO POR VIH ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH): FATORES DE RISCO E NOVAS TRAJETÓRIAS DE SEROPOSITIVIDADE

Relatório Final

Isabel Dias (Coordenadora)
Alexandra Lopes
Helena Carvalho
Luísa Veloso
Marianela Ferreira
Rute Lemos

AGOSTO 2016

Índice

LISTA DE QUADROS	3
LISTA DE FIGURAS	8
SIGLAS E ACRÓNIMOS	9
SUMÁRIO EXECUTIVO	10
1 Introdução: contextualização do estudo e objetivos analíticos	14
2 Metodologia e estratégias de pesquisa	22
2.1 Estratégias de pesquisa na construção e administração do inquérito por questionário	24
2.1.1 Desenho, conteúdo e administração do questionário	25
2.1.2 Procedimentos amostrais	29
2.1.3 Acesso aos hospitais e à população: participação, não-resposta e representatividade	34
2.2 Protocolo deontológico	40
2.3 Entrevistas semiestruturadas	40
2.4 Tratamento e análise dos dados	42
3 Composição sociodemográfica da amostra	47
4 Trajetórias de infeção e modalidades de vivência da seropositividade	66
4.1 O diagnóstico: conhecimento, formas de transmissão e reações à infeção	66
4.2 Recursos formais e informais na gestão da doença	83
4.3 Modalidades de construção e vivência da identidade e orientação sexual	89
4.3.1 Identidade sexual	90
4.3.2 Iniciação sexual	94
4.3.3 Iniciação e identidade sexual: configurações da sua interdependência	99
4.3.4 Relacionamentos atuais estáveis	100
4.4 Consumos de álcool e drogas	104
4.5 Abusos e violência entre parceiros íntimos	115

5	Comportamentos de risco e proteção para a transmissão do VIH:	
	elementos de autorregulação do comportamento	122
5.1	Uso do preservativo e revelação do estatuto serológico	125
5.2	Estratégias comportamentais de prevenção da transmissão do VIH	129
5.3	<i>Barebacking</i> e a procura intencional do risco	133
5.4	Engates na Internet: as novas plataformas de procura de parceiros entre HSH	134
5.5	Relações sexuais com parceiras femininas	137
5.6	Consumos abusivos e comportamentos de risco	139
5.7	Identidade sexual e comportamentos de risco	141
5.8	Conclusões	143
6	Conhecimentos, atitudes e práticas no domínio da transmissão do VIH	147
6.1	Conhecimento do risco do comportamento sexual desprotegido.....	148
6.2	Otimismo vs ceticismo em relação aos novos tratamentos/ medicamentos para a infeção por VIH	152
6.3	(Des)responsabilização em relação ao outro e autorregulação do comportamento	155
6.4	Conclusões	158
7	Conclusões e recomendações	162
	Bibliografia	173

Lista de Quadros

Quadro 2.1. Amostra final dos hospitais seleccionados, por região (NUTS II).....	31
Quadro 2.2. Número de questionários aplicados por unidade hospitalar, segundo a região (NUTS II)	33
Quadro 2.3. Data de início de aplicação dos questionários por unidade hospitalar	35
Quadro 3.1. Idade por escalões etários	47
Quadro 3.2. Nível de escolaridade completo	48
Quadro 3.3. Nível de escolaridade sintetizado	49
Quadro 3.4. Nível de escolaridade dos inquiridos segundo o seu escalão etário, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)	50
Quadro 3.5. Estado civil	50
Quadro 3.6. Composição do agregado doméstico	51
Quadro 3.7. Composição do agregado doméstico dos inquiridos segundo o seu escalão etário, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)	52
Quadro 3.8. Localidade de residência (NUTS II)	53
Quadro 3.9. Distrito de residência	54
Quadro 3.10. Condição perante o trabalho.....	55
Quadro 3.11. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo o seu escalão etário em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)	56
Quadro 3.12. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo o seu nível de escolaridade sintetizado, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada nível de escolaridade)	57
Quadro 3.13. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo a sua localidade de residência (NUTS II) em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada localidade de residência)	58
Quadro 3.14. Condição perante o trabalho antes do diagnóstico	59
Quadro 3.15. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo a sua condição perante o trabalho antes do diagnóstico em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada condição perante o trabalho antes do diagnóstico)	60
Quadro 3.16. Profissão (atual ou última antes de situação de desemprego, incapacidade para o trabalho ou reforma) segundo a Classificação Nacional das Profissões	61

Quadro 3.17. Profissão dos inquiridos (atual ou última antes de desemprego, incapacidade para o trabalho ou reforma) segundo o seu nível de escolaridade, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada nível de escolaridade)	62
Quadro 4.1. Longevidade do diagnóstico da infeção por VIH	67
Quadro 4.2. Forma de conhecimento do diagnóstico de infeção por VIH.....	67
Quadro 4.3. Motivos que levaram a realizar o teste à infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)	68
Quadro 4.4. Motivos dos inquiridos para a realização do teste à infeção por VIH segundo a forma de conhecimento do diagnóstico, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada forma de conhecimento do diagnóstico – mais do que uma resposta possível nos motivos para a realização do teste)	70
Quadro 4.5. Local onde foi realizado o primeiro diagnóstico de seropositividade	71
Quadro 4.6. Local onde foi realizado o primeiro diagnóstico de seropositividade segundo a forma de conhecimento do diagnóstico, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada forma de conhecimento do diagnóstico)	72
Quadro 4.7. Forma de transmissão da infeção por VIH	73
Quadro 4.8. Grau de informação sobre a infeção por VIH, incluindo as formas de transmissão, antes do diagnóstico	74
Quadro 4.9. Grau de informação dos indivíduos sobre a infeção por VIH, incluindo as formas de transmissão, antes do diagnóstico segundo o seu nível de escolaridade, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada nível de escolaridade)	74
Quadro 4.10. Tempo decorrido desde o conhecimento do diagnóstico da infeção por VIH até ir à primeira consulta médica de especialidade VIH/SIDA	75
Quadro 4.11. Principal motivo pelo qual não foi ao médico logo que soube que tinha a infeção por VIH	76
Quadro 4.12. Revelação do diagnóstico da infeção (mais do que uma resposta possível)	77
Quadro 4.13. Motivos para a não revelação do diagnóstico (mais do que uma resposta possível)	78
Quadro 4.1.4 Reações do próprio ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)	79
Quadro 4.15. Reações do cônjuge/parceiro, dos familiares e dos amigos ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível).....	80
Quadro 4.16. Reações dos ex-parceiros ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)	81
Quadro 4.17. Reação dos colegas de trabalho e da entidade patronal ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)	82

Quadro 4.18. Reação dos profissionais de saúde ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)	82
Quadro 4.19. Carga viral no último exame realizado	83
Quadro 4.20. Diagnóstico de IST nos últimos 12 meses	84
Quadro 4.21. Serviços de saúde aos quais costuma recorrer	84
Quadro 4.22. Nível de escolaridade dos inquiridos que recorrem a serviços de saúde privados	85
Quadro 4.23. Profissão (atual ou última) dos inquiridos que recorrem a serviços de saúde privados	85
Quadro 4.24. Motivos de recurso aos serviços de saúde, para além da monitorização do estado de saúde (mais do que uma resposta possível).....	86
Quadro 4.25. Recurso a serviços de apoio psicológico e social e serviços de apoio e aconselhamento, segundo o escalão etário, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário).....	87
Quadro 4.26. Apoio recebido para problemas de saúde e cuidados relacionados com a infeção por VIH	87
Quadro 4.27. Apoio recebido dentro das redes informais/familiares	88
Quadro 4.28. Apoio recebido dentro das redes formais	88
Quadro 4.29. Designação que melhor corresponde ao que pensa sobre si mesmo	90
Quadro 4.30. Atração sexual	90
Quadro 4.31. Idade de iniciação da vida sexual	94
Quadro 4.32. Contexto de conhecimento do homem com quem teve relações sexuais pela primeira vez	95
Quadro 4.33. Idade da primeira relação anal com um homem	95
Quadro 4.34. Tipo de relacionamento com o homem com quem teve relações sexuais pela primeira vez	96
Quadro 4.35. Tipo de relação com o parceiro estável	100
Quadro 4.36. Contexto de conhecimento do homem com quem tem uma relação estável	101
Quadro 4.37. Partilha do estatuto serológico com o parceiro estável	102
Quadro 4.38. Consumo de álcool e/ou drogas nos últimos 6 meses	105
Quadro 4.39. Última vez que consumiu álcool	107
Quadro 4.40. Consumo regular e não regular de álcool segundo os escalões etários, em valores absolutos e em percentagem (% calculada sobre o total dos inquiridos que declaram consumo de álcool nos últimos 6 meses dentro de cada escalão etário)	107
Quadro 4.41. Consumo de álcool no último mês segundo os escalões etários, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)	108
Quadro 4.42. Última vez que consumiu drogas por tipo de drogas (% calculada sobre o total de inquiridos)	110

Quadro 4.43. Número de substâncias consumidas nos últimos 6 meses.....	111
Quadro 4.44. Substâncias consumidas por número total de substâncias consumidas entre os inquiridos que declaram consumos nos últimos 6 meses	112
Quadro 4.45. Contextos e locais de consumo (% calculada sobre o total dos inquiridos que declaram consumos nos últimos 6 meses – mais do que uma resposta possível)	113
Quadro 4.46. Substâncias consumidas por contextos e locais de consumo, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada substância)	114
Quadro 4.47. Efeitos que os inquiridos que consomem substâncias declaram sentir associados aos seus consumos (mais do que uma resposta possível)	115
Quadro 4.48. Número total de situações de abuso assinaladas pelos inquiridos	116
Quadro 4.49. Tipos de abusos assinalados pelos inquiridos que declaram ter sido vítimas de algum tipo de abuso por um parceiro (mais do que uma resposta possível)	117
Quadro 4.50. Reações dos inquiridos às situações de abuso (mais do que uma resposta possível)	118
Quadro 5.1. Modalidade de adesão ao uso de preservativo por perfil de comportamento sexual nos últimos 6 meses	126
Quadro 5.2. Estatuto serológico dos parceiros sexuais e estratégias de revelação/ocultação do estatuto serológico	127
Quadro 5.3. Iniciativa de utilização do preservativo por perfil de comportamento sexual	128
Quadro 5.4. Incidência do uso de preservativo durante todo o ato sexual por tipo de parceiro com quem ocorreu a última relação sexual (% calculada dentro de cada tipo de parceiro)	129
Quadro 5.5. Razões apontadas para a não utilização do preservativo durante o último ato sexual (mais do que uma resposta possível)	131
Quadro 5.6. Utilização de estratégias de prevenção da transmissão do VIH entre os indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses e no âmbito de relações onde o estatuto serológico do inquirido é conhecido para o parceiro	132
Quadro 5.7. Reconhecimento e prática de <i>barebacking</i>	134
Quadro 5.8. Principais locais de encontro de parceiros ocasionais indicados pelos indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses e com pelo menos um parceiro sexual ocasional	135
Quadro 5.10. Distribuição dos indivíduos que declaram ter mantido relações sexuais com mulheres nos últimos 6 meses por indicadores selecionados	138

Quadro 5.11. Tipo de parceiro e uso de preservativo na última relação sexual por indicadores de orientação e identidade sexual	142
Quadro 6.1. Valores médios, por item, na perceção de risco associado ao comportamento sexual não protegido	149
Quadro 6.2. Percentagem de respostas corretas em cada uma das afirmações da escala de avaliação do conhecimento de risco do comportamento sexual desprotegido	151
Quadro 6.3. Valores médios de concordância registados por cada afirmação relativa ao grau de otimismo/ceticismo sobre carga viral e medicamentos para o VIH	153
Quadro 6.4. Valores médios de concordância registados para cada afirmação relativa ao grau de autorresponsabilização pela prevenção da infeção por VIH	156

Lista de Figuras

Figura 1. Configuração topológica dos padrões de identidade sexual e projeção dos clusters	92
Figura 2. Configuração topológica dos padrões de iniciação sexual e projeção dos clusters	97
Figura 3. Relação entre iniciação sexual e identidade sexual	99
Figura 4. Configuração topológica dos padrões de relacionamento atual estável e projeção de clusters	103
Figura 5. Consumo de álcool segundo os escalões etários, em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)	106
Figura 6. Consumo de drogas segundo os escalões etários, em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)	109

Siglas e Acrónimos

- ACM** Análise de Correspondências Múltiplas
- CA** Conselhos de Administração
- CAD** Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
- CAPI** *Computer Assisted Personal Interviewing*
- CDC** *Centres for Disease Control and Prevention* (dos EUA)
- DGS** Direção-Geral da Saúde
- ECDC** *European Centre for Disease Prevention and Control*
- HSH** Homens que têm Sexo com Homens
- INE** Instituto Nacional de Estatística
- IPSS** Instituição Particular de Solidariedade Social
- IST** Infeções Sexualmente Transmissíveis
- NATSAL** *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* (do Reino Unido)
- NHLS** *National Health and Social Life Survey* (dos EUA)
- NUTS** Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- ONG** Organização Não Governamental
- PPE** Profilaxia Pós-Exposição
- PREP** Profilaxia Pré-Exposição
- PN VIH/SIDA** Programa Nacional para a infeção por VIH/SIDA
- SI.VIDA** Sistema de Informação para o VIH/SIDA
- SIDA** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SNS** Serviço Nacional de Saúde
- UDI** Utilizadores de Drogas Injetáveis
- VIH** Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO EXECUTIVO

Homens homossexuais e bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens incluem-se nos grupos onde permanece descontrolada a epidemia de VIH. A necessidade de encontrar respostas eficazes a uma tendência que ameaça minar as conquistas alcançadas no caminho para as metas globais estabelecidas pela UNAIDS tem motivado, um pouco por todo o mundo, esforços de investigação, na procura das determinantes e das manifestações dos comportamentos individuais e coletivos que possam orientar as estratégias de prevenção. Este relatório dá conta dos resultados de uma investigação que se alinha nesse esforço global e que versou a identificação dos fatores de risco associados aos comportamentos de uma amostra de homens que fazem sexo com homens, com diagnóstico de seropositividade para o VIH, em Portugal.

A metodologia de investigação envolveu a realização de um inquérito por questionário a uma amostra de 671 indivíduos seropositivos, que fazem sexo com outros homens e que são seguidos em 14 hospitais portugueses. Complementarmente, foram realizadas entrevistas qualitativas, em profundidade, para a exploração mais detalhada de algumas dimensões de análise centrais do modelo operacionalizado na investigação. A abordagem seguida neste estudo coloca o enfoque nos comportamentos que representam risco para a propagação do VIH e procura problematizar quais são os fatores que potenciam ou limitam a capacidade individual de autorregulação dos mesmos. Os resultados apontam para níveis elevados de autoconhecimento dos comportamentos sexuais de risco mostrando que cerca de 80% da amostra estava informada sobre as formas de transmissão do vírus antes do diagnóstico e que a tendência é para a manutenção de comportamentos que envolvem risco, com cerca de 25% de indivíduos a não usarem sempre o preservativo no ato sexual, o que se observa quer em relações entre parceiros estáveis, mas com o consentimento de ambos, quer em relações com parceiros ocasionais, nestes em contextos maioritariamente de ocultação do estatuto serológico. Tais comportamentos de risco observam-se, de igual modo, em práticas sexuais em que o risco é simultaneamente assumido e intencional, como é o caso do *barebacking sex*, assinalado por 15% dos inquiridos. Mesmo a estabilidade da relação com os parceiros íntimos/sexuais não surge, neste estudo, como fator protetor do risco, na medida em que 23,2% dos inquiridos admite ter relações sexuais com outras pessoas. À rejeição da responsabilidade individual face à transmissão do VIH a outros, associa-se a representação

generalizada da sua natureza crónica, o que não só suporta um certo relaxamento dos inquiridos face a comportamentos sexuais de risco, como alimenta a sua confiança nos progressos ao nível da prevenção e do tratamento da infeção.

“Pensei que ia morrer, pensei mesmo que ia morrer. Eu tinha informação, mas aquela informação normal de quem não tem o problema. Sabe-se que é preciso usar o preservativo para não ocorrer isto e aquilo, mas não sabia muito do estado da doença”.

Manuel, 35 anos, Ensino Superior

Manuel tomou conhecimento do diagnóstico da infeção VIH/SIDA porque o parceiro que tinha na altura não melhorava após uma cirurgia. Então o médico *“mandou-lhe fazer análises completas, incluindo o HIV”*. Não sabe *“se foi nessa relação”*, que apanhou o vírus, mas a médica *“resolveu muito bem o problema”*: *“(…) disse-nos que pelos nossos resultados, estaríamos os dois infetados há mais de quatro anos”*. Ora, *“nós estávamos juntos mais ou menos há quatro anos”*. Refere que nos *“relacionamentos fortuitos usava sempre o preservativo”*. Só não usa preservativo *“com pessoas com quem tem uma relação estável: estava-se um mês, dois com essa pessoa, começava-se a ganhar outro à vontade, havia os sentimentos, as paixões, os amores e aí a gente acabava por confiar sem fazer o teste”*. Quando tomou conhecimento do diagnóstico ficou com *“muito medo”* e pensou *“que ia morrer”*, tanto mais que fez uma *“alergia do arco-da-velha à medicação. (...) Aquilo era tóxico para mim, aí fiquei com medo de não haver alternativas, de não haver medicação para mim e não me safar”*. Tem uma posição ambivalente relativamente ao diagnóstico VIH: *“ter descoberto a doença foi mau, mas foi bom porque de uma assentada assumi aquilo que era e que andava a esconder há anos”*, principalmente dos *“amigos muito chegados e da família. Foi um pac para toda a gente, mas a doença foi como uma libertação”*. Apesar de se assumir como *“homossexual”* também se relacionou com mulheres. Mas a partir do momento em que se apaixonou por um homem *“não voltou a procurar mulheres”*. A exceção foi a sua ex-namorada, com a qual se envolveu precisamente no dia em que lhe contou que era homossexual: *“fomos jantar, depois fomos a um bar... ela começou a dançar comigo e a picar-me um bocadinho do género “isso já não funciona com as meninas” e aquilo excitou-me, e ela vai beija-me. Levou-me para casa dela e aconteceu, com proteção e tudo. Depois conversamos e eu disse-lhe: se eu estiver com um homem não preciso de estar com uma mulher, se estiver com uma mulher vou precisar de estar com um homem”*.

Teve vários parceiros íntimos e sexuais, ora mais estáveis, ora ocasionais, mas só revela o diagnóstico se a relação for *“séria”*: *“não digo nada sobre o meu problema porque acho que é uma coisa minha, ninguém tem de saber, desde que tome todas as precauções”*. De resto, o uso do preservativo, especialmente em relações fortuitas, é uma condição da qual não abdica, senão *“corta logo ali”*: *“se eu vir que a outra pessoa*

não tem o mesmo tipo de precaução a mim corta-me a libido e, portanto, já não se vai passar nada". Considera que *"toda a gente deve usar preservativo até ter uma relação séria e se fazer o teste"*. Todavia, admite que apesar de estar numa relação monogâmica, por vezes, ele e o companheiro recorrem a uma terceira pessoa: *"é uma fantasia comum estar com outra pessoa"*, a qual *"durante algum tempo foi sempre a mesma"*.

Manuel tem uma opinião muito favorável da médica que o acompanha afirmando que a vê mais *"como uma amiga do que propriamente como uma médica"*, mas *"sempre com o devido respeito"*. Relativamente ao Serviço Nacional de Saúde tem, de igual modo, *"uma boa impressão"*, referindo que *"às vezes as pessoas dizem mal do SNS porque não precisam dele, porque se precisassem não diziam assim tão mal. No serviço que me toca sempre fui muito bem tratado, nunca fui discriminado por ter a doença que tenho, nem relativamente à minha homossexualidade"*. Considera que há uns anos atrás as *"campanhas assustavam um bocadinho as pessoas e como assustavam as pessoas, às vezes, tomavam precauções. Mas não acho que se tenha que ir pelo lado do medo, não se deve meter medo às pessoas"*. A este propósito refere uma campanha que o chocou: *"Era um homem muito bonito e uma mulher muito bonita e começavam a ter relações sem proteção e de repente ele transformava-se num bicho, num escorpião. Eu achei aquilo de mau gosto, até porque já era seropositivo, a mim atingiu-me. Eu percebo o que eles queriam dizer, mas também não sou nenhum bicho pelo facto de ter o bicho dentro de mim"*. Por isso, recomenda que se deve fazer *"uma campanha de proteção em relação ao VIH, (...) apelar à responsabilidade, mas não ao facilitismo"*.

Por último, considera que a infeção tem vindo a aumentar entre os mais jovens por *"serem menos responsáveis e por acharem que já não é uma doença mortal. Mas não é bom ter, é melhor não ter"*. Por isso, diria a esses jovens: *"tu não morres disto, mas sofres muito com isto. E sofres porque há estigma, porque se as pessoas sabem põem-te de lado, porque se tiveres um emprego estável podes ser despedido...."*

1 Introdução: contextualização do estudo e objetivos analíticos

Após ter sido identificado na década de 1980 nos Estados Unidos da América, entre homens homossexuais, nos anos 1990, o vírus do VIH/SIDA seguiu outros caminhos de transmissão, encontrando-se igualmente entre grupos populacionais mais indiferenciados, como os heterossexuais, e entre grupos populacionais onde a infeção não se associa a comportamento sexual, como os utilizadores de drogas injetáveis (UDI) ou indivíduos transfusionados. Porém, ao contrário do que sucede nestas categorias sociais, atualmente é entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), sobretudo entre os mais jovens (menos de 25 e entre 25 e 34 anos), que se regista o crescimento de novos infetados com o VIH na maior parte das regiões do mundo desenvolvido (Beyrer et al., 2012, p. 424; Bauermeister et al., 2012, p. 1550).

Esta tendência é igualmente visível em Portugal. Com efeito, no período entre 2000 e 2014, os padrões de comportamento associados à transmissão da infeção por VIH sofreram significativas alterações. No início do milénio, os novos casos de infeção registavam-se maioritariamente entre os UDI (49,5%), seguido dos casos por transmissão através de relações heterossexuais (39,2%), sendo que a transmissão na categoria dos HSH representava apenas 8,0%. Ao longo desse período, registou-se uma quebra muito acentuada de novos casos entre UDI, na ordem dos 97,0%. Esse decréscimo poderá estar associado à implementação de medidas voltadas para esse grupo específico, assim como ao facto de a configuração do consumo de drogas se ter alterado nos últimos anos, em Portugal, com a diminuição do consumo de drogas injetáveis (PN VIH/SIDA, 2015, p. 14). Por seu turno, na categoria de transmissão via relações heterossexuais também se verificou uma redução de novos casos, na ordem dos 41,4%. A transmissão vertical mãe-filho apresenta valores residuais, sendo de assinalar que o número de novos casos diminuiu 35,7% (passando de 14 casos para 9). Por contraposição à tendência de decréscimo de novos casos observada nestas categorias de transmissão, entre HSH, no período em análise, registou-se um aumento de novos casos de infeção, na ordem dos 50,4%. Assim, em 2014, para 60,5% dos novos casos de infeção a transmissão ocorreu por via heterossexual, 31,8% entre HSH e 3,9,0% em UDI (PN VIH/SIDA, 2015, p.14). Os dados mais recentes apontam, por isso, para o recrudescimento do risco de infeção por VIH

entre os HSH, especificamente entre os escalões etários mais jovens (até 34 anos). Nestes escalões, os HSH constituem a categoria de transmissão predominante no número de casos notificados de infeção por VIH no nosso país (Departamento de Doenças Infecciosas do INSA, PN VIH/SIDA, 2014, p. 34).

Sendo proveniente do modelo médico epidemiológico, isto é, da saúde pública, o termo homens que fazem sexo com homens aplica-se independentemente de estes terem ou não relações sexuais com mulheres ou possuírem uma identidade pessoal ou social homossexual ou bissexual (independente da orientação sexual homossexual, bissexual ou outra qualquer) (UNAIDS, 2015, p.33). É um conceito que inclui, de igual modo, homens que se autoidentificam como sendo heterossexuais, mas que fazem sexo com outros homens. Assim, ao centrar-se apenas nos comportamentos sexuais dos indivíduos, o conceito de HSH visa contornar as questões relativas à cultura e à identidade sexual. Através dele procura-se superar uma suposta homogeneidade impressa nas categorias identitárias de homossexual, bissexual, heterossexual, transgénero, e revelar a heterogeneidade e diversidade dos comportamentos desta população situando-a na complexa inter-relação entre desejo, práticas, redes sócio-sexuais e papéis de género (Barreda et al., 2010, p. 45).

Todavia, o conceito de HSH também tem sido alvo de críticas, designadamente questiona-se a sua flexibilidade na abordagem das questões de identidade, bem como lhe são reconhecidas limitações e debilidades ao nível da sua operacionalização que se traduzem no trabalho de terreno e no plano das estratégias preventivas do VIH (idem, p. 44).

Apesar do novo otimismo trazido pela terapia antiretroviral e das mudanças operadas nas últimas décadas, o sexo entre homens ainda permanece um comportamento mal conhecido, receado e discriminado na maioria das sociedades, sendo muitas vezes excluído dos estudos de vigilância e dotado de fracos recursos no âmbito das políticas de prevenção da infeção (Trapence et al., 2012, p. 400).

Historicamente, grande parte da investigação sobre a infeção VIH/SIDA em HSH focou-se nas determinantes individuais dos comportamentos de risco. Como consequência, a intervenção neste domínio insistiu muito na promoção de comportamentos individuais de prevenção, nomeadamente o uso de preservativos e de lubrificantes e a distribuição gratuita de ambos; a promoção de técnicas de adesão efetiva à medicação e a realização de campanhas educacionais. Esta abordagem, mais centrada na mudança do comportamento

individual de redução do risco sexual de transmissão do VIH, sendo tributária da Psicologia, em particular da teoria cognitiva comportamental, acabou por deixar de lado os fatores contextuais que influenciam, de igual modo, as opções disponíveis e as escolhas dos HSH (Arreola et al., 2015, p. 228).

Apesar de uma maior consciencialização face aos comportamentos de risco dos HSH, especialmente dos que vivem em países com políticas sociais que respeitam os direitos destas pessoas, tem sido demonstrado que uma intervenção direcionada apenas para o comportamento individual não é eficaz entre todos os HSH. Tal é particularmente relevante para os indivíduos que vivem em contextos, social e estruturalmente, opressivos e que limitam o seu acesso aos serviços básicos de saúde. Por esta razão, alguns autores (idem, p. 228) defendem uma abordagem ecológica do VIH, a qual tem em conta quer os fatores de ordem comunitária (e.g., acesso aos serviços), quer os de natureza estrutural (e.g., estigmatização, discriminação e, em alguns países, criminalização da homossexualidade) presentes nos comportamentos e na saúde sexual dos HSH (ibidem).

As redes, os comportamentos de encontro (*dating behaviors*), as relações amorosas, sexuais e as dinâmicas de namoro também desempenham um papel importante nas práticas sociais e sexuais de risco dos HSH, sobretudo na fase de transição entre a adolescência e a idade adulta. Neste sentido, enquanto os jovens heterossexuais têm oportunidades de se envolverem livremente em sucessivas relações amorosas e sexuais durante a adolescência, para os homossexuais e outros HSH jovens¹ essas oportunidades podem ser mitigadas e adiadas até à idade adulta devido à pressão causada por uma identidade não normativa (heterossexual) e ao receio de rejeição pela família e amigos (Bauermeister et al., 2012, p. 1550). Para muitos destes jovens é na adultez que encontram mais oportunidades de viver a sua sexualidade e, mesmo quando têm a intenção de usar preservativos, a exploração de uma identidade sexual emergente, a par da entrada no mundo dos encontros amorosos com pessoas do mesmo sexo é acompanhada dos sentimentos de paixão e confiança, os quais podem comprometer a capacidade de negociação do uso consistente do preservativo em cada oportunidade sexual. A utilização deste tipo de prevenção é ainda menor se os HSH acreditarem que os benefícios decorrentes do envolvimento numa relação sexual desprotegida são superiores aos riscos

¹ Traduzido do termo YMSM – Young Men who have Sex with Men. Ver Bauermeister et al., 2012, p. 1550.

(balanço decisional), sobretudo quando pretendem intensificar a intimidade e a ligação emocional com o parceiro sexual. Porém, a motivação romântica também pode ter um efeito protetor, principalmente se existir uma “ideação da relação”, ou seja, um ideal relativo às componentes de uma relação estável futura (idem). O que potencia o risco de transmissão do VIH é quando estas relações românticas se transformam em relações marcadas por sentimentos de dependência, insegurança e abusos.

Com efeito, a violência entre os HSH apresenta-se como um problema significativo. Esta caracteriza-se por um padrão regular de comportamentos coercivos que incluem o abuso físico, verbal, psicológico, sexual, bem como a perseguição (Andrasik, Valentine & Pantalone, 2013, p. 288). Os homens vítimas dos parceiros íntimos apresentam uma maior probabilidade de usarem substâncias aditivas, sofrerem quadros depressivos, serem seropositivos e de se envolverem em práticas sexuais desprotegidas (Buller et al., 2014, p.2). É também entre estas vítimas que se encontram algumas formas específicas de abuso como, por exemplo, a ameaça de revelação do diagnóstico e da orientação sexual, o que diminui a sua resistência ao sexo desprotegido, principalmente em contexto de abuso sexual, e a processos de intimidação e exploração (Dias, 2016, p.37).

A análise dos comportamentos de risco passa também pelo estudo dos contextos e meios de busca das relações entre HSH. Neste âmbito, vários estudos reportam que os HSH que procuram parceiros sexuais através da internet, em particular das redes sociais, correm um risco superior de transmissão da infeção, quer porque têm mais parceiros ocasionais e infetados com VIH, quer porque praticam com mais frequência sexo anal desprotegido (Alva et al., 2007, p. 249; Amirkhanian, 2014).

O objetivo geral do estudo que se apresenta neste relatório consiste em conhecer os determinantes e os fatores de risco da infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens, devido ao seu recrudescimento em Portugal, em particular entre os escalões etários mais jovens (até aos 34 anos de idade). O estudo foi solicitado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, a uma equipa de investigação do Instituto de Sociologia (IS) da Universidade do Porto e do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – CIES – Instituto Universitário de Lisboa, com vista a recolher informação que possa contribuir para a definição quer de estratégias de prevenção do VIH/SIDA mais eficazes, quer de políticas de apoio a HSH infetados pelo vírus.

Tem como objetivos específicos a análise da ocorrência do fenómeno na população que é acompanhada pelos serviços de saúde dos hospitais que integram a amostra deste estudo e sua caracterização sociodemográfica; das determinantes comportamentais, atitudes e fatores de risco; dos modos de transmissão da infeção, da reação ao diagnóstico e das redes médico-sociais e familiares de prestação de cuidados, assim como a análise das representações sociais acerca do fenómeno. Para o efeito, foi desenvolvida uma abordagem metodológica predominantemente extensiva/quantitativa, em que o inquérito por questionário surge como técnica principal, a par da realização de entrevistas semiestruturadas, com a finalidade de aprofundamento dos fatores, causas e comportamentos subjacentes às motivações subjetivas das trajetórias de risco de seropositividade. O inquérito foi aplicado aos utentes que são acompanhados pelos serviços de infecologia (consulta/tratamento) de 14 unidades hospitalares localizadas no Algarve, na Área Metropolitana de Lisboa e nas regiões do Centro e Norte do país.

O relatório que se apresenta está estruturado em 7 pontos analíticos, os quais são precedidos pela apresentação de uma narrativa de seropositividade. Às narrativas foram atribuídos nomes fictícios aos seus autores.

Após a introdução, começa-se por apresentar, no ponto 2, a metodologia e a estratégia de pesquisa. Para além de algumas considerações relativas aos estudos de natureza quantitativa e qualitativa sobre a infeção VIH, neste ponto, dá-se a conhecer quer as dimensões de natureza mais técnico-metodológica ligadas, por exemplo, aos procedimentos amostrais, à administração dos instrumentos de recolha de informação e à análise dos dados; quer os processos inerentes ao trabalho de terreno, ao acesso aos hospitais, mas também as questões relativas ao protocolo deontológico que acompanhou toda a investigação. No ponto 3 faz-se uma caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo, seguida, no ponto 4, pela análise das trajetórias de infeção e modalidades de vivência da seropositividade. Neste ponto procede-se a uma análise detalhada do momento em que os inquiridos tomaram conhecimento do diagnóstico da infeção, das formas de transmissão da mesma, assim como da reação dos próprios e das pessoas com quem partilharam esta informação. Analisa-se, de igual modo, as redes formais e informais de prestação de cuidados na doença, as questões da orientação e identidade sexual dos participantes no estudo, a par dos potenciais comportamentos de consumo de álcool e drogas. Por último, analisam-se as vivências de abusos e violência por parte dos inquiridos.

Os pontos 5 do relatório foca-se na análise dos comportamentos sexuais, tendo como finalidade a identificação dos fatores de risco no que se refere à transmissão do VIH. Para o efeito, foram estudadas diferentes dimensões desses mesmos comportamentos, designadamente o uso (ou não) do preservativo, os contextos serológicos da sua utilização (parceiros seroconcordantes/serodiscordantes), as estratégias de prevenção da transmissão do vírus, mas também a procura intencional do risco através da prática do *barebacking*. No ponto 5, analisa-se, igualmente, as estratégias de procura de parceiros pelos HSH nas novas plataformas de interação virtual, e aqueles que revelam ter relações sexuais com parceiras femininas, a par dos comportamentos de risco associados quer a consumos abusivos de substâncias como o álcool ou drogas, quer à sua identidade sexual.

O ponto 6 é dedicado à análise dos conhecimentos, atitudes e práticas no domínio da transmissão do VIH. Mais concretamente, procura-se, nos seus 3 subpontos, dar a conhecer em que medida o plano das atitudes e representações dos inquiridos aparece, ou não, refletido no plano das suas práticas concretas. Nesse sentido, mediu-se o grau de (re)conhecimento de riscos para a saúde dos participantes associados à prática de sexo não protegido, o seu grau de otimismo/ceticismo em relação aos novos medicamentos, mas também as suas atitudes de autorresponsabilização na prevenção da transmissão do VIH. No ponto 7 são apresentadas as principais conclusões deste estudo, acompanhadas por um conjunto de recomendações que podem sustentar medidas de política de saúde dirigidas aos HSH, para além dos que são portadores da infeção com VIH.

Este relatório é acompanhado por um volume (Anexo: Documentação do Questionário) que integra a documentação relativa aos métodos e técnicas de investigação mobilizados neste estudo.

“Uma pessoa pode dizer que tem Hepatite C, mas não pode dizer que tem VIH. Eu acho isso ridículo porque a Hepatite C mata tanto ou mais do que o VIH, só que a SIDA está ligada ao ato sexual, é nojento e as pessoas parecem que vêem o VIH como um bicho, como um tabu, uma coisa que não se pode falar. Mas eu não escondo nada a ninguém. Também não anda aqui escrito na testa que sou VIH”.

Daniel, 47 anos, Ensino Básico

Daniel não “faz a mínima ideia” como contraiu o vírus VIH, apenas julga que “foi há bastantes anos atrás (...) aos 19 anos, muito novo”. Atribui à vida “noturna, muito preenchida a nível de bares e discotecas” e às “muitas festas” que frequentava a origem da transmissão da infeção: “naquela altura eram uns anos muito malucos, toda a gente ia com toda a gente. Aquilo era um forró”. Todavia, também não exclui o companheiro que tinha na altura, afirmando que não sabe se foi ele que lhe transmitiu a infeção: “ele pareceu-me uma pessoa muito saudável, tal como eu que também transmitia saúde”. Apesar de ter tido uma relação estável com este companheiro refere que teve muitas vivências com pessoas de diferentes estratos sociais: “Eu já conheci médicos no meu currículo sexual, já conheci arquitetos”, ou seja, pessoas “(...) que estudaram, que andaram na Universidade, pessoas que são muito mais informadas do que uma pessoa que tirou o 5.º ano ou que não foi à escola” e não queriam usar proteção. Também é muito diversificada a idade dos homens que têm sexo com outros homens que tem encontrado. Hoje diz que nos locais de encontro se vê adolescentes, sobretudo em algumas zonas da cidade, depois “chegam a uma determinada idade e deixam de parar ali porque estão a ficar mais velhos”. Também nos “bares, discotecas, centros comerciais e nas casas de banho masculinas se passa muitas coisas”. Até se promovem encontros, através da internet, em bombas de gasolina a determinadas horas da noite: “É tudo feito à descarada”. Nestes espaços “geralmente promovem-se encontros coletivos, noite da masturbação, noite do anal, noite do oral, noite do não sei o quê”. Diz que muitas vezes “não faz ideia o tipo de idade dos miúdos”, pelo menos espera que “tenham 18 ou 19 anos, 16 ou 17 não pode, é contra a lei”. Mas nestes meios também existem “muitos homens casados, com aliança no dedo e os filhos em casa a dormir”. De igual modo, “há muitos homens na terceira idade que experimentam a homossexualidade ou o sexo com homens. (...) Se calhar muitos não experimentaram em novos, nem na meia-idade...”.

Teve uma relação duradoura com um companheiro com quem viveu alguns anos, mas também de quem foi vítima de abusos: “ele batia-me e tinha-me de me controlar de alguma maneira”. Depois da morte desse companheiro, decidiu casar com uma “uma amiga do casal. (...) Foi ao contrário dos outros homens que começam primeiro pelas

mulheres". Achou que ela "era a pessoa ideal e quis tentar", apesar de "desde pequenino" se ter "assumido", mas "depois quis estar com uma mulher e funcionou. Durou, enquanto durou". Mas nunca lhe omitiu a sua orientação sexual e o seu passado: "ela tinha plena consciência de quem eu era, de onde vinha, quem eu fui, sabia a minha vida toda. Ela nunca pode dizer que eu enganei-a". O diagnóstico da infeção e a personalidade da mulher estiveram na origem da rutura conjugal, após 18 anos de vida em comum: "se calhar a culpa era dela. Era uma pessoa que não saía, estava sempre em casa, não ia comigo para lado nenhum. Tudo isso proporcionava que eu às vezes conhecesse outras pessoas ou tivesse tempo para pensar noutras coisas. (...) Depois quando descobri, a reação dela (mulher) foi a pior possível, foi a pessoa que mais mal me tratou, que piores coisas me disse", ao contrário de outras pessoas e familiares "que manifestavam apoio". "Por obra divina do Espírito Santo ela nunca ficou" infetada. Contudo, admite que "quase para o fim da relação" foi "infiel" e "sempre sem proteção". Diz que "nem valia a pena falar em proteção. Se a gente fala em proteção é "porque tens alguma coisa a esconder, o que é que se passa?" e punham-se logo de lado". Por isso, refere que se "tem que ir andando, tem de ser ver se o outro puxa pelo preservativo, se puxa, se quer ou não quer. As pessoas não falam nisso para não haver aquela quebra. Não há preservativos para ninguém, isso é tudo uma treta. (...) Às vezes em conversas de grupo são capazes de dizer que tiveram uma noite excelente "mas usei proteção". É mentira, não usou. Eu passei pelas mesmas coisas. Se me perguntarem a mim eu também digo que usei proteção. É um antro de promiscuidade e de mentira. Entre homossexuais encobrem mais, eles querem é ter parceiros. Quem anda aí e quer ter parceiros ou parceiras na noite, ninguém pensa no preservativo".

Atualmente não está envolvido em qualquer relação íntima ou sexual. A este propósito diz "incubei", "não procuro, já tentei, só que não consigo avançar. (...) Eu tenho um refúgio que é a minha filha. Tento ocupar o máximo de tempo com ela. Temos uma cumplicidade muito grande, é uma miúda que sabe a minha vida toda". É também pela filha que quer ter uma vida saudável pelo que tem uma atitude "responsável" face à infeção e ao seu tratamento pelo que tenta "andar direitinho e não faltar às consultas". Do hospital e do serviço em que é acompanhado pensa que "são todos fantásticos (...) desde a receção da secretaria, até aos médicos e à Doutora que eu prezo muito".

Considera que existem "campanhas e informação", a questão é que as "pessoas são como são", querem "viver a vida como a vida se lhes apresenta". O "ser humano é uma pessoa de vícios, de prazeres", por isso, falta "as pessoas consciencializarem-se que realmente têm de se proteger, têm de salvaguardar-se a si próprias, à sua saúde".

2 Metodologia e estratégias de pesquisa

O estudo do comportamento sexual tem estado no centro de muita da investigação no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), nomeadamente aquela investigação que foca o conhecimento das suas dinâmicas de transmissão. Em rigor, é possível datar a investigação académica no domínio do comportamento sexual desde o século XVIII com os trabalhos de classificação do corpo e de categorização do comportamento sexual tal como descritos por Gallagher e Laqueur (1987). Ao longo do tempo têm sido utilizadas variadas abordagens, desde a investigação médica e psiquiátrica aos desvios sexuais, passando pelas investigações antropológicas e indo até às investigações com base em inquéritos de grande escala, normalmente com amostras intencionais. Estudos mais recentes, em certa medida impulsionados pela necessidade de encontrar uma resposta ao nível da saúde pública para a epidemia do VIH/SIDA, passaram a envolver análises com base em amostras de grande dimensão, representativas da população e definidas a partir de métodos amostrais aleatórios (Catania, Moskowitz, Ruiz, et al., 1996; Cleland & Ferry, 1995; Johnson, Wadsworth, Wellings, et al., 1994; Laumann, Gagnon, Michael, et al., 1994). A estas variações metodológicas corresponde, igualmente, alguma variação no foco da própria investigação que, ao longo das últimas três décadas, tem vindo a centrar-se cada vez mais na identificação de padrões no comportamento sexual das populações em termos do risco que encerram para a transmissão de IST, tendo em vista a compreensão da forma como estas epidemias se desenvolvem e, dessa forma, formulando recomendações para a definição de políticas e estratégias de prevenção.

Tentando superar as limitações das abordagens quantitativas da infeção VIH, os estudos qualitativos preocuparam-se em analisar o impacto do estigma social nos portadores de VIH. Tais estudos mostraram que enquanto atributo pessoal, real ou percebido, o estigma converte-se num processo de desvalorização, conferindo aos seus portadores uma identidade social negativa, que conduz à discriminação e, conseqüentemente, a um tratamento injusto e inadequado das pessoas que vivem com VIH (Berg & Ross, 2013, p. 186; Goffman, 1963). Salientaram, de igual modo, que os homens que fazem sexo com outros homens são particularmente afetados pelo estigma do VIH porque são vistos como pessoas cujos comportamentos sexuais os expõem, por iniciativa própria, a situações de risco

que são socialmente censuráveis (Berg & Ross, 2013, p. 187). As abordagens qualitativas vieram assim mostrar que o duplo rótulo - ser HSH e ter VIH - constitui a questão central, do ponto de vista social e psicológico, da vivência da infeção, representando, muitas vezes, uma barreira ao acesso a cuidados de saúde adequados e a outros domínios da vida em sociedade.

Para dar resposta ao objetivo geral do estudo, focado no conhecimento dos determinantes e dos fatores de risco da infeção por VIH entre HSH, optou-se por seguir uma abordagem metodológica mista, conciliando procedimentos extensivos/quantitativos, em que o inquérito por questionário surge como técnica principal, com procedimentos qualitativos através da realização de entrevistas semiestruturadas a alguns HSH seropositivos selecionados a partir da amostra do estudo. Com o recurso às entrevistas, orientamos, de igual modo, a investigação para a análise dos processos, vivências e significados que os participantes atribuem à dupla condição ter VIH e ser HSH. Ao atribuímos aos sujeitos a autoria da própria vida, não só tomamos a existência como conhecimento, como foi possível termos acesso a vivências da infeção com significações infinitas (Gonçalves, 2000, p. 19).

Não podemos, naturalmente, esquecer que o comportamento sexual é algo que faz parte da esfera da intimidade e privacidade de cada um, embora seja construído, vivido e representado no contexto de normas e constrangimentos sociais, culturais, religiosos, morais e, até, legais. A sua medição é por defeito difícil, sendo que a produção de medidas não enviesadas e precisas dos padrões de comportamento individual e das populações tem sido o grande desafio de quase toda a investigação que se apoia em inquéritos amostrais. É geral o reconhecimento, na comunidade académica, de que a mobilização de métodos e estratégias para minimizar o erro de medição é fundamental para a definição da qualidade dos dados que são gerados, nomeadamente quando o objetivo é extrair conclusões generalizáveis à população e que possam, com alguma segurança, sustentar processos de tomada de decisão ao nível das políticas públicas e de saúde em particular. Uma das formas mais sensatas de proceder no domínio da investigação que suscita particulares preocupações ao nível do erro de medição é reconhecer as facetas da manifestação do erro de medição, compreendendo as suas principais origens e procurando antecipar algumas estratégias para minimizar os seus efeitos.

O estudo de cujos resultados se dá conta neste relatório insere-se numa já longa fileira de trabalhos de investigação que focam grupos nucleares que dinamizam a

transmissão de IST na população, entre os quais se encontram os homens que têm sexo com outros homens, os trabalhadores do sexo, os utilizadores de drogas injetáveis, entre outros, uma fileira de investigação que, por acumulação e comparação de experiências, permite desde logo sistematizar algumas regularidades no campo dos desafios metodológicos à medição dos comportamentos e representações sociais, património esse que se procurou utilizar na definição das estratégias a implementar no âmbito do presente estudo.

Como referido anteriormente, este estudo apoiou-se numa metodologia de tipo extensivo, com recurso a um método padronizado de recolha de dados por meio de um inquérito por questionário. O questionário foi administrado a partir de entrevistas face-a-face, sendo utilizado o método CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) para navegação no inquérito e registo de respostas dos inquiridos. O questionário foi aplicado a uma amostra de 671 homens selecionados por cumprirem o critério combinado de serem seropositivos para o VIH e de manterem relações sexuais com outros homens. A amostra foi construída a partir de um método de seleção intencional, sendo o recrutamento feito nos serviços hospitalares de 14 hospitais espalhados pelo território nacional continental. A seleção dos inquiridos foi feita por intermédio dos profissionais de saúde desses serviços. No final do processo de inquirição, e tendo por base uma seleção intencional de casos de entre os indivíduos que aceitaram participar no estudo, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas, num registo metodológico de exploração em profundidade e de cariz mais qualitativo. Descrevem-se nas próximas secções, em detalhe, os procedimentos metodológicos envolvidos na concretização desta investigação.

2.1 Estratégias de pesquisa na construção e administração do inquérito por questionário

Entre as principais fontes de enviesamento na medição, tal como discutidas por Catania et al. (Catania, Binson, Canchola, et al., 1996), foram especificamente consideradas as seguintes: desenho, conteúdo e administração do questionário; procedimentos amostrais; e variáveis que se reportam aos respondentes do inquérito, assumindo particular centralidade as questões relativas à representatividade e à não resposta, relativas ao enviesamento na participação e as relativas ao enviesamento na mobilização de informação para produção de resposta.

Nas secções seguintes descrevem-se, em detalhe, os procedimentos metodológicos operacionalizados neste estudo, organizados, precisamente, em função destes três domínios particulares de risco de enviesamento da medição. Além da descrição detalhada do trabalho desenvolvido, registam-se algumas notas reflexivas sobre as potencialidades, mas também as limitações das escolhas que foram assumidas ao longo da investigação.

2.1.1 Desenho, conteúdo e administração do questionário

O estudo do comportamento sexual é mais comumente realizado através da utilização de autodeclaração de comportamentos durante um determinado período retrospectivo de tempo. Essa foi a abordagem também seguida na conceção do questionário que suporta esta pesquisa, embora reconhecidamente comporte riscos que se procuraram acautelar.

Investigação semelhante, embora desenvolvida em contextos nacionais distintos, tem sugerido que existem algumas dificuldades que podem levar à distorção da incidência e frequência de comportamentos específicos quando se exige a mobilização de informação arquivada em memória, mesmo quando os respondentes fazem um esforço para produzirem respostas precisas (Catania, Binson, Van der Straten, et al., 1995; Catania, Gibson, Chitwood, et al., 1990). Os mesmos estudos têm demonstrado que a fiabilidade do relato do comportamento sexual varia de acordo com um conjunto de fatores, nomeadamente a idade (Capaldi, 1999; McFarlane & St Lawrence, 1999), a etnicidade (Rogers, 1982), o número de parceiros sexuais (Catania, Gibson, Chitwood, et al., 1990) e a moldura temporal de referência para a ativação da memória (Catania, Gibson, Marin, et al., 1990). Por exemplo, perguntas sobre a ocorrência precisa de um evento (e.g. a primeira experiência sexual) tendem a ser mais fiáveis do que perguntas sobre a frequência de ocorrência desse evento (e.g. número de parceiros, frequência de atividade sexual) (idem). A fiabilidade de relatos de frequência, por seu turno, diminui à medida que aumenta a largura da moldura temporal de referência (McFarlane & St Lawrence, 1999). Outros estudos, ainda, têm demonstrado que a memória do número de parceiros tende a ser menos variável do que a memória do número de atos sexuais praticados (Becker, Begum, 1994; Van Duynhoven, Nagelkerke & Van De Laar, 1999).

Uma área que é reconhecida como tendo um potencial considerável de influência sobre a disponibilidade dos inquiridos para participarem e fornecerem respostas

precisas e fiáveis em estudos sobre comportamento sexual tem a ver com a clareza e adequação da terminologia utilizada para inquirir. Prevenir efeitos de aquiescência e de embaraço é importante para manter a adesão e disponibilidade dos respondentes, evitando, por exemplo, o uso de referências a comportamentos “normais” ou “usuais” (Herlitz & Steel, 2000). O uso de termos coloquiais e informais provou-se eficiente na inquirição de grupos específicos, como trabalhadores do sexo ou homossexuais frequentadores de bares *gay*, mas para populações mais indiferenciadas há vantagens na utilização de uma linguagem mais formal que será mais abrangente (Spencer, Faulkner & Keegan, 1988).

No desenho do questionário, um tema relevante e que foi acautelado da forma que se entendeu mais coerente com os preceitos metodológicos discutidos na literatura, tem a ver com a ordem das questões no inquérito. Spencer et al. (idem) demonstraram que tanto entrevistadores como entrevistados preferem começar com questões mais neutras, que depois levam às questões mais íntimas e sensíveis. Por exemplo, no NATSAL (Johnson, Wadsworth, Wellings et al., 1994) e no NHSL (Laumann, Gagnon, Michael et al., 1994), questões sobre atitudes e representações são colocadas no final do questionário, depois das perguntas sobre os comportamentos sexuais, para evitar o possível reforço de normas sociais no relato das experiências e dos parceiros sexuais.

Em relação à forma como as questões são elaboradas, alguns estudos têm alertado para a importância de clarificar o significado de alguns termos utilizados, evitando assumir que têm um significado comum a todos os indivíduos. Por exemplo, Sanders e Reinisch (1999) chegaram à conclusão no seu trabalho que, para os estudantes universitários, ter relações sexuais não incluía necessariamente sexo oral. Outros exemplos poderiam ser encontrados para noções tais como parceiro estável ou parceiro sexual. À semelhança do protocolo usado em diferentes estudos, na elaboração do questionário foram cuidadosamente definidas todas as expressões relativas aos diferentes comportamentos sexuais sobre os quais incidiam as perguntas.

A escolha da modalidade de administração do questionário não é irrelevante ao nível dos seus efeitos na taxa de participação e até mesmo ao nível da qualidade e fiabilidade das respostas que os inquiridos fornecem. O método mais usado em estudos sobre comportamentos sexuais é a inquirição face-a-face (por vezes por telefone), apresentando como principais vantagens: permitir ao entrevistador explicar ao inquirido o objetivo do estudo, esclarecer questões que o inquirido

possa ter dificuldade em perceber, controlar inconsistências nas respostas dadas a questões diferentes ao longo da entrevista, acabando por funcionar o entrevistador como um agente motivador (Gribble, Miller, Rogers, et al., 1999). Nesse sentido, no presente estudo, optou-se pela administração indireta do questionário, no qual o entrevistador lê as perguntas e regista as respostas do inquirido.

Claro que a presença de um entrevistador também pode introduzir enviesamentos na recolha dos dados, nomeadamente induzindo a alguma contenção nos relatos sobre práticas e atitudes tidas como socialmente censuráveis. Detalhes, por vezes ignorados na investigação, como, por exemplo, o sexo do próprio entrevistador, são importantes. Alguma investigação tem demonstrado que, em média, as pessoas tendem a manter maior abertura à revelação de informação sobre a sua vida sexual se os entrevistadores forem mulheres (Delamater, 1974; Catania, Binson, Canchola, et al., 1996).

O questionário está dividido em 15 secções temáticas, nomeadamente: 1) caracterização sociodemográfica; 2) diagnóstico do VIH: condição de saúde do respondente, forma de transmissão do vírus e revelação do estatuto serológico; 3) grau de recurso: a serviços de saúde e em que estágio da infeção é que a eles recorrem; assim como a serviços de aconselhamento, deteção e diagnóstico da infeção por VIH de base comunitária ou institucional; 4) redes de prestação de cuidados médico-sociais e familiares da população estudada; 5) atração e orientação sexuais; 6) iniciação da vida sexual; 7) relacionamento atual; 8) comportamento sexual com mulheres nos últimos 6 meses/desde o diagnóstico de seropositividade; 9) comportamento sexual com homens nos últimos 6 meses/desde o diagnóstico de seropositividade; 10) comportamento sexual na última vez que teve sexo com um homem; 11) estratégias de prevenção da transmissão do vírus com homens seronegativos; 12) prática de *barebacking*; 13) grau de conhecimento sobre as formas de transmissão da infeção, as atitudes e práticas de prevenção; 14) uso de álcool e/ou droga; 15) abusos e violência.

O inquérito é composto por questões fechadas, nas quais está previamente definida uma listagem de opções de resposta possíveis, e por questões semifechadas, que dão a possibilidade ao inquirido de dar respostas livres caso as opções propostas não se adequem à sua situação. Foram ainda incluídas duas perguntas abertas relativas ao concelho de residência e à profissão.

O questionário termina com um campo de observações para registo de informações relevantes para os objetivos do estudo e a contextualização da

situação do inquirido. Após a aplicação do questionário, e já não estando na presença do respondente, os entrevistadores procediam ao seu preenchimento, focando aspetos como as condições do local de aplicação, elementos de comportamento não-verbal como a postura, expressões faciais e gestuais do respondente, eventuais interrupções, dúvidas na interpretação de questões, entre outras observações que os entrevistadores considerassem pertinentes mencionar para reforçar ou completar informação obtida através do questionário. Importa ainda referir que o questionário foi submetido a pré-testes e a versão final foi validada pela DGS.

O instrumento de inquirição foi organizado segundo rotas alternativas, com algumas respostas a determinadas questões a funcionarem como filtro de seleção e orientação dos inquiridos ao longo das versões alternativas previstas. O *routing* final é complexo, razão pela qual a escolha do suporte de administração do inquirido foi decisão particularmente ponderada, até por todos os variados efeitos que pode e que importa reter. No estudo que se apresenta, a escolha recaiu no método CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*). Esta modalidade de inquirição, além das vantagens operacionais que oferece em questionários que têm um *routing* complexo, como é o caso do nosso questionário, tem adicionalmente a vantagem de oferecer aos inquiridos uma sensação de confidencialidade, diminuindo as preocupações com o respeito pelo sigilo no arquivo de informação, tornando o processo de inquirição, de forma geral, menos invasivo ou percebido como sendo mais privado (Herlitz e Steel, 2000). Paralelamente, garante uma maior qualidade do trabalho de campo e rapidez no tratamento dos dados na medida em que o entrevistador não tem que se preocupar com o fluxo do questionário, já que o CAPI permite uma execução automática dos filtros; não existe o risco de perguntas não serem colocadas; e, por último, os dados registados são exportados para uma base de dados comum, suprimindo a tarefa de inserção manual dos dados num programa informático de tratamento e análise estatística.

Questões de validade, ou seja, a avaliação de até que ponto um instrumento de medição mede, efetivamente, aquilo que se pretende medir, são difíceis de operacionalizar em investigação sobre comportamentos sexuais, sendo frequente o recurso a medidas indiretas (internas e externas). A validação externa da informação recolhida no questionário pode ser feita, por exemplo, por comparação com estudos semelhantes ou com estatísticas de âmbito nacional. Em alguns estudos, esta validação externa tem sido feita por comparação com os resultados de entrevistas em profundidade a indivíduos da mesma amostra

(Konings, Bantebya, Carael, et al., 1995). Ao longo do estudo, e sobretudo na análise dos dados gerados pelo questionário, essa abordagem comparativa foi feita tendo em vista, precisamente, o fornecimento de alguma evidência de validação.

2.1.2 Procedimentos amostrais

Estudos sobre comportamentos sexuais que incidem em grupos específicos da população, como o dos homens infetados pelo VIH e que têm sexo com outros homens, são estudos onde, com raríssimas exceções (Schneider, King, Macnab et al., 1977), as dificuldades de identificação e acesso à população tornam a utilização de métodos amostrais aleatórios extraordinariamente desafiantes e com custos muito elevados. Em alternativa, tal como discutido na literatura, procuram-se métodos amostrais que sejam mais eficientes numa perspetiva de custo-benefício, tais como o recrutamento de voluntários por anúncio, a amostragem em bola de neve, o recrutamento em unidades de saúde, em eventos ou através de associações representativas do grupo populacional em causa (Dunne, Martin, Bailey et al., 1997; Catania, McDermott & Pollack, 1986). A grande limitação destas metodologias amostrais alternativas é, logicamente, darem origem a amostras que podem não ser representativas da população mais ampla a que pertencem. Por exemplo, se a amostra é recrutada em associações de representação e de ativismo cívico, será maior a probabilidade de os indivíduos que respondem ao inquérito terem maior predisposição para a expressão de atitudes e comportamentos com alguma carga política. Por outro lado, se o recrutamento for feito em clínicas de IST, os resultados dos inquéritos irão seguramente sobrestimar a prevalência de comportamentos sexuais de risco (Nardone, Dodds, Mercey, et al., 1998). Quando se recorre, nomeadamente, a anúncio para participação voluntária, as amostras finais tendem a incluir indivíduos menos convencionais, com um maior grau de experiência sexual e com uma orientação mais marcada para a procura de sensações fortes e de risco (Dunne, Martin, Bailey, et al., 1997; Catania, McDermott & Pollack, 1986).

Sem existir método amostral isento de risco, o objetivo passou por operacionalizar uma metodologia de seleção que fosse, por um lado, exequível para uma população onde métodos aleatórios não seriam aplicáveis; que se afastasse de alguns dos conhecidos problemas de sobrestimação de comportamento de risco associado ao recrutamento voluntário; que se afastasse

do risco de excessiva homogeneidade amostral própria do recrutamento em bola de neve; e que evitasse uma composição amostral final enviesada para o lado dos indivíduos mais politizados na comunidade *gay*, risco que se entendeu seria elevado se o recrutamento fosse feito via associações civis de representação. A escolha recaiu na construção de uma amostra por recrutamento nos serviços hospitalares do país, método que reunia, à partida, a vantagem de introduzir alguma representatividade na população em estudo, já que a composição dos pacientes seguidos nos serviços hospitalares é, ela própria, de alguma forma, o espelho da diversidade de indivíduos infetados pelo VIH no país, facto ainda mais reforçado pela inclusão no estudo de pontos de seleção amostral que incluem unidades hospitalares espalhadas por todo o território nacional continental.

Por indicação da Direção do Programa para a Infeção por VIH/SIDA, da DGS, o universo estudado era composto inicialmente por 19 dos maiores hospitais de diferentes regiões a nível nacional, nomeadamente: a Norte, nos distritos de Braga e Porto; no Centro, nos distritos de Aveiro e Coimbra; na Área Metropolitana de Lisboa, no distrito de Lisboa; e no Algarve, no distrito de Faro. No entanto, diferentes motivos inviabilizaram a prossecução do estudo em cinco dos hospitais selecionados, pelo que a amostra ficou limitada a 14 unidades hospitalares, que de seguida se especificam (Quadro 2.1).

Na região Norte, cinco hospitais integraram a amostra final. No distrito de Braga foi incluído o Hospital de Braga e, no distrito do Porto, o universo do estudo é composto por quatro unidades hospitalares, designadamente: Hospital de S. João, EPE; Hospital Joaquim Urbano (Centro Hospitalar do Porto, EPE); Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE); e Hospital Eduardo Santos Silva (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho).

Na região Centro foram selecionados dois hospitais: o Hospital Infante D. Pedro (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Aveiro); e os Hospitais da Universidade de Coimbra (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE).

Na Área Metropolitana de Lisboa, o universo empírico integra seis unidades hospitalares, designadamente: o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital Curry Cabral e o Hospital S. José, que integram o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE; o Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE; e o Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente, que pertencem ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE. A amostra inicial para esta região incluía ainda outras quatro unidades hospitalares que não participaram no estudo por motivos diversos que não foi possível ultrapassar.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Por último, na região do Algarve, apenas foi selecionado o Hospital de Faro, EPE.

Quadro 2.1. Amostra final dos hospitais selecionados, por região (NUTS II)

Região	Unidade Hospitalar
Norte	Hospital de Braga
	Hospital de S. João, EPE
	Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE)
	Hospital Eduardo Santos Silva (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho)
	Hospital Joaquim Urbano (Centro Hospitalar do Porto, EPE)
Centro	Hospital Infante D. Pedro (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Aveiro)
	Hospitais da Universidade de Coimbra (Centro Hospitalar e Universitários de Coimbra, EPE)
Área Metropolitana de Lisboa	Hospital de Santo António dos Capuchos (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
	Hospital Curry Cabral (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
	Hospital S. José (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
	Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)
	Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE	
Algarve	Hospital de Faro, EPE

Nota: As seguintes unidades hospitalares foram igualmente selecionadas para integrar a amostra inicial mas por motivos diversos não efetivaram a participação no estudo: Hospital de Santo António (Centro Hospitalar do Porto, EPE); Hospital de São Bernardo (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE); Hospital de Egas Moniz (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE); HPP Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida; Hospital Garcia de Orta, EPE.

O difícil acesso à população alvo do estudo, motivado pela inexistência de uma base de sondagem, impôs a construção da amostra segundo um procedimento de amostragem não aleatório, mais especificamente, de amostragem por conveniência, através do convite sistemático para participação no estudo a todos os utentes do sexo masculino seropositivos para a infeção por VIH, acompanhados pelos serviços de consulta/tratamento das unidades hospitalares supramencionadas, e que preenchem os seguintes requisitos: ter 15 anos ou mais e ter práticas sexuais com outros homens, independentemente da sua orientação sexual. A inclusão na amostra de indivíduos menores justifica-se, no nosso estudo, pelo facto de o recrudescimento da infeção entre HSH se ter observado, segundo dados da DGS (PN VIH/SIDA, 2013), principalmente entre as faixas etárias dos 15 aos 44 anos. Todavia, não temos nenhum inquirido com menos de 18 anos na

amostra em virtude destes utentes ainda serem acompanhados nos serviços de Pediatria ou em Hospitais Pediátricos. Porém, alguns dos jovens inquiridos contraíram a infeção por VIH antes da maioridade.

A amostra efetivamente obtida no estudo foi de 671 questionários. Apesar de não ser representativa de toda a população portadora do VIH, em particular da que é por nós visada, pretendeu-se com esta amostra testar hipóteses sobre relações potencialmente explicativas entre a condição serológica destes indivíduos e as suas atitudes e comportamentos no plano sexual. Um dos fatores que contribuiu para o desfasamento entre amostra inicialmente desejada, que apontava para cerca de 1500 questionários respondidos, e a amostra obtida prende-se, pelo menos parcialmente, com a não participação no estudo de cinco dos 19 hospitais selecionados. As dificuldades operacionais de captação de indivíduos para responder ao inquérito, descritas mais à frente, agravaram esse desfasamento.

A maioria dos inquéritos foram aplicados em hospitais que pertencem à Área Metropolitana de Lisboa (52,2%). A segunda região com o maior número de inquéritos aplicados foi o Norte, com 26,5%, dos quais 84,8% foram aplicados no Porto. No Centro foram aplicados 14,8% dos questionários. A região com menor expressão na amostra é o Algarve (6,6%). Tais proporções refletem genericamente a distribuição pelo território nacional da população infetada pelo VIH.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 2.2 – Número de questionários aplicados por unidade hospitalar, segundo a região (NUTS II)

Região	Unidade Hospitalar	n	%
Norte	Hospital de Braga	27	4,0
	Hospital de S. João, EPE	30	4,5
	Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE)	9	1,3
	Hospital Eduardo Santos Silva (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho)	36	5,4
	Hospital Joaquim Urbano (Centro Hospitalar do Porto, EPE)	76	11,3
Total Região Norte		178	26,5
Centro	Hospital Infante D. Pedro (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Aveiro)	40	6,0
	Hospitais da Universidade de Coimbra (Centro Hospitalar e Universitários de Coimbra, EPE)	59	8,8
Total Região Centro		99	14,8
Área Metropolitana de Lisboa	Hospital de Santo António dos Capuchos (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)	15	2,2
	Hospital Curry Cabral (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)	136	20,3
	Hospital S. José (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)	37	5,5
	Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)	103	15,4
	Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)	39	5,8
	Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE	20	3,0
Total Região Área Metropolitana de Lisboa		350	52,2
Algarve	Hospital de Faro, EPE	44	6,6
Total		671	100

2.1.3 Acesso aos hospitais e à população: participação, não-resposta e representatividade

Neste estudo, o acesso à população foi realizado através de instituições hospitalares que pertencem ao Serviço Nacional de Saúde, as quais possuem culturas organizacionais complexas com distintos níveis de formalização no processo de autorização de colaboração em investigações científicas. A abordagem inicial foi a mesma para todos os hospitais, com o envio, a 16 de outubro de 2015, de uma carta de apresentação remetida pela coordenadora da investigação aos Conselhos de Administração (CA) dos 19 hospitais selecionados. Nessa carta seguia em anexo um ofício da DGS, da autoria do Diretor do Programa Nacional para a infeção por VIH/SIDA, a reforçar a importância do estudo e a solicitar a melhor colaboração dos hospitais selecionados. Desde então, sucederam-se inúmeras reuniões com os Diretores dos Serviços de Doenças Infecciosas, Diretores Clínicos, Médicos responsáveis pelas consultas, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, em suma, com um conjunto diversificado de profissionais.

O acesso aos hospitais foi complexo e moroso, tendo sido seguidos distintos procedimentos segundo o protocolo de investigação vigente em cada um dos hospitais. Em alguns casos o estudo teve autorização imediata por parte do CA; noutros, teve que passar por uma prévia autorização do CA, seguida de autorização da Comissão de Ética, tendo, por fim, de ser de novo validado pelo CA. Depois deste percurso, por vezes, ainda se seguiu alguma negociação com os Diretores de Serviço ou responsáveis pela consulta tendo em vista a definição operacional das condições de permanência dos entrevistadores nos espaços hospitalares.

Apesar de terem sido inicialmente contactados na mesma data, a capacidade de resposta e de adesão ao estudo foi distinta. Alguns hospitais necessitaram de um período mais alargado para aprovação da participação no estudo, pelo que a aplicação dos questionários não começou em todos os hospitais ao mesmo tempo. O tempo de permanência no terreno para aplicação dos questionários foi então diferenciado, com uma duração máxima de três meses e meio e a duração mínima correspondente a um mês.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 2.3. Data de início de aplicação dos questionários por unidade hospitalar

Mês	Dia	Unidade Hospitalar
Fevereiro	1	Hospital Eduardo Santos Silva (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho)
	1	Hospital Curry Cabral (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
	1	Hospital S. José (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
	2	Hospital Joaquim Urbano (Centro Hospitalar do Porto, EPE)
	2	Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE
	17	Hospital de Braga
	17	Hospital Infante D. Pedro, EPE (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Aveiro)
	29	Hospital de Santa Maria (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)
Março	7	Hospitais da Universidade de Coimbra (Centro Hospitalar e Universitários de Coimbra, EPE)
	15	Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE)
	21	Hospital de Santo António dos Capuchos (Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE)
	21	Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE)
Abril	5	Hospital de Faro, EPE
	12	Hospital de S. João, EPE

Após a obtenção formal da autorização para realização do estudo no hospital, a maior parte dos profissionais médicos, de enfermagem e administrativos foram cooperantes. Não obstante, o protocolo seguido nos diferentes hospitais não foi sempre o mesmo, o que se traduziu num volume de encaminhamento de utentes por parte dos médicos desigual. Algumas dificuldades sentidas na divulgação do estudo entre os profissionais envolvidos acabou por contribuir para algumas das diferenças entre hospitais. Tudo isto, traduzia-se numa incerteza relativa ao número de utentes que diariamente correspondiam ao perfil da nossa amostra, obrigando os entrevistadores a estarem presentes todo o dia nos hospitais, mas sem a certeza do número de inquiridos que poderiam aplicar. Várias estratégias foram desenvolvidas para contornar as dificuldades no acesso à população, nomeadamente: dar indicação aos entrevistadores para encontrarem “informantes privilegiados” para o encaminhamento de utentes (pessoal administrativo, pessoal de enfermagem); criação de *flyers* para entregar aos médicos com informação detalhada sobre o estudo; reuniões e contatos telefónicos regulares da coordenadora junto dos responsáveis pelos serviços para

relembrar e reforçar os procedimentos acordados para a aplicação semanal dos questionários.

Conseguir boas taxas de resposta é essencial para maximizar a representatividade amostral, reduzindo os enviesamentos associados à seletividade na participação. Estudos sobre comportamento sexual têm sugerido que, em média, 25% a 35% das pessoas recusam participar em inquéritos administrados por telefone ou com entrevista face-a-face, enquanto em inquirições postais essa taxa pode atingir os 40% (Dunne, Martin, Bailey, et al., 1997). Alguns peritos nesta matéria, porém, têm argumentado que as taxas de adesão e de não resposta em estudos sobre tópicos relativos ao comportamento sexual não são substancialmente diferentes daquelas que se obtêm, de forma geral, em estudos que versam temas sensíveis, significando isso que a natureza do questionário em si não introduzirá enviesamentos ao nível das taxas de adesão e resposta (ASCF, 1992; Biggar, Brinton & Rosenthal, 1989). Na realidade, como alguns estudos têm demonstrado, a recusa de participação na inquirição ocorre mais frequentemente no momento do contacto inicial e convite de participação, antes mesmo de se tornar clara qual a natureza e o tema do estudo. Por exemplo, no Inquérito Nacional ao Comportamento na SIDA, nos EUA, mais de 80% das recusas de participação no questionário ocorreram antes mesmo de os respondentes saberem que o estudo era sobre SIDA (Catania, Coates, Stall, et al., 1992).

Na medida em que o protocolo de recrutamento de potenciais inquiridos envolveu a mediação do pessoal médico no momento do primeiro contacto e convite para a participação no estudo, não foi possível reter informação para cálculo da taxa de recusa de participação. Mesmo assumindo que essa taxa de recusa pudesse alinhar, genericamente, com os valores reportados na literatura, havia razões para suspeitar que a composição da amostra pudesse estar enviesada na sequência do próprio juízo dos médicos no processo de seleção dos seus pacientes elegíveis. A provável associação da definição da população de referência neste estudo (homens que têm sexo com homens) à homossexualidade, por parte dos médicos, presumia-se que pudesse vir a sub-representar, na amostra final, o grupo daqueles que, embora mantendo essas práticas sexuais, não se assumiriam como homossexuais. O controlo desta questão foi feito a partir da inclusão de uma questão no questionário sobre a autorrepresentação da identidade sexual e sobre a autorrepresentação da orientação sexual. Os resultados obtidos indicam que 26,5% dos inquiridos declaram ter uma atração sexual que não é exclusivamente dirigida ao mesmo sexo, valor coerente com os 22,2% que não se classificam como homossexuais. Ou

seja, embora seja impossível a medição do enviesamento nas características dos inquiridos decorrente do recrutamento pelos médicos, a composição final neste critério que se assumia como crítico no modelo de análise sugere alguma robustez em termos de representatividade.

Considerando que o enviesamento na participação envolve o erro que emerge do desvio sistemático das características dos que aceitam participar em relação aos que não aceitam participar, procurou-se sistematizar os principais fatores indutores de enviesamento na participação para avaliação de sinais de enviesamento na composição final da amostra efetivamente inquirida no estudo. Entre esses fatores, aqueles que estão mais amplamente documentados na literatura incluem características sociodemográficas (nomeadamente idade e classe social), atitudes e orientações normativas e, ainda, o próprio comportamento sexual. Por exemplo, Clement (1990) demonstrou que quanto mais intrusivo for um inquirido, maiores serão as barreiras protetoras da intimidade individual e maior tenderá a ser a estimação de variabilidade e frequência do comportamento sexual, uma vez que aqueles com estilos de vida mais conservadores tenderão a participar menos. Copas, Johnson e Wadsworth (1997), por outro lado, demonstraram que a idade aparece associada à recusa de resposta a questões mais detalhadas e sensíveis, introduzindo enviesamentos na taxa de resposta por item, sendo as pessoas mais velhas as que recusam mais frequentemente a resposta.

Um protocolo frequente para avaliar a magnitude do potencial enviesamento na participação é aquele que envolve a comparação das características da amostra final com as características conhecidas da população que pretende representar. Nesse sentido, ao longo da análise dos dados do nosso estudo, serão mobilizadas informações sobre características sociodemográficas e comportamentos sexuais relativos ao grupo específico dos HSH seropositivos provenientes de investigações em Portugal e no exterior, quando tal informação exista e esteja disponível.

Após a construção do questionário e a validação do mesmo pela DGS, a equipa de investigação iniciou o processo de seleção e formação dos entrevistadores. A natureza delicada e confidencial da problemática tratada, focada nas questões das sexualidades e discriminação, bem como as próprias características dos respondentes na sua dupla condição de HSH seropositivos, exigiram a constituição de uma equipa com vista à administração do inquirido por questionário, recrutada em função de critérios rigorosos, designadamente:

- ter idade igual ou superior a 20 anos; possuir o sentido de responsabilidade e maturidade perante os respondentes;
- ter frequência universitária, de preferência na área da Sociologia, não se excluindo, contudo, outras áreas afins, como é o caso da Psicologia e Serviço Social;
- ter elevada capacidade de iniciativa e dinamismo com vista à resolução de situações imprevistas.

A seleção dos entrevistadores foi rigorosa e exigiu-se uma postura profissional centrada numa atitude de empatia e de conquista da confiança, insistindo na confidencialidade dos dados e garantia do anonimato dos participantes. De forma a garantir a qualidade na aplicação dos questionários e na abordagem aos respondentes, foi realizada uma ação de formação destinada a todos os entrevistadores, assegurada pela equipa técnica do estudo.

Na formação foram distribuídos os seguintes materiais a cada um dos entrevistadores: Manual do Entrevistador; Declaração de Entrevistador, com os dados pessoais de identificação do entrevistador e que certificava as suas funções no âmbito do estudo; e dois documentos de protocolo ético e deontológico, designadamente, a Informação ao Participante e a Declaração de Consentimento Informado.

O trabalho de terreno foi rigorosamente controlado e supervisionado. No final de cada dia de trabalho, o entrevistador preenchia o documento “Relatório Diário de Inquéritos Aplicados” em suporte informático na plataforma Google Drive, o que permitia a todos os membros da equipa técnica o acesso a informação atualizada. Nesse documento, os entrevistadores registavam informação relativa à unidade hospitalar, número de inquéritos aplicados, número de recusas e motivos, alterações ao agendamento de aplicação dos questionários, bem como observações sobre o trabalho de campo relativas a dificuldades, sugestões, entre outros. Semanalmente, os entrevistadores enviavam a base de dados dos inquéritos aplicados, que era analisada pela equipa técnica de modo a detetar eventuais problemas.

O período de aplicação dos questionários decorreu entre 1 de fevereiro e 13 de maio de 2016. Para uma caracterização detalhada do trabalho de terreno, são abordados os seguintes pontos: o processo de agendamento do dia e horário para administração dos questionários em cada unidade hospitalar; o acesso à população a inquirir; e o lugar no hospital onde eram aplicados os questionários.

Apenas em três unidades hospitalares, os médicos responsáveis pelo serviço mostraram disponibilidade em enviar previamente uma listagem com o número de utentes com o perfil para integrar a amostra e respetiva hora de consulta. Nos restantes onze hospitais, os médicos responsáveis definiram, inicialmente, junto da coordenação do estudo, os dias e horas de permanência dos entrevistadores para aplicação de questionários, mantendo-se essa rotina durante todas as semanas que durou o trabalho de terreno.

A abordagem aos utentes foi a mesma em todos os hospitais. No momento da consulta externa, o médico assistente ou enfermeiro questionava os indivíduos do sexo masculino infetados com VIH e com práticas sexuais com outros homens, sobre a sua disponibilidade para colaborar no estudo. Em caso de resposta afirmativa, o profissional de saúde ou pessoal administrativo encaminhava o utente ao local onde o entrevistador estava instalado para a aplicação do questionário. Apesar da insistência por parte da equipa de entrevistadores no reforço das características dos utentes a selecionar para o estudo, admite-se que em algumas situações não foi possível contornar o filtro utilizado pelos médicos na seleção prévia que faziam dos doentes, nomeadamente com um foco na seleção de homossexuais e não de qualquer homem que tenha práticas sexuais com outros homens, independentemente da sua orientação sexual.

O facto de a nossa amostra ser muito específica (HSH) afunilou o processo de seleção, o que se traduziu num baixo número semanal de utentes que se enquadravam no perfil pretendido. Salientamos, a este propósito, que as consultas são de 3 em 3 meses ou de 6 em 6 meses, pelo que apenas conseguimos contactar os utentes que foram à consulta, no período de tempo em que decorreu o processo de aplicações dos questionário. Em alternativa, nos hospitais em que tal foi possível, foram realizados questionários àqueles que iam à colheita de sangue para efeitos de análises clínicas.

Para a administração dos questionários, foi solicitado aos serviços dos diversos hospitais a disponibilização de um local com condições de garantia de privacidade e anonimato, evitando dessa forma uma exposição dos participantes. A preocupação da escolha do lugar foi acrescida tendo em conta que as questões abordadas focavam dimensões de foro íntimo. O espaço de interação entre o entrevistador e o respondente, idealmente, deveria estar protegido da interferência de terceiros, sem ruídos de fundo e num ambiente que promovesse a confiança dos indivíduos. Contudo, verificou-se que as limitações das infraestruturas existentes constituíam, de modo geral, um problema transversal a

todos os hospitais, o que exigiu por parte dos responsáveis pelos serviços de infecciologia um esforço suplementar em disponibilizar à equipa de entrevistadores um espaço que preenchesse minimamente os requisitos necessários. Aliás, a falta de espaço revelou-se, em alguns hospitais, o principal fator condicionador do agendamento do dia e horário para a aplicação dos questionários. Apenas com a exceção de duas unidades hospitalares, nas quais nem sempre foi possível encontrar um lugar que apresentasse as características pretendidas, nas restantes, o inquérito foi aplicado num espaço privado e sem a interferência de terceiros.

No que concerne à duração da aplicação do questionário, a mais longa decorreu em 2 horas e 30 minutos, e, por sua vez, a mais curta decorreu em 9 minutos. A duração média rondou os 41 minutos, sendo importante salientar um desvio padrão elevado, de 25,5 minutos, o que está associado ao facto do número de questões a serem colocadas aos indivíduos ser variável em função do seu comportamento sexual e do *routing* que este gera. Esta duração média elevada está, de igual modo, associada à vulnerabilidade que caracteriza este grupo social, relacionada com a sua dupla condição de HSH seropositivos. Frequentemente, os respondentes não se limitavam a responder às questões que lhes eram colocadas, acabando por partilhar as vivências decorrentes da sua condição de saúde e da sua orientação sexual.

2.2 Protocolo deontológico

A formalização da garantia de confidencialidade dos dados, anonimato e de uma participação voluntária e informada no estudo, foi expressa através de dois documentos designados por “Informação ao Participante” e “Declaração do Consentimento Informado”. Estes documentos eram apresentados aos potenciais respondentes antes da aplicação dos questionários.

2.3 Entrevistas semiestruturadas

Sendo definida como um método cuja finalidade é obter uma descrição das vivências do entrevistado e interpretar o significado que ele atribui aos fenómenos descritos (Kvale, 1996, p. 6), a entrevista qualitativa permite-nos, de igual modo, analisar as práticas utilizando a palavra (Kaufman, 1996, p. 8). Tais características foram determinantes para termos optado, no presente estudo, por

este tipo de entrevista, mais concretamente, pela entrevista semiestruturada como meio complementar de recolha de informação. Tratando-se de uma conversação de natureza profissional, a entrevista semiestruturada transforma-se numa abordagem de questionamento e de escuta atenta que visa a obtenção de conhecimento testável (Kvale, 1996, p. 6). Assim, através dela foi possível, em primeiro lugar, aprofundar alguns tópicos antes evidenciados aquando da aplicação do inquérito e da análise quantitativa dos resultados; dosear, tanto quanto possível, o sentimento de invasão da privacidade dos entrevistados, dada a natureza íntima do tema abordado e, por fim, obter discursos ricos e complexos sobre as vivências da infeção por HSH, uma vez que os entrevistados podiam abordar com total liberdade de discurso e de pensamento os tópicos apresentados.

Findo o trabalho de aplicação dos inquéritos por questionário, e já em posse dos seus resultados preliminares, foram contactados alguns entrevistados que se mostraram disponíveis para participar na fase qualitativa da pesquisa. É de salientar que, no final da aplicação do questionário, era perguntado aos inquiridos se desejavam participar na segunda fase do estudo, sendo-lhes explicado, já nessa altura, a finalidade das entrevistas. Os que manifestaram vontade em participar, deixavam o seu contacto, sob garantia de anonimato e confidencialidade da informação.

Na posse de uma base limitada de contactos de potenciais entrevistados, partimos para a sua seleção, privilegiando-se o critério da diversidade dos casos, nomeadamente: estar ou não num relacionamento atual; tipo de relacionamento (monogâmico ou poligâmico); tipo de parceiros íntimos ou sexuais nos últimos seis meses (ocasionais ou estáveis). Nesse sentido, foram construídos 3 guiões de entrevista direcionados para os distintos perfis de HSH seropositivos que fazem parte da nossa amostra qualitativa. Os guiões são compostos por 4 grandes áreas temáticas, cada uma delas integrando um conjunto de questões abertas sobre a forma de transmissão do VIH e reação ao diagnóstico; a atração e orientação sexual dos entrevistados; o seu comportamento sexual com homens nos últimos 6 meses e, por fim, sobre a opinião deles em relação aos serviços de saúde e redes de prestação de cuidados médico-sociais e familiares.

No total foram realizadas 7 entrevistas em locais reservados, com vista a assegurar as melhores condições de anonimato dos participantes e confidencialidade da informação. As entrevistas foram conduzidas pela coordenadora do estudo e por outras investigadoras seniores. Dada a natureza do objeto de investigação, a questão que se passou a colocar às entrevistadoras não

era tanto a da distância social face às histórias de VIH narradas, mas a de ter em consideração no processo de recolha dos dados qualitativos, as suas perceções e emoções, tentando, sempre que possível, objetivá-las. Por outro lado, é preciso ter em conta que se tratava de entrevistadoras que pretendiam, numa amostra exclusivamente masculina, aceder a dimensões profundas da vida privada dos entrevistados. Sabíamos que a empatia, a par da ausência de qualquer avaliação de natureza moral, eram, de novo, as únicas formas de entrar na privacidade destas pessoas. Apesar de variável, foi surpreendente a adesão de alguns dos HSH que partilharam connosco as suas vivências subjetivas da infeção VIH. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e sujeitas a uma análise de conteúdo temática. Por último, optou-se pela elaboração de pequenas narrativas, num registo co-autoral, que permitem a ilustração das vivências de seropositividade dos entrevistados (Gonçalves, 2000, p. 19).

2.4 Tratamento e análise dos dados

Para a organização dos dados e a produção de resultados recorreu-se ao programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22. 0.

Após a exportação de dados dos questionários a partir dos servidores locais de cada um dos entrevistadores para uma base de dados comum, procedeu-se ao trabalho de verificação e consolidação dos dados para a construção da base final do utilizador. Esse trabalho envolveu: reorganização de variáveis, para categorização de variáveis qualitativas, classificação de categorias profissionais, classificação no território, construção de categorias etárias, classificação por graus de escolaridade, entre outras, onde a informação original é recolhida num formato que não é aquele que se impõe para a análise efetiva dos dados; codificação das opções “outro”; avaliação da incidência de anomalias nos dados, seja por incongruências entre questões com sequência lógica, seja por ausência de resposta (*missing values*). No caso particular dos valores em falta, questão que muitas vezes acaba por representar um corte profundo na dimensão final da amostra, os dados com que se trabalha são robustos já que, nas variáveis estruturantes de classificação sociodemográfica, de definição de estatuto serológico e de caracterização dos principais indicadores relativos ao comportamento sexual, não existem casos em falta. Isto é, necessariamente, consequência da utilização do CAPI como suporte de inquirição, o qual introduzia uma barreira técnica à possibilidade de não responder. Em algumas variáveis para

as quais não há informação válida por recusa em responder por parte do inquirido, os casos foram excluídos na análise dessa variável específica, nomeadamente no cálculo das proporções, motivo pelo qual os totais na análise das variáveis não são sempre os mesmos.

Em termos de análise dos dados, seguiram-se protocolos mais ou menos estandardizados na investigação académica. Inicialmente a análise envolveu uma abordagem descritiva para exploração das distribuições de todas as variáveis e para esboço de algumas primeiras conclusões. No plano univariado, para as variáveis contínuas, recorreu-se ao cálculo da média, mediana e desvio padrão, embora algumas dessas variáveis tivessem acabado por ser sujeitas a uma transformação para categorias; e para as variáveis discretas, os dados foram explorados através da distribuição de frequências absolutas e relativas. No plano bivariado procedeu-se à análise de tabelas de contingência. A análise das variáveis relativas ao comportamento sexual com homens nos últimos 6 meses/desde o diagnóstico de seropositividade (secção 9 do questionário) foi desenvolvida tendo como ponto de partida a construção de perfis de relacionamento sexual com homens baseada no número e tipo de parceiros (estáveis e/ou ocasionais). A criação de perfis de relacionamento sexual com homens constitui um ponto fulcral a partir do qual foi possível desenvolver uma análise dos HSH seropositivos como um grupo heterogéneo ao nível do comportamento sexual.

Como técnicas complementares, recorreram-se a algumas análises de significância estatística, mobilizando testes simples de comparação de médias e análise de variância.

Para a análise das trajetórias de construção e vivência de identidades e orientações sexuais, foram identificados perfis a partir da definição de padrões centrados na exploração das relações de interdependência entre as múltiplas variáveis categorizadas (ou tratadas como tal) pelo que foi realizada uma análise de correspondências múltiplas (ACM) para cada uma das dimensões em estudo nesse domínio. Este método de análise multivariada permite lidar com espaços de análise multifacetados e relacionais e, ainda, representar graficamente, em espaços geométricos de reduzidas dimensões, a multidimensionalidade dos dados de partida (Greenacre 2007; Carvalho, 2008; Ramos e Carvalho, 2011; Oliveira, Esteves e Carvalho, 2015). Após a identificação das configurações dos diferentes padrões, em cada uma das dimensões em análise, foi realizada uma análise de *clusters* hierárquica (Hair, Black, Babin et al., 2010; Mooi & Sarstedt, 2011), a fim de validar a solução proposta pela ACM. As variáveis de *input* para a análise de

clusters foram os scores fatoriais em cada uma das análises de correspondências realizadas. Sempre que relevante descreveram-se os clusters com indicadores de caracterização sociodemográfica, permitindo maior detalhe na caracterização dos padrões definidos. Foi ainda realizada uma análise de correspondências simples (ANACOR) a fim de explorar as configurações da relação entre as dimensões identidade sexual e iniciação sexual.

“(...) Lembro-me perfeitamente de estar no metro e ter percebido porque é que nos filmes americanos às vezes as personagens quando recebem uma notícia muito má vomitam imediatamente a seguir, porque foi exatamente a sensação que eu tive. Foi vontade de vomitar”.

Duarte, 36 anos, Bacharelato

Duarte decidira fazer uma pequena cirurgia e o médico “pediu várias análises, nomeadamente ao HIV”. Quando foi levantar os resultados não resistiu à curiosidade, até porque vinham “num envelope fechado”. “A análise dizia simplesmente “positivo, deve ser confirmado por western blot”, o que para ele “era completamente chinês”. Recorreu a “uns amigos, biólogos, em quem tinha um pouco mais de confiança” (...) e perguntou-lhes “se sabiam o que é que aquilo dizia”. Começou então um processo “complicadíssimo”, com mais de 12 anos. Tinha mudado de local de residência, “não estava inscrito num centro de Saúde”: “Lembro-me de eu ter ido a um hospital e de me dizerem que eu tinha de ter uma credencial do médico de família”. “(...) Ao fim de um dia de muitas negas e de muito mau atendimento”, Duarte encontrou “uma pessoa [a médica] muito reconfortante”. Mas no hospital, a saga continuou: “o médico fez-me um inquérito completamente absurdo. Inclusivamente perguntou a minha orientação sexual, eu disse que era homossexual, e ele perguntou-me se eu tinha intenção de continuar a ter sexo com homens logo após o meu diagnóstico. Eu achei aquela pergunta completamente cretina”. Contraiu a infeção através de “sexo desprotegido”, afirmando que “(...) continua a não ser fácil toda a gente ter uma boa relação com o preservativo. (...) É porque aperta, é porque é difícil. Por isso, é que há tanta gente que contrai o VIH porque são difíceis de abrir, difíceis de desenrolar, porque alguns, confesso, têm um cheiro horrível. E depois se não deixam cheiro, a determinada altura deixam sabor” e “por mais sabores que lhe ponham, aquilo sabe sempre a borracha”. Está há mais de 5 anos numa “relação estável”, é “casado”, tem “um marido” com quem partilhou o diagnóstico assim como com “alguns amigos com quem tinha mais confiança”. Só a família “não sabe de todo”.

Quando tomou conhecimento do diagnóstico pensou “(...) que antes dos 30 anos estaria ligado a uma máquina”, mas rapidamente percebeu “que não era nada assim, as coisas evoluíram bastante”. Nos seus relacionamentos íntimos ou sexuais não revela o diagnóstico: “só quando sentia que havia ali algum tipo de potencial. Numa relação ocasional não, até porque uma pessoa nunca sabe muito qual é o contexto da outra, qual é o meio da outra e as pessoas gostam muito de falar”. Depois do diagnóstico passou a ser mais cauteloso, mas nunca foi a “100%”, até porque, como diz, “passei a ter alguns parceiros com quem era mais frequente encontrarmo-nos e estavam exatamente na mesma situação que eu, perfeitamente controlados”. Por outro lado, hoje cada vez existem “meios mais fáceis de engate. (...) As pessoas são extremamente diretas na

internet e percebe-se perfeitamente em que estado é que a outra pessoa está - seropositivo ou seronegativo. Existem inclusivamente sites específicos onde as pessoas podem colocar se tomam medicação, se não tomam medicação, se querem ou não querem saber, se têm a carga viral indetetável ou não”. Portanto, considera que se o VIH/SIDA está a aumentar, inclusive entre os mais jovens, “é muito graças a mais informação que as pessoas possuem sobre os efeitos que as medicações têm hoje. Sobre o caso de se andar a medicar ou a receitar Truvada como método de prevenção, não sei se têm consciência, mas isso cá faz-se”. A este propósito defende que “se existem outras prevenções, se existem bloqueios à entrada do vírus no organismo, assumam-nas. (...). Tal como o preservativo não previne a 100%, a solução Truvada se calhar também não previne a 100%. Mas, se calhar, previne a 80%, assumam-na”.

Apesar de estar casado há dois anos, diz que não tem “feito para ser monogâmico”, tal como o seu parceiro. Por isso, têm “relações sexuais com outros parceiros, sempre na presença do outro”, mas “enquanto casa”. Nestas situações nem sempre usam preservativo. Não obstante têm “consciência, sempre, do risco”. No entanto, considera que “pessoas não vão usar o preservativo só porque nos dizem que o HIV mata”. Pelo que sugere que as “campanhas têm de deixar de ser gerais e passar a ser mais personalizadas, tem de haver conversas com as pessoas”. Também recomenda que “não se mostre só a realidade má”, existe “também a realidade positiva”, ou seja, “eu não vejo as pessoas a morrer, mas a viver”. “Expliquem, mostrem às pessoas que aqueles que vivem precisam disto, disto e disto. Mostrem a realidade nua e crua”. Desta realidade faz parte uma multidão muito heterogénea, pelo que considera que “às vezes é preciso haver uma parada louca gay para as pessoas perceberem que nós existimos, não vale a pena negar. Mas também é preciso haver bons exemplos, é preciso que as televisões não se foquem só no homem vestido de penas e cheio de maquilhagem. É preciso que os meios de comunicação social se foquem nas pessoas igualzinhas a nós e que estão em casa a ver televisão ou a ler o jornal. Se calhar, do lado heterossexual, é preciso que as pessoas vejam que há imensos homens vestidos de cor-de-rosa da cabeça aos pés e imensas mulheres vestidas de cinzento e de cabelo curto”.

3 Composição sociodemográfica da amostra

No presente estudo foram aplicados 671 inquéritos por questionário a utentes do sexo masculino seropositivos para a infeção por VIH, que fazem sexo com outros homens, acompanhados pelos serviços de consulta/tratamento em 14 hospitais a nível nacional. De seguida, procede-se à caracterização sociodemográfica da amostra.

A idade dos inquiridos varia entre os 18 e os 77 anos, situando-se a média nos 40 anos, a mediana nos 39 anos e o desvio-padrão nos 11 anos. Tal como referido anteriormente, a idade mínima de participação no estudo era 15 anos, mas nos hospitais onde foi selecionada a amostra final não constavam utentes menores em consulta. Uma análise da idade segundo a organização por escalões etários, nos mesmos moldes do que é utilizado nos relatórios da DGS sobre a temática da infeção por VIH, permite constatar que o grupo mais expressivo na amostra é o dos indivíduos com idades entre os 35 e 44 anos (31,7%), seguido por dois grupos com representatividade muito próxima entre si, nomeadamente o dos que têm entre 45 e 65 anos (26,1%) e dos que têm entre 25 e 34 anos (25,5%) (Quadro 3.1). Por sua vez, os inquiridos com 24 anos ou menos representam 6,9% da amostra. Salienta-se que apenas três indivíduos com menos de 20 anos responderam ao questionário. O grupo etário menos expressivo é composto pelos que têm 65 ou mais anos de idade (2,4%).

Quadro 3.1. Idade por escalões etários

Escalões etários	n	%	% acumulada
≤ 24 anos	46	6,9	6,9
25-34 anos	171	25,5	32,3
35-44 anos	213	31,7	64,1
45-54 anos	175	26,1	90,2
55-64 anos	50	7,5	97,6
≥ 65 anos	16	2,4	100,0
Total	671	100,0	-

Conclui-se que a amostra deste estudo é mais jovem face à população seropositiva acompanhada nos hospitais do SNS e constantes na base SI.VIDA (PN VIH/SIDA, 2015:29). Aí, 13,0% dos casos de infeção por VIH em seguimento ambulatorio hospitalar têm até 34 anos, sendo que na nossa amostra essa percentagem é igual a 32,3%.

No que se refere à escolaridade, e como se pode verificar pela leitura do quadro seguinte, a amostra caracteriza-se por uma proporção relativamente próxima entre os inquiridos com o ensino secundário (36,1%) e os inquiridos com licenciatura, mestrado e doutoramento (33,4%). Destaca-se que um quarto da amostra (25,5%) possui a licenciatura. O grupo menos expressivo é constituído pelos respondentes que têm como nível de escolaridade completo mais elevado o ensino básico (27,2%). O peso de indivíduos que sabe ler e escrever, mas sem grau académico é residual (0,7%). Conclui-se que a amostra obtida no nosso estudo é mais escolarizada face ao nível de escolaridade existente em Portugal. A nível nacional, a maioria (59,5%) de homens residentes com 15 e mais anos possui apenas o ensino básico, 21,1% possui o ensino secundário e 14,3% tem um grau académico superior (PORDATA - INE, 2016). Este desfasamento poderá estar relacionado com o facto de a amostra ser mais jovem face à distribuição etária nacional ou, então, ser resultado de uma tendência que marca este sub-grupo populacional.

Quadro 3.2. Nível de escolaridade completo

Nível de escolaridade	n	%
Sabe ler e escrever mas sem grau académico	5	0,7
Ensino Básico (até ao 9º ano, inclusive, ou equivalente)	182	27,2
Ensino Secundário (12º ano ou equivalente)	242	36,1
Ensino Médio/Bacharelato	17	2,5
Licenciatura	171	25,5
Mestrado (inclui Mestrado Integrado)	44	6,6
Doutoramento	9	1,3
Total	670	100,0

A partir da variável original escolaridade, composta por sete níveis, optou-se por derivar uma nova variável sintetizadora que integra três grupos de níveis de escolaridade, nomeadamente o ensino básico ou menos (que agrega os níveis sabe ler e escrever, mas sem grau académico e ensino básico), o ensino secundário ou médio (que agrega os níveis de ensino secundário e ensino médio/bacharelato) e, por último, o ensino superior (que agrega os níveis de licenciatura, mestrado e doutoramento). Tendo em consideração que na variável original existiam três níveis com maior peso na distribuição e os restantes quatro apresentavam valores baixos ou residuais, a agregação permitiu compor três grupos de níveis de escolaridade, com uma presença expressiva na amostra, e a partir dos quais se desenvolveram as análises estatísticas que se apresentam nos próximos pontos. Essa opção analítica, focada na simplificação da variável, parte do pressuposto de que a escolaridade se traduz num capital diferenciado de recursos e de mobilização de competências no acesso à informação e sua interpretação, com implicações nos comportamentos dos indivíduos. O quadro seguinte apresenta a proporção de inquiridos em cada um dos níveis de escolaridade sintetizados.

Quadro 3.3. Nível de escolaridade sintetizado

Nível de escolaridade sintetizado	n	%
Ensino básico ou menos	187	27,9
Ensino secundário ou ensino médio	259	38,7
Ensino superior	224	33,4
Total	670	100,0

Uma análise comparativa dos grupos etários, segundo os níveis de escolaridade, permite concluir que os grupos etários mais jovens, até aos 44 anos, apresentam níveis de escolaridade superiores face aos inquiridos que se situam em escalões etários mais altos (Quadro 3.4). Existe assim um gradiente no qual a proporção de inquiridos com o ensino básico ou menos aumenta à medida que os escalões etários sobem. Por oposição, a percentagem de inquiridos com ensino superior diminui entre os grupos etários com mais idade. Salienta-se que o grupo dos inquiridos com 24 anos ou menos é o que apresenta uma menor proporção de ensino superior, mas é necessário ter em linha de conta que alguns estarão ainda inseridos no sistema educativo a seguir estudos superiores e, por isso, no

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

momento de administração do questionário apenas tinham completado o ensino secundário, facto que justifica igualmente a elevada percentagem de inquiridos com ensino secundário ou médio entre o escalão mais jovem (existem dez inquiridos com ensino secundário completo que atualmente são estudantes a tempo inteiro ou estudantes trabalhadores).

Quadro 3.4. Nível de escolaridade dos inquiridos segundo o seu escalão etário, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)

	Idade					
	≤ 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos
Nível de escolaridade	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ensino básico ou menos	6 (13,0%)	36 (21,1%)	56 (26,3%)	64 (36,8%)	17 (34,0%)	8 (50,0%)
Ensino secundário ou médio	33 (71,7%)	63 (36,8%)	85 (39,9%)	56 (32,2%)	17 (34,0%)	5 (31,3%)
Ensino superior	7 (15,2%)	72 (42,1%)	72 (33,8%)	54 (31,0%)	16 (32,0%)	3 (18,8%)
Total	46 (100,0%)	171 (100,0%)	213 (100,0%)	174 (100,0%)	50 (100,0%)	16 (100,0%)

Como se pode observar no próximo quadro relativo ao estado civil, a maior parte dos inquiridos (78,7%) é solteiro. A proporção de indivíduos casados ou em união de facto é de 14,1%, mais especificamente, 7,7% são casados e 6,4% estão em união de facto. O grupo dos divorciados/separados representa 7,2% da amostra.

Quadro 3.5. Estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	528	78,7
Casado	52	7,7
União de facto	43	6,4
Divorciado/Separado	48	7,2
Total	671	100

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Sobre com quem os inquiridos vivem, predominam na amostra três distintas composições de agregado doméstico, nomeadamente vive sozinho (34,4%), vive com outros familiares ou amigos (32,9%) e vive com marido/companheiro com ou sem filhos (30,4%) (Quadro 3.6). Importa referir que 2,0% dos inquiridos vive num agregado doméstico com mulher/companheira, com ou sem filhos, o que indica estarem enquadrados numa relação conjugal heterossexual.

Quadro 3.6. Composição do agregado doméstico

Composição do agregado doméstico	n	%
Vive sozinho	230	34,4
Vive com marido/companheiro	199	29,8
Vive com marido/companheiro e filhos	4	0,6
Vive com mulher/companheira	7	1,0
Vive com mulher/companheira e filhos	7	1,0
Vive só com filhos	1	0,1
Vive com pai/mãe	108	16,2
Vive com amigos	69	10,3
Vive com outros familiares	42	6,3
Sem abrigo	1	0,1
Total	668	100,0

Uma análise da composição do agregado doméstico segundo os escalões etários permite concluir que a percentagem de indivíduos a viver sozinho aumenta com a idade (Quadro 3.7). Por sua vez, a percentagem de inquiridos que vive acompanhado pelos progenitores, amigos ou outros familiares diminui com a idade dos inquiridos. É nos escalões intermédios dos 25 aos 44 anos que se encontra a maior percentagem de inquiridos a viver com marido ou companheiro.

Quadro 3.7. Composição do agregado doméstico dos inquiridos segundo o seu escalão etário, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)

	Idade					
	≤ 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos
Composição do agregado doméstico	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Vive sozinho	9 (19,6%)	40 (23,5%)	71 (33,6%)	75 (42,9%)	23 (46,0%)	12 (75,0%)
Vive com marido/companheiro	6 (13,0%)	54 (31,8%)	71 (33,6%)	53 (30,3%)	13 (26,0%)	2 (12,5%)
Vive com marido/companheiro e filhos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (1,1%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Vive com mulher/companheira	0 (0,0%)	1 (0,6%)	3 (1,4%)	0 (0,0%)	2 (4,0%)	1 (6,3%)
Vive com mulher/companheira e filhos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	5 (2,9%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Vive só com filhos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Vive com pai/mãe	14 (30,4%)	35 (20,6%)	33 (15,6%)	21 (12,0%)	5 (10,0%)	0 (0,0%)
Vive com amigos	13 (28,3%)	25 (14,7%)	16 (7,6%)	10 (5,7%)	4 (8,0%)	1 (6,3%)
Vive com outros familiares	4 (8,7%)	14 (8,2%)	14 (6,6%)	9 (5,1%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Sem abrigo	0 (0,0%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	46 (100,0%)	170 (100,0%)	211 (100,0%)	175 (100,0%)	50 (100,0%)	16 (100,0%)

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Relativamente ao local de residência, e tendo como unidade de análise o agrupamento dos concelhos de naturalidade segundo as NUTS II, grande parte dos inquiridos reside na Área Metropolitana de Lisboa (48,3%), seguida pela região Norte (26,0%) (Quadro 3.8). Verifica-se ainda que 14,9% reside na região Centro, 6,6% no Algarve e 2,4% no Alentejo, apesar de no universo empírico não constar nenhum hospital dessa região. Importa ainda referir que cerca de 1,5% dos inquiridos reside num país estrangeiro. A distribuição dos inquiridos, segundo o local de residência, parece estar associada ao número de hospitais nos quais foram aplicados os inquéritos em cada uma das regiões. Tal como referido anteriormente, na Área Metropolitana de Lisboa, a aplicação de questionários ocorreu em seis hospitais e na região Norte em cinco hospitais. Nesta última região, o processo de autorização em algumas unidades hospitalares foi moroso e, por consequência, a aplicação dos questionários teve início mais tardiamente, traduzindo-se num menor número de questionários aplicados face ao esperado.

Quadro 3.8. Localidade de residência (NUTS II)

Localidade de residência (NUTS II)	n	%
Norte	174	26,0
Centro	100	14,9
Área Metropolitana de Lisboa	323	48,3
Alentejo	16	2,4
Algarve	44	6,6
Região Autónoma da Madeira	1	0,1
Região Autónoma dos Açores	1	0,1
Estrangeiro	10	1,5
Total	669	100,0

A análise do quadro seguinte relativo ao local de residência tendo por referência a divisão administrativa por distrito, revela, como esperado, que grande parte dos inquiridos reside em Lisboa (45,4%), seguido do Porto (18,8%).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 3.9. Distrito de residência

Distrito de residência	n	%
Aveiro	51	7,6
Beja	3	0,4
Braga	27	4,0
Bragança	3	0,4
Castelo Branco	2	0,3
Coimbra	23	3,4
Faro	44	6,6
Guarda	2	0,3
Leiria	21	3,1
Lisboa	304	45,4
Portalegre	2	0,3
Porto	126	18,8
Santarém	10	1,5
Setúbal	29	4,3
Viana do Castelo	4	0,6
Vila Real	2	0,3
Viseu	4	0,6
Região Autónoma dos Açores	1	0,1
Região Autónoma da Madeira	1	0,1
Estrangeiro	10	1,5
Total	669	100,0

Destaca-se que os Hospitais da Universidade de Coimbra (Centro Hospitalar e Universitários de Coimbra, EPE) são, na nossa amostra, a unidade hospitalar com o maior número de inquéritos aplicados a indivíduos que não residem no distrito de implantação do hospital (63,8%). No resto do território, os hospitais servem utentes que vivem nas suas zonas geográficas de influência.

Sobre a condição atual perante o trabalho, a maioria dos inquiridos exerce uma profissão a tempo inteiro (64,2%) (Quadro 3.10). A proporção de indivíduos que atualmente estão desempregados, representa 13,0% da amostra, ligeiramente

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

superior à taxa de desemprego masculina no 1º trimestre de 2016, situada nos 12,4% (INE, 2016). As restantes categorias apresentam valores baixos ou residuais, destacando-se apenas a existência de 6,0% de reformados entre os respondentes.

Quadro 3.10. Condição perante o trabalho

Condição perante o trabalho	n	%
Exerce uma profissão a tempo inteiro	430	64,2
Exerce uma profissão a tempo parcial	52	7,8
Desempregado	87	13,0
Estudante-trabalhador	26	3,9
Estudante a tempo inteiro	17	2,5
Formando	1	0,1
Frequência de um estágio	2	0,3
Ocupa-se exclusivamente das tarefas do lar	4	0,6
Reformado	40	6,0
Incapacitado para o trabalho	11	1,6
Total	670	100,0

Como esperado, a maioria (68,8%) dos inquiridos com 65 ou mais anos encontra-se reformado (Quadro 3.11). Para os restantes escalões etários, a condição perante o trabalho dominante é o exercício de uma profissão a tempo inteiro. No grupo etário mais jovem, até aos 24 anos, 30,4% encontra-se ainda numa trajetória escolar. Importa salientar que 72,5% dos reformados têm menos de 65 anos.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 3.11. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo o seu escalão etário em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)

Condição perante o trabalho	Idade					
	≤ 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Exerce uma profissão a tempo inteiro	20 (43,5%)	112 (65,5%)	148 (69,5%)	122 (70,1%)	26 (52,0%)	2 (12,5%)
Exerce uma profissão a tempo parcial	6 (13,0%)	13 (7,6%)	18 (8,5%)	10 (5,7%)	2 (4,0%)	3 (18,8%)
Desempregado	5 (10,9%)	24 (14,0%)	29 (13,6%)	24 (13,8%)	5 (10,0%)	0 (0,0%)
Estudante trabalhador	7 (15,2%)	11 (6,4%)	8 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Estudante a tempo inteiro	7 (15,2%)	7 (4,1%)	2 (0,9%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Formando	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Frequência de um estágio	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ocupa-se das tarefas do lar	0 (0,0%)	1 (0,6%)	1 (0,5%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Reformado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	12 (6,9%)	15 (30,0%)	11 (68,8%)
Incapacitado para o trabalho	1 (2,2%)	1 (0,6%)	5 (2,3%)	2 (1,1%)	2 (4,0%)	0 (0,0%)
Total	46 (100,0%)	171 (100,0%)	213 (100,0%)	174 (100,0%)	50 (100,0%)	16 (100,0%)

Pela análise do quadro seguinte verifica-se, no nível escolar mais baixo, e que corresponde ao ensino básico completo ou menos, uma menor proporção de indivíduos a exercer uma profissão a tempo inteiro. À medida que o nível escolar aumenta, o grupo dos inquiridos que está a trabalhar a tempo inteiro assume maior expressão. Assim, os indivíduos que possuem uma maior escolaridade são os que estão mais inseridos ativamente no mercado de trabalho, possuindo um emprego.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 3.12. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo o seu nível de escolaridade sintetizado, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada nível de escolaridade)

	Nível de escolaridade		
	Ensino básico ou menos	Ensino secundário ou médio	Ensino superior
Condição perante o trabalho	n (%)	n (%)	n (%)
Exerce uma profissão a tempo inteiro	100 (53,5%)	175 (67,8%)	155 (69,2%)
Exerce uma profissão a tempo parcial	14 (7,5%)	19 (7,4%)	18 (8,0%)
Desempregado	42 (22,5%)	28 (10,9%)	17 (7,6%)
Estudante trabalhador	1 (0,5%)	11 (4,3%)	14 (6,3%)
Estudante a tempo inteiro	2 (1,1%)	7 (2,7%)	8 (3,6%)
Formando	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Frequência de um estágio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)
Ocupa-se das tarefas do lar	3 (1,6%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)
Reformado	20 (10,7%)	12 (4,7%)	8 (3,6%)
Incapacitado para o trabalho	4 (2,1%)	5 (1,9%)	2 (0,9%)
Total	187 (100,0%)	258 (100,0%)	224 (100,0%)

Em todas as regiões, a maioria dos inquiridos está a exercer uma profissão a tempo inteiro, sendo no Alentejo e na Área Metropolitana de Lisboa que os valores observados são mais expressivos (81,3% e 66,3%, respetivamente), assim como entre os que estão a residir no estrangeiro (80,0%) (Quadro 3.13). A região Norte destaca-se por apresentar uma maior percentagem de inquiridos desempregados (15,5%). No Centro observa-se uma percentagem mais elevada de estudantes a tempo inteiro e estudantes a tempo parcial (12,0%). A região do Alentejo é a que apresenta a maior proporção de reformados.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 3.13. Condição perante o trabalho dos inquiridos segundo a sua localidade de residência (NUTS II) em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada localidade de residência)

Condição perante o trabalho	Localidade de residência (NUTS II)					
	Norte	Centro	Área Metropolitana de Lisboa	Alentejo	Algarve	Estrangeiro
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Exerce uma profissão a tempo inteiro	106 (60,9%)	61 (61,0%)	214 (66,3%)	13 (81,3%)	27 (62,8%)	8 (80,0%)
Exerce uma profissão a tempo parcial	16 (9,2%)	5 (5,0%)	22 (6,8%)	0 (0,0%)	7 (16,3%)	1 (10,0%)
Desempregado	27 (15,5%)	10 (10,0%)	42 (13,0%)	1 (6,3%)	5 (11,6%)	1 (10,0%)
Estudante trabalhador	9 (5,2%)	5 (5,0%)	12 (3,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Estudante a tempo inteiro	3 (1,7%)	7 (7,0%)	6 (1,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Formando	0 (0,0%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Frequência de um estágio	1 (0,6%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ocupa-se das tarefas do lar	2 (1,1%)	1 (1,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Reformado	9 (5,2%)	4 (4,0%)	21 (6,5%)	2 (12,5%)	4 (9,3%)	0 (0,0%)
Incapacitado para o trabalho	1 (0,6%)	5 (5,0%)	5 (1,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	174 (100,0%)	100 (100,0%)	323 (100,0%)	16 (100,0%)	43 (100,0%)	10 (100,0%)

No que concerne à condição perante o trabalho antes do diagnóstico da infeção por VIH, a maioria exercia uma profissão a tempo inteiro (69,9%) (Quadro 3.14). A percentagem de desempregados era de 9,9% e a de indivíduos que reportavam uma condição associada à frequência do sistema de ensino situava-se nos 11,7%. Os que exerciam uma profissão a tempo parcial representam 5,8% da amostra. Destaca-se ainda que antes do diagnóstico as categorias de reformado e incapacitado para o trabalho apresentam valores residuais.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 3.14. Condição perante o trabalho antes do diagnóstico

Condição perante o trabalho antes do diagnóstico	n	%
Exercia uma profissão a tempo inteiro	467	69,9
Exercia uma profissão a tempo parcial	39	5,8
Desempregado	66	9,9
Estudante-trabalhador	26	3,9
Estudante a tempo inteiro	52	7,8
Formando	2	0,3
Ocupava-se exclusivamente das tarefas do lar	5	0,7
Reformado	7	1,0
Incapacitado para o trabalho	3	0,4
Trabalhador do sexo	1	0,1
Total	668	100,0

Na amostra, a maioria dos inquiridos (69,7%) apresenta atualmente a mesma condição perante o trabalho que tinha antes do diagnóstico da infeção por VIH (Quadro 3.15). Verifica-se que 80,3% dos que antes exerciam uma profissão a tempo inteiro mantêm atualmente essa condição perante o trabalho. Nas mudanças de condição entre os que exerciam uma profissão a tempo inteiro, assume particular relevância o facto de atualmente 7,1% estar em situação de desemprego e 6,0% estar reformado. Dos que exerciam uma profissão a tempo parcial, a maioria (57,9%) apresenta essa mesma condição, sendo que 23,7% no momento da aplicação dos questionários estava a exercer uma profissão a tempo inteiro e 15,8% estava desempregado. Os indivíduos que antes do diagnóstico por VIH estavam inseridos no mercado de trabalho, a tempo inteiro ou parcial, são os que apresentam uma maior manutenção da sua condição perante o trabalho nos dois momentos distintos em análise, antes do diagnóstico e atualmente. Dos que estavam desempregados, 47,0% está atualmente nessa condição e 43,9% ingressou no mercado de trabalho (dos quais 30,3% exerce atualmente uma profissão a tempo inteiro e 13,6% a tempo parcial). Por sua vez, 26,9% dos que eram estudantes a tempo inteiro antes do diagnóstico enquadram-se atualmente nessa mesma categoria profissional, 32,7% está agora a exercer uma profissão a tempo inteiro e 17,3% está desempregada.

Quadro 3.15 Condição perante o trabalho dos indivíduos segundo a sua condição perante o trabalho antes do diagnóstico em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada condição perante o trabalho antes do diagnóstico)

Condição perante o trabalho atual	Condição perante o trabalho antes do diagnóstico da infeção por VIH							
	Exercia uma profissão a tempo inteiro	Exercia uma profissão a tempo parcial	Desemprega do	Estudante trabalhador	Estudante a tempo inteiro	Reformado	Incapacitado para o trabalho	Outras condições perante o trabalho
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
Exerce uma profissão a tempo inteiro	375 (80,3%)	9 (23,7%)	20 (30,3%)	9 (34,6%)	17 (32,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Exerce uma profissão a tempo parcial	16 (3,4%)	22 (57,9%)	9 (13,6%)	1 (3,8%)	4 (7,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Desempregado	33 (7,1%)	6 (15,8%)	31 (47,0%)	2 (7,7%)	9 (17,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (50,0%)
Estudante trabalhador	7 (1,5%)	1 (2,6%)	1 (1,5%)	11 (42,3%)	6 (11,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Estudante a tempo inteiro	1 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7,7%)	14 (26,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Reformado	28 (6,0%)	0 (0,0%)	3 (4,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (12,5%)
Incapacitado para o trabalho	5 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)	1 (12,5%)
Outras condições	2 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	2 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (25,0%)
Total	467 (100,0%)	38 (100,0%)	66 (100,0%)	26 (100,0%)	52 (100,0%)	7 (100,0%)	3 (100,0%)	8 (100,0%)

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

A análise das profissões dos inquiridos foi desenvolvida com recurso à Classificação Nacional das Profissões. Pela leitura do quadro seguinte, as profissões enquadradas na categoria do pessoal dos serviços e vendedores são predominantes na amostra (41,1%). O segundo grupo profissional mais representado é o dos técnicos e profissionais de nível intermédio (24,0%), seguido pelos especialistas das profissões intelectuais e científicas (10,5%). Salienta-se que sete indivíduos referiram que exerciam atividade profissional associada ao trabalho sexual.

Quadro 3.16. Profissão (atual ou última antes de situação de desemprego, incapacidade para o trabalho ou reforma) segundo a Classificação Nacional das Profissões

Profissão (atual ou última)	n	%
Quadros superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros superiores de empresa	25	4,3
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	61	10,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	139	24,0
Pessoal administrativo e similares	35	6,0
Pessoal dos serviços e vendedores	238	41,1
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	4	0,7
Operários, artífices e trabalhadores similares	25	4,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	5	0,9
Trabalhadores não qualificados	40	6,9
Trabalhadores do sexo	7	1,2
Total	579	100,0

Nota: Os 92 casos em falta correspondem a: 50 a situações de indivíduos que referem ter como condição atual perante o trabalho ser estudante a tempo inteiro, estudante-trabalhador, formando, frequência de estágio, ocupa-se exclusivamente de tarefas do lar; e os restantes 42 são não respostas ou resposta incompleta na profissão que não permitiu o enquadramento numa das categorias profissionais.

Por último, analisa-se a profissão dos inquiridos segundo o seu nível de escolaridade. Como se pode observar no Quadro 3.17, os inquiridos com nível escolar superior têm uma profissão, atual ou última, que se enquadra nas

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

categorias de quadros superiores, especialistas de profissões intelectuais e científicas bem como de técnicos e profissionais de nível intermédio. Por oposição, a maioria dos inquiridos menos escolarizados tem predominantemente uma profissão, atual ou última, que se enquadra na categoria de pessoal dos serviços e vendedores. As categorias profissionais de operário e trabalho não qualificado são ocupadas por indivíduos com baixos níveis de escolaridade. Apesar de se reportar apenas a sete casos, é importante mencionar que todos os trabalhadores do sexo possuem nível de escolaridade baixo, até ao ensino básico.

Quadro 3.17. Profissão dos inquiridos (atual ou última antes de desemprego, incapacidade para o trabalho ou reforma) segundo o seu nível de escolaridade, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada nível de escolaridade)

	Nível de escolaridade		
	Ensino básico ou menos	Ensino secundário ou médio	Ensino superior
Profissão atual ou última	n (%)	n (%)	n (%)
Quadros superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros superiores de empresa	4 (2,4%)	9 (4,1%)	12 (6,3%)
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	61 (32,3%)
Técnicos e profissionais de nível intermédio	18 (10,7%)	59 (26,7%)	62 (32,8%)
Pessoal administrativo e similares	8 (4,8%)	15 (6,8%)	12 (6,3%)
Pessoal dos serviços e vendedores	89 (53,0%)	110 (49,8%)	38 (20,1%)
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)
Operários, artífices e trabalhadores similares	15 (8,9%)	10 (4,5%)	0 (0,0%)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2 (1,2%)	3 (1,4%)	0 (0,0%)
Trabalhadores não qualificados	23 (13,7%)	15 (6,8%)	2 (1,1%)
Trabalhadores do sexo	7 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	168 (100,0%)	221 (100,0%)	189 (100,0%)

Em suma, neste estudo trabalha-se com uma amostra que pode ser considerada, globalmente, como sendo razoavelmente heterogénea em termos etários e com uma distribuição territorial que, refletindo o próprio procedimento de administração de questionários, se aproxima do padrão de dispersão populacional geral pelo território português. Em termos do perfil socioeconómico que foi possível traçar, percebemos que se trata de uma amostra marcada por níveis de escolaridade sobretudo médios a elevados, indicador que acaba depois por se refletir no tipo de inserção profissional, com relevo para profissões de qualificação intermédia e elevada e com uma generalizada inserção no mercado de trabalho. São, finalmente, indivíduos que se organizam em agregados familiares em torno de três tipos principais: sozinhos, com familiares e amigos mas sem contexto de conjugalidade, e em contexto de conjugalidade com ou sem filhos. Esta distribuição acompanha a do estado civil, onde predominam os indivíduos solteiros.

“Uma pessoa acaba por encarar isto como uma sentença de morte, que é mesmo assim. Está bem que doença a nível de tratamento evoluiu bastante nos últimos anos mas a pior parte desta doença é o preconceito. (...) A parte do preconceito afeta a parte psíquica. Por vezes, é mais dura de aguentar do que a parte física”.

Armando, 40 anos, Ensino Secundário

Armando pensa que foi infetado por um parceiro ocasional com quem mantinha relações sexuais. Diz que lhe chegou a *“perguntar se tinha alguma doença”*, e que apesar de na *“altura não lhe parecer uma resposta sincera”*, acreditou *“porque já sentia emocionalmente alguma coisa por essa pessoa”*. Todos os anos fazia análises de rotina, inclusive ao VIH e ao descobrir que estava infetado deduziu logo *“que tivesse sido essa pessoa”*. E *“(...) quando uma pessoa descobre que os esforços que foi tendo ao longo do tempo foram em vão e depois houve alguém que lhe mentiu e que o prejudicou até este ponto, basicamente o que sente é revolta”*. Como consequência, doravante, o seu relacionamento com parceiros sexuais *“é basicamente físico, ou seja, dificilmente passa para um relacionamento emocional”*, afirmando que também passou a *“ter mais cuidado”* com as pessoas com quem se envolve. Porém, paradoxalmente, diz que se deixou de preocupar com ele próprio: *“acho que se calhar estou a castigar-me a mim mesmo”*. Isto significa que é mais relaxado no uso do preservativo porque ainda está na *“fase de não querer pensar no assunto, porque se estivesse realmente consciente a 100% teria mais cuidados”*. Em suma, para além de pensar que já não tem *“muito mais a perder”*, refere que o uso do preservativo também está relacionado com as práticas sexuais em si: *“quando eu não uso o preservativo é quando faço mais o papel de passivo, (...) se eu fizer o papel de ativo, sim uso”*.

Apenas partilhou o diagnóstico com a *“médica de família”*, que depois o *“reencaminhou para o hospital”*. A partir daí faz *“questão que ninguém saiba”*, porque *“é uma questão pessoal”*, mas também para se *“proteger”*. Neste sentido, afirma: *“vivemos num meio muito fechado. Portugal é um país de mentalidades fechadas, de muito preconceito, apesar de as pessoas dizerem que não. Eu prefiro manter-me no anonimato”*. Inclusive, no meio gay *“precisamente por causa do preconceito, que também existe”*, acrescentando: *“qualquer homossexual ou gay que saiba que há ali alguém infetado também o vai discriminar. (...) Você sente ali uma certa hostilidade, sente ali rejeição. Não tenho dúvidas disso. Se calhar sou mais bem aceite com a minha doença por alguém de fora deste meio”*.

do que por alguém de dentro deste meio". Por isso, apesar de frequentar "locais gays, género bares ou discotecas" não revela "que é infetado para não ser rejeitado a nível de relações físicas". A "nível de relações emocionais" diz que "não as procura", até porque se revelasse que é "infetado também iria ser mais difícil conseguir esses relacionamentos mais estáveis".

Armando só se sente atraído por homens, afirmando: "sou homossexual e não tenho problemas nenhuns em aceitá-lo. Aliás se eu tivesse oportunidade de voltar a nascer e ser heterossexual eu provavelmente escolhia ser homossexual porque eu gosto de o ser. Estou muito bem com a minha sexualidade, nesse aspeto estou". Considera que "há medida que os anos vão passando" tem "mais facilidade de ter relacionamentos sexuais ocasionais. (...) Hoje é muito mais fácil as pessoas conhecerem-se, os aplicativos nestes smartphones, numa questão de cinco minutos uma pessoa consegue conhecer alguém e ter uma relação". E acrescenta que são homens mais novos "a utilizar a internet e estes aplicativos, mas neste meio há homens de todas as idades". Pensa que as campanhas de prevenção "deveriam ter informação mais detalhada porque há muitas pessoas que acham que não se contrai o vírus de determinada maneira, quando na realidade se contrai dessa maneira. Acho que essa informação deveria causar mais impacto nas pessoas, (...) porque elas não procuram informação. Se a informação não for até às pessoas, elas não a procuram. (...) É como quando nós vamos na rua e vemos um mendigo, nós sabemos que ele está lá, mas ignoramo-lo. Eu por mim falo, eu nunca a procurava".

Relativamente aos cuidados de saúde que lhe são prestados no hospital afirma: "não vou dizer que são excelentes, mas são bons. Se bem que deveria haver mais apoio psicológico, porque não há. Acho que era importante não ter apenas acompanhamento médico, mas logo na primeira consulta deveria haver também um acompanhamento psicológico", porque "isto não é apenas uma questão física, se calhar a parte psicológica afeta mais do que a parte física e apoio psicológico, de facto não tive".

4 Trajetórias de infeção e modalidades de vivência da seropositividade

As histórias e os percursos individuais de descoberta, revelação e gestão da infeção pelo VIH são elementos cruciais para estruturação da identidade de seropositivo. Dizem respeito a processos que acontecem no âmbito de contextos históricos e sociais que incluem os conhecimentos sobre a infeção e o VIH, os sistemas de crenças e normas sociais, as relações dentro e fora da família, as dinâmicas familiares, as interações com o sistema de saúde, entre outros. Estes diferentes domínios, tanto de forma independente como interdependente, e em graus distintos, moldam as experiências dos indivíduos na relação com a sua seropositividade. Neste ponto do relatório procura-se sistematizar alguns elementos que permitem revelar os contornos mais marcantes dessas experiências na amostra de inquiridos. Discutem-se, em particular, os processos de descoberta e revelação do diagnóstico de seropositividade para o VIH, as relações dos indivíduos com as suas redes formais e informais de suporte na gestão da infeção e, ainda, os elementos que marcam a sua orientação e identidade sexual na relação com a infeção.

4.1 *O diagnóstico: conhecimentos, formas de transmissão e reações à infeção*

Para analisar o tempo decorrido desde o diagnóstico da infeção à data do questionário, foi criada uma nova variável intervalar, com categorias mais detalhadas e intervalos decididos em função da própria distribuição da variável, não seguindo, por isso, qualquer critério teórico ou referência de outro estudo. As categorias podem ser interpretadas como representando diferentes patamares de “veterania” na vivência da infeção.

Na amostra, mais de metade dos inquiridos teve conhecimento do diagnóstico há 6 ou mais anos (54,0%) (Quadro 4.1). A média de anos decorridos desde que tomou conhecimento do diagnóstico é de 8 anos ($DP = 7,4$). O tempo mínimo de longevidade do diagnóstico é menos de 1 ano e o tempo máximo é 36 anos.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.1. Longevidade do diagnóstico da infeção por VIH

Longevidade do diagnóstico da infeção	n	%	% acumulada
Até 1 ano	41	6,2	6,2
1 a 2 anos	134	20,2	26,4
3 a 5 anos	130	19,6	46,0
6 a 10 anos	147	22,2	68,2
Mais de 10 anos	211	31,8	100,0
Total	663	100,0	-

O quadro seguinte sintetiza os dados relativos à forma como os inquiridos tomaram conhecimento do diagnóstico, concluindo-se que um pouco mais de metade (53,1%) fez o teste por iniciativa própria e um terço por aconselhamento médico (32,8%). Estes resultados sugerem, por um lado, que os indivíduos têm uma capacidade razoável de autoconhecimento e de autorreconhecimento de práticas de risco que os motiva à iniciativa de realização do teste, mas também revela a importância do acompanhamento médico no diagnóstico da infeção.

Quadro 4.2. Forma de conhecimento do diagnóstico de infeção por VIH

Forma de conhecimento do diagnóstico	n	%
Fiz o teste por conselho médico	219	32,8
Fiz o teste por iniciativa própria	355	53,1
Fiz o teste por conselho de outros (cônjuge/companheiro, amigos e familiares)	62	9,3
Fiz o teste por iniciativa própria e por reforço de outros (médico ou amigos/familiares)	17	2,5
No âmbito de doação de sangue	8	1,2
Fiz exames de rotina ou por outro motivo clínico	7	1,0
Total	668	100,0

Pela análise do quadro seguinte (Quadro 4.3), destacam-se sobretudo três motivos para a realização do teste à infeção, nomeadamente a perceção de se ter tido comportamentos de risco (36,6%), sentir-se doente (33,2%) e porque tiveram que realizar procedimentos clínicos de rotina ou programados (30,2%). Importa ainda assinalar que um quarto dos indivíduos (25,5%) refere motivos relacionados com parceiros (e.g. início ou fim de uma relação, conhecimento de seropositividade de um parceiro). Os restantes motivos apresentam valores residuais. Coexistem, então, duas tendências de fundo nos motivos subjacentes à realização do teste à infeção: uma associada à perceção de risco e a outra associada à monitorização regular do estado de saúde. O primeiro caso pode ser indicativo de um diagnóstico esperado e procurado; o segundo poderá considerar-se um diagnóstico ocasional, que pode acontecer mais cedo ou mais tarde dependendo da evolução da doença no indivíduo e dos calendários de marcação de consultas médicas, entre outros fatores.

Quadro 4.3. Motivos que levaram a realizar o teste à infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)

Motivos	n	%
Teve comportamentos de risco	234	36,6%
Exposição a materiais contaminados no contexto profissional	6	0,9%
Motivos relacionados com parceiros (atuais ou ex)	163	25,5%
Realização de procedimentos clínicos de rotina ou programados	193	30,2%
Influência de campanha de informação.	4	0,6%
Sentir-se doente	212	33,2%

Apesar do estudo não integrar uma questão que permita aferir sobre o estágio da infeção no momento do diagnóstico, o facto de um terço dos inquiridos referir que fez o teste por se sentir doente poderá sugerir um diagnóstico tardio da infeção. O diagnóstico tardio da infeção está associado a uma maior mortalidade e com riscos acrescidos para a saúde dos portadores da infeção, comprometendo o sucesso das terapêuticas e aumentando a probabilidade de transmissão da infeção. Em Portugal, dados de 2014 apontam que cerca de metade dos casos (49,1%) em que há registo do valor inicial de linfócitos T CD4+ corresponde a diagnósticos tardios ($CD4 < 350/mm^3$), proporção superior à registada na União

Europeia (46,6%) e na Região Europeia da OMS (48,0%) (ECDC, 2015, p. 61, PN VIH/SIDA, 2015, p.13). Este indicador tem vindo a registar uma evolução favorável (em 2010 a proporção de diagnósticos tardios era de 62,7%), aproximando-se assim dos valores registados na União Europeia. No entanto, importa salientar que neste período a proporção de diagnósticos tardios sofreu oscilações, com um aumento até 2012 sendo que desde então tem decrescido.

Uma análise focada no cruzamento do motivo de realização do teste com a forma pela qual tomou conhecimento do diagnóstico permite constatar que 44,7% daqueles que fizeram o teste por iniciativa própria fizeram-no por terem tido comportamentos de risco (Quadro 4.4). Por sua vez, a realização do teste por conselho médico está associada a situações clínicas específicas, nomeadamente ao facto de os indivíduos se sentirem doentes (56,6%) ou no âmbito de realização de procedimentos clínicos ou de rotina (40,4%).

Quadro 4.4. Motivos dos inquiridos para a realização do teste à infeção por VIH segundo a forma de conhecimento do diagnóstico, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada forma de conhecimento do diagnóstico – mais do que uma resposta possível nos motivos para a realização do teste)

Motivos para a realização do teste	Formas de conhecimento do diagnóstico											
	Fiz o teste por conselho médico		Fiz o teste por iniciativa própria		Fiz o teste por conselho de outros (cônjuge/companheiro, amigos e familiares)		Fiz o teste por iniciativa própria e por reforço de outros (médico ou amigos/familiares)		No âmbito de doação de sangue		Fiz exames de rotina ou por outro motivo clínico	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Teve comportamentos de risco	47 (23,7%)	156 (44,7%)	19 (31,1%)	9 (56,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Exposição a materiais contaminados no contexto profissional	1 (0,5%)	3 (0,9%)	1 (1,6%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Motivos relacionados com parceiros (atuais ou anteriores)	11 (5,%)	103 (29,5%)	42 (68,9%)	7 (43,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Realização de procedimentos clínicos de rotina ou programados	80 (40,4%)	97 (27,8%)	2 (3,3%)	4 (25,0%)	6 (100,0%)	4 (57,1%)	4 (57,1%)	6 (100,0%)	6 (100,0%)	4 (57,1%)	4 (57,1%)	4 (57,1%)
Influência de campanha de informação	0 (0,0%)	3 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sentir-se doente	112 (56,6%)	81 (23,2%)	11 (18,0%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (57,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (57,1%)	4 (57,1%)
Total	198 (100,0%)	349 (100,0%)	61 (100,0%)	16 (100,0%)	6 (100,0%)	7 (100,0%)	7 (100,0%)	6 (100,0%)	6 (100,0%)	6 (100,0%)	7 (100,0%)	7 (100,0%)

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Relativamente ao local de realização do primeiro diagnóstico de seropositividade, o mais assinalado foi o Centro de Saúde/Médico(a) de família (28,9%), seguido pela consulta externa de um hospital público (18,9%), centro de aconselhamento e deteção precoce da infeção VIH/SIDA (CAD) (16,7%) e médico privado (15,8%) (Quadro 4.5).

Quadro 4.5. Local onde foi realizado o primeiro diagnóstico de seropositividade

Local onde foi realizado o primeiro diagnóstico	n	%
No Centro de Saúde / Médico(a) de família	191	28,9
Num médico privado	104	15,8
Nos serviços de urgência de um hospital	49	7,4
No hospital enquanto estava internado	35	5,3
Numa consulta externa de um hospital público	125	18,9
Numa unidade móvel de saúde	4	0,6
Num banco de sangue, enquanto dador	11	1,7
Nos serviços de teste de VIH numa organização não-governamental (como por exemplo Abraço, ILGA, ou outra instituição)	31	4,7
Num centro de aconselhamento e deteção precoce da infeção VIH/SIDA (CAD)	110	16,7
Total	660	100,0

Uma análise centrada no cruzamento do local onde foi realizado o diagnóstico com a forma como tomou conhecimento, revela que 32,2% dos que fizeram o teste por iniciativa própria recorreram aos cuidados de saúde primários do SNS (centro de saúde) para o realizar, 24,7% recorreu a um CAD e 16,1% ao setor privado de saúde (Quadro 4.6). Dos que realizaram o teste por conselho médico, 26,1% fizeram-no por indicação de profissionais de saúde do Centro de Saúde, 17,4% recorreu ao setor privado de saúde, 16,1% aos serviços de urgência hospitalar e 13,3% enquanto estavam internados num hospital.

Quadro 4.6. Local onde foi realizado o primeiro diagnóstico de seropositividade segundo a forma de conhecimento do diagnóstico, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada forma de conhecimento do diagnóstico)

Local onde foi realizado o primeiro diagnóstico	Forma de conhecimento do diagnóstico							
	Fiz o teste por conselho médico	Fiz o teste por iniciativa própria	Fiz o teste por conselho de outros	Fiz o teste por iniciativa própria e por reforço de outros	No âmbito de doação de sangue	Fiz exames de rotina ou por outro motivo clínico	n (%)	n (%)
No Centro de Saúde / Médico(a) de família	57 (26,1%)	112 (32,2%)	15 (25,0%)	7 (41,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	189 (100,0%)	0 (0,0%)
Num médico privado	38 (17,4%)	56 (16,1%)	7 (11,7%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	114 (100,0%)	2 (28,6%)
Nos serviços de urgência de um hospital	35 (16,1%)	10 (2,9%)	1 (1,7%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	54 (100,0%)	2 (28,6%)
No hospital enquanto estava internado	29 (13,3%)	3 (0,9%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	35 (100,0%)	2 (28,6%)
Numa consulta externa de um hospital público	48 (22,0%)	48 (13,8%)	19 (31,7%)	5 (29,4%)	4 (50,0%)	0 (0,0%)	124 (100,0%)	0 (0,0%)
Numa unidade móvel de saúde	0 (0,0%)	4 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)
Num banco de sangue, enquanto dador	2 (0,9%)	4 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (50,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)	0 (0,0%)
Nos serviços de teste de VIH numa organização não-governamental (como por exemplo Abraço, ILGA, ou outra instituição)	4 (1,8%)	25 (7,2%)	2 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	31 (100,0%)	0 (0,0%)
Num centro de aconselhamento e deteção precoce da infeção VIH/sida (CAD)	5 (2,3%)	86 (24,7%)	15 (25,0%)	3 (17,6%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	116 (100,0%)	1 (14,3%)
Total	218 (100,0%)	348 (100,0%)	60 (100,0%)	17 (100,0%)	8 (100,0%)	7 (100,0%)	716 (100,0%)	7 (100,0%)

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Como se pode observar no quadro seguinte, para a esmagadora maioria dos indivíduos (92,1%) a transmissão do vírus decorreu por via sexual. A incidência de utilizadores de drogas injetáveis é residual, o que reproduz, de alguma forma, a tendência nacional da infeção por VIH marcada pelo progressivo e consistente decréscimo de novos casos diagnosticados entre este grupo específico de risco, já que em 2000 representavam 49,5% de novos diagnósticos e 3,9% em 2014 (PN VIH/SIDA, 2015: 14). Salienta-se ainda que continuam a ocorrer situações em que o indivíduo não sabe como foi que a transmissão ocorreu, as quais representam 6,0% dos indivíduos da nossa amostra. Este valor está próximo da prevalência de casos cujo meio de transmissão é desconhecido, nomeadamente abaixo dos 5% em países como Portugal (ECDC, 2015). É de assinalar que, não obstante a maioria dos inquiridos ter sido infetada por via sexual, apenas 36,6% dos inquiridos assumem ter tido comportamentos sexuais de risco, os quais os motivou a realizar o teste à infeção, tal como referido no ponto anterior.

Quadro 4.7. Forma de transmissão da infeção por VIH

Forma de transmissão da infeção por VIH	n	%
Relação sexual	618	92,1
Transfusão de sangue	1	0,1
Uso de drogas injetadas e partilha de materiais contaminados	4	0,6
Ferida ou picada acidental com objetos cortantes contaminados	2	0,3
Não sabe	40	6,0
Não responde	6	0,9
Total	671	100,0

Foi igualmente nosso objetivo conhecer a autoperceção dos inquiridos sobre o grau de informação relativo à infeção por VIH/SIDA que possuíam antes do diagnóstico. Constata-se que quase metade dos inquiridos (48,4%) indicaram que estavam razoavelmente informados e 29,0% considerou mesmo estar muito informado, inclusive sobre as formas de transmissão (Quadro 4.8). Em contrapartida, 22,6% referiu que antes do diagnóstico estava pouco ou nada informado sobre a infeção. Verifica-se, então, que a transmissão da infeção ocorreu, maioritariamente, entre indivíduos que possuem um nível razoável ou elevado de conhecimento sobre os meios de transmissão do VIH, e que ainda assim adotaram comportamentos sexuais que sabiam ser de risco para a sua saúde.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.8. Grau de informação sobre a infeção por VIH, incluindo as formas de transmissão, antes do diagnóstico

Grau de conhecimento sobre a infeção por VIH antes do diagnóstico	n	%
Nada informado	35	5,2
Pouco informado	117	17,4
Razoavelmente informado	324	48,4
Muito informado	194	29,0
Total	670	100,0

De acordo com a leitura do quadro seguinte, verifica-se que os indivíduos mais escolarizados reconhecem que antes do diagnóstico estavam razoavelmente ou muito informados enquanto os menos escolarizados referem que não possuíam informação sobre a infeção, incluindo as formas de transmissão. Esta é uma relação consistente e esperada que apoia as recomendações da literatura no sentido de os esforços de disseminação de informação na população terem em linha de conta fatores mediadores como a escolaridade, determinantes para a descodificação e compreensão dos conteúdos versados.

Quadro 4.9. Grau de informação dos indivíduos sobre a infeção por VIH, incluindo as formas de transmissão, antes do diagnóstico segundo o seu nível de escolaridade, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada nível de escolaridade)

Grau de conhecimento sobre a infeção por VIH antes do diagnóstico	Nível de escolaridade		
	Ensino básico ou menos	Ensino secundário ou médio	Ensino superior
	n (%)	n (%)	n (%)
Nada informado	22 (11,8%)	11 (4,3%)	2 (0,9%)
Pouco informado	46 (24,6%)	47 (18,2%)	24 (10,7%)
Razoavelmente informado	83 (44,4%)	123 (47,7%)	118 (52,7%)
Muito informado	36 (19,3%)	7 (29,8%)	80 (35,7%)
Total	187 (100,0%)	258 (100,0%)	224 (100,0%)

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Para a grande maioria dos inquiridos (91,9%), a ida a uma primeira consulta médica de especialidade VIH/SIDA aconteceu em menos de três meses após o conhecimento do diagnóstico da infeção (Quadro 4.10).

Quadro 4.10. Tempo decorrido desde o conhecimento do diagnóstico da infeção por VIH até ir à primeira consulta médica de especialidade VIH/SIDA

Tempo decorrido desde o conhecimento do diagnóstico da infeção por VIH até ir à primeira consulta médica de especialidade VIH/sida	n	%
Menos de 3 meses	611	91,9
Mais de 3 meses	54	8,1
Total	665	100,0

A procura de apoio médico é indicado como o primeiro passo após o diagnóstico da infeção por vários organismos internacionais de saúde (e.g. U.S. Department of Health and Human Services), mesmo que os indivíduos não se sintam doentes. A rapidez da realização da primeira consulta após o diagnóstico é um fator importante quer para a saúde do infetado, quer para a iniciação de apoio profilático dissuasor do envolvimento em comportamentos de risco que propaguem a infeção. Sendo o diagnóstico precoce da infeção pelo VIH um elemento central da estratégia do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA 2012-2016, considerando-se que o mesmo contribui de forma decisiva para atingir as metas de saúde nele definidas, entende-se, por isso, que um processo de referenciação hospitalar rápido que garanta o seu acompanhamento traz benefícios às pessoas infetadas, como tem um benefício epidemiológico extensível a toda a comunidade. Assim, no âmbito da implementação de um processo de referenciação hospitalar de pessoas com VIH ou com teste reativo a VIH, foi estabelecido que a realização de primeira consulta hospitalar tem o tempo máximo de resposta de 7 dias após o registo do pedido (DR. 2ª série, nº. 228, de 20 de novembro de 2015).

Ainda assim, constata-se que para 8,1% dos inquiridos a primeira consulta de especialidade ocorreu três meses após o diagnóstico. Os motivos assinalados para uma primeira consulta de especialidade tardia, e que podem ser observados no quadro que se segue, dividem-se, sobretudo, em dois grupos. Por um lado, estão os motivos associados à vontade do próprio indivíduo, incluindo-se aqui os inquiridos que referiram estar num processo de negação do diagnóstico (24,1%) e

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

aqueles que se sentiam bem e, por isso, não tiveram necessidade de apoio médico (22,2%). Por outro lado, surgem os motivos associados à incapacidade de resposta dos serviços de saúde, nomeadamente o facto de a consulta ter sido marcada apenas nessa altura (29,6%). É ainda relevante que 14,8% invocou motivos relacionados com uma perceção de inadequação dos serviços de saúde e dos tratamentos. Os restantes motivos apresentam percentagens baixas ou residuais.

Quadro 4.11. Principal motivo pelo qual não foi ao médico logo que soube que tinha a infeção por VIH

Principal motivo pelo qual não foi ao médico	n	%
Sentia-me bem, não tive necessidade	12	22,2
Não queria pensar nisso, recusava a aceitar que isso me tinha acontecido	13	24,1
Não tinha dinheiro para ir ao médico e para fazer os tratamentos	1	1,9
Esqueci-me	1	1,9
A consulta foi marcada apenas para essa altura; não consegui que a consulta fosse marcada mais cedo	16	29,6
Estava muito ocupado nessa altura	3	5,6
Perceção de inadequação dos serviços e tratamentos	8	14,8
Total	54	100,0

As orientações existentes para o tratamento da infeção VIH incidem muito na importância de um acompanhamento imediato, permanente e próximo entre os portadores da infeção e os profissionais de saúde para o sucesso do tratamento da infeção. Parecem então existir dois grandes desafios na prestação de cuidados de saúde após o diagnóstico da infeção: por um lado, o incentivo a que os portadores da infeção procurem os serviços de saúde logo após o diagnóstico; por outro, a necessidade de garantir a resposta atempada dos referidos serviços de forma a assegurar que a primeira consulta após o diagnóstico ocorra em tempo útil.

No estudo procurou-se igualmente conhecer se os indivíduos optaram por revelar ou ocultar o diagnóstico. A grande maioria dos inquiridos (83,3%) declara ter

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

partilhado a informação sobre o diagnóstico com alguém significativa. Focando aqueles que partilharam a informação sobre o diagnóstico, é na rede mais próxima/íntima que se verificam maiores ocorrências, nomeadamente 51,9% revelou o diagnóstico aos amigos, 45,1% ao parceiro(a) que tinha nesse período, seguida da rede familiar, com 31,3% a comunicar o diagnóstico aos progenitores e 27,7% aos irmãos (Quadro 4.12). Por sua vez, a proporção de indivíduos que revelou o diagnóstico no local de trabalho foi muito reduzida já que apenas 3,0% partilhou o diagnóstico com os colegas de trabalho e 2,7% com a entidade patronal.

Quadro 4.12. Revelação do diagnóstico da infeção (mais do que uma resposta possível)

Revelação do diagnóstico da infeção	n	%
Cônjuge/parceiro(a) que tinha nesse período	252	45,1
Pai e/ou mãe	175	31,3
Irmãos	155	27,7
Outros familiares	81	14,5
Amigos(as)	290	51,9
Colegas de trabalho	17	3,0
Entidade patronal	15	2,7
Assistente Social	4	0,7
Médico do Departamento de Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho do local onde trabalhava	6	1,1
Médico(a)/Enfermeiro(a) e/ou outro profissional de saúde do serviço nacional de saúde	72	12,9
Médico(a) particular	21	3,8
Ex-parceiro(a)s/ex-namorado(a)s	55	9,8

n = 559

Os indivíduos que optaram por não comunicar o diagnóstico (n=112), fizeram-no sobretudo por considerarem tratar-se de um assunto privado (60,7%) e por temerem ser alvo de discriminação (52,7%) (Quadro 4.13).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

É de considerar ainda o receio da reação das pessoas mais próximas (cônjuge, parceiro, familiares, amigos/as) (42,9%) e a vergonha pela eventual associação entre VIH e comportamentos como, por exemplo, consumo de drogas, sexo comercial, homossexualidade (42,0%). O receio de eventual não preservação da confidencialidade foi motivo para que 27,7% dos inquiridos não comunicassem o diagnóstico (Quadro 4.13).

Quadro 4.13. Motivos para a não revelação do diagnóstico (mais do que uma resposta possível)

Motivos para não revelação do diagnóstico	n	%
Receava ser despedido ou sofrer consequências negativas no trabalho	29	25,9
Receava a não preservação da confidencialidade	31	27,7
Receava ser alvo de discriminação	59	52,7
Receava a reação das pessoas que me são mais próximas (cônjuge, parceiro, familiares, amigos/as)	49	42,9
Receava que o parceiro terminasse a relação comigo	7	6,3
Receava que deixassem de conviver e falar comigo	27	24,1
Receava que se recusassem a prestar-me cuidados de saúde	6	5,4
Pensava que era um assunto privado	68	60,7
Sentia vergonha de falar sobre este assunto porque geralmente ele está associado a comportamentos como, por exemplo, consumo de drogas, sexo comercial, homossexualidade	47	42,0

n = 112

A vivência solitária da condição de portador da infeção poderá ter impactos nos comportamentos, atitudes e representações dos indivíduos, condicionando os processos individuais de adaptação à seropositividade e a mudança de comportamentos face à condição de portador da infeção. Existem evidências de que estados depressivos e/ou de ansiedade e uma fraca rede social de suporte estão associadas a uma mais rápida progressão do vírus (Leserman, Petito, Gu et al., 2002).

No que diz respeito às reações dos próprios inquiridos face ao diagnóstico, os receios no campo da saúde são muito expressivos, imediatamente seguidos pelo

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

receio dos impactos da infeção na vida social, nas suas diferentes dimensões (Quadro 4.14).

Perante o diagnóstico da infeção por VIH, os sentimentos mais comuns foram de receio devido às complicações de saúde que estão geralmente associadas à infeção VIH/SIDA (44,7%), de discriminação social (43,5%) e do diagnóstico vir a impedir futuros relacionamentos afetivos e/ou sexuais (40,8%). Quase um terço dos participantes (31,7%) indica que, apesar do receio sentido no momento do diagnóstico pensaram que se tratava de uma infeção com tratamento e 9,0% reagiu com normalidade/neutralidade, o que é sintomático da presença da representação da infeção como uma doença crónica a qual é reforçada pelo conhecimento da existência de terapêuticas adequadas à infeção. Ainda assim, é relevante a percentagem daqueles que perante o diagnóstico da infeção consideraram que não iriam sobreviver (28,2%). O receio de revelação da orientação sexual a pessoas conhecidas (amigos, familiares, colegas de trabalho) ocorreu em 22,4% dos inquiridos. Salienta-se, ainda, que 19,1% dos inquiridos revelam ter sentido receio pelos eventuais impactos na esfera laboral.

Quadro 4.14. Reações do próprio ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)

Reações do próprio ao diagnóstico	n	%
Senti receio, mas pensei que era uma infeção com tratamento	211	31,7%
Senti receio devido às complicações de saúde que estão geralmente associadas à infeção VIH/sida	298	44,7%
Pensei que não ia sobreviver	188	28,2%
Senti receio de perder o meu emprego	127	19,1%
Senti receio de discriminação social	290	43,5%
Senti receio do diagnóstico pela possível revelação da minha orientação sexual a pessoas conhecidas (amigos, familiares, colegas de trabalho)	149	22,4%
Senti receio do diagnóstico vir a impedir futuros relacionamentos afetivos e/ou sexuais	272	40,8%
Reage com normalidade/neutralidade	60	9,0%
Menção a sentimentos depressivos ou de negação centrados no próprio sujeito	30	4,5%

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Procurou-se, de igual modo, conhecer a reação das pessoas a quem os inquiridos revelaram o diagnóstico. Entre as que se enquadram na esfera íntima, familiar e grupo de pares, predominam o apoio e a empatia assim como o esforço para evitar a discriminação (Quadro 4.15). Este tipo de reações parecem ser de grande importância na vivência da infeção, traduzindo-se na presença de redes de acompanhamento e suporte dos indivíduos. No caso dos cônjuges/companheiros, cerca de metade optou por realizar também um teste de diagnóstico.

Quadro 4.15. Reações do cônjuge/parceiro, dos familiares e dos amigos ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)

Reações do cônjuge/parceiro	n	%
Mostrou-se compreensivo(a) com o meu estado de saúde e deu-me apoio	211	84,7
Mostrou-se compreensivo(a) com o meu estado de saúde mas indisponível para me apoiar	6	2,4
Disse que se negava a prestar-me cuidados de saúde	1	0,4
Maltratou-me e/ou agrediu-me	4	1,6
Começou a tratar-me com indiferença e a ignorar-me	8	3,2
Deixou de ter relações sexuais comigo	13	5,2
Acabou com a relação	17	6,8
Ele(a) decidiu ir fazer um teste de VIH	118	47,4
Reação de indiferença/naturalidade/normalidade	9	3,6
n =249		
Reações dos amigos	n	%
Mostraram-se compreensivos com o meu estado de saúde e deram-me apoio	281	97,6
Mostraram-se compreensivos com o meu estado de saúde mas indisponíveis para me apoiar	6	2,1
Esforçaram-se por que continuasse a sentir-me inserido e não discriminado	104	36,1
Começaram a tratar-me com indiferença e a ignorar-me	2	0,7
Deixaram de me falar	5	1,7
Deixaram de conviver comigo	3	1,0
Mostraram receio de contágio	5	1,7
n = 288		

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.15. Reações do cônjuge/parceiro, dos familiares e dos amigos ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível) - continuação

Reações dos familiares	n	%
Mostraram-se compreensivos com o meu estado de saúde e deram-me apoio	254	92,7
Mostraram-se compreensivos com o meu estado de saúde mas indisponíveis para me apoiar	9	3,3
Esforçaram-se por que eu continuasse a sentir-me inserido e não discriminado	72	26,3
Maltrataram-me e/ou agrediram-me	1	0,4
Começaram a tratar-me com indiferença e a ignorar-me	2	0,7
Mostraram receio pela descoberta do diagnóstico por parte de outros familiares, amigos, vizinhos e/ou conhecidos	30	10,9
Deixaram de conviver comigo	1	0,4
Mostraram receio de contágio	14	5,1

n = 274

O quadro seguinte sintetiza as reações dos ex-parceiros dos inquiridos, concluindo-se que são dominantes a compreensão e apoio face à nova condição de saúde dos inquiridos (79,2%). Mais de metade, 56,6%, decidiu ir fazer um teste de diagnóstico.

Quadro 4.16. Reações dos ex-parceiros ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)

Reações dos ex-parceiros	n	%
Mostrou-se compreensivo(a) com o meu estado de saúde e deu-me apoio	42	79,2
Mostrou-se compreensivo(a) com o meu estado de saúde mas indisponível para me apoiar	2	3,8%
Começou a tratar-me com indiferença e a ignorar-me	5	9,4%
Decidiram ir fazer um teste de VIH	30	56,6%

n = 53

Entre os inquiridos constata-se uma grande reserva na revelação do diagnóstico a pessoas que pertencem ao contexto de trabalho, nomeadamente à entidade patronal e colegas de trabalho. Nos escassos casos em que houve a partilha do

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

diagnóstico com os colegas de trabalho (n=17), estes reagiram predominantemente com compreensão e apoio. Por sua vez, os 14 inquiridos que revelaram o diagnóstico à entidade patronal sentiram compreensão face ao seu estado de saúde e viram as suas condições de trabalho serem ajustadas. Ainda que num plano meramente especulativo, poderá supôr-se que é a antecipação dessa reação que poderá ter motivado, desde logo, a decisão de partilha do estatuto serológico, partilha que em condições gerais não aconteceria.

Quadro 4.17. Reação dos colegas de trabalho e da entidade patronal ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)

Reações dos colegas de trabalho	n	%
Mostraram-se compreensivos com o meu estado de saúde e deram-me apoio	16	2,4
Esforçaram-se para que continuasse a sentir-me inserido e não discriminado	9	1,3
Mostraram receio de contágio	1	0,1
n = 17		
Reações da entidade patronal	n	%
Mostrou-se compreensiva com o meu estado de saúde e ajustaram as condições de trabalho às minhas necessidades	14	100,0
n = 14		

Relativamente à reação dos profissionais de saúde, os inquiridos referem que a sua esmagadora maioria revelou atitudes de compreensão e apoio (95,4%) (Quadro 4.18).

Quadro 4.18. Reação dos profissionais de saúde ao diagnóstico da infeção por VIH (mais do que uma resposta possível)

Reação dos profissionais de saúde	n	%
Mostraram-se compreensivos com o meu estado de saúde e deram-me apoio	83	95,4
Começaram a tratar-me com distância e indiferença	6	6,9
Maltrataram-me e/ou agrediram-me	1	1,1
Mostraram receio de contágio	4	4,6
Recusaram-se a prestar-me cuidados e outros serviços de apoio	4	4,6
n = 87		

4.2 Recursos formais e informais na gestão da doença

Neste ponto começa-se por dar a conhecer o estado de saúde dos inquiridos no que concerne à carga viral atual, assim como as IST que lhes foram diagnosticadas no último ano. De seguida identifica-se os serviços de saúde a que recorrem, os motivos que os levam a procurar esses serviços e, por último, caracteriza-se as redes formais e informais de prestação de cuidados relacionados com a infeção.

Segundo os resultados do último exame realizado, a maioria dos inquiridos (71,4%) tinha a carga viral indetetável, sinal bastante positivo se considerarmos que o estado da carga viral em níveis muito baixos é não só positivo para a manutenção de um adequado estado de saúde dos indivíduos (face à sua condição de portadores da infeção), como concorre para as estratégias de controlo da propagação da infeção, dado que reduz a probabilidade de transmissão da infeção (Quadro 4.19). Além disso, aquele resultado poderá ser reconhecido enquanto prova da eficácia das terapêuticas prescritas bem como da adesão dos portadores da infeção à medicação e recomendações médicas.

Quadro 4.19. Carga viral no último exame realizado

Carga viral no último exame realizado	n	%
Indetetável	479	71,4
Detetável	154	23,0
Não sabe	38	5,7
Total	671	100,0

Olhando agora para uma variável que poderia ser considerada, até certo ponto, um domínio de consequência do tipo de comportamento sexual dos indivíduos, com impactos nos próprios serviços de saúde, assinala-se que em quase um quarto da amostra (23,0%) foram diagnosticadas IST nos 12 meses anteriores ao questionário (Quadro 4.20). Entre essas IST ganha relevo a sífilis, diagnosticada no último ano em quase 14,8% dos inquiridos.

O diagnóstico de IST constitui um indicador de que os indivíduos continuam a assumir comportamentos sexuais de risco. Acrescente-se ainda que a exposição continuada a IST conduz a casos de reinfeção, comprometendo o sucesso da terapêutica para o VIH.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.20. Diagnóstico de IST nos últimos 12 meses

Diagnóstico de IST nos últimos 12 meses	n	%
Sem diagnóstico de IST no último ano	517	77,0
Com diagnóstico de IST no último ano	154	23,0
Sífilis	99	14,8
Gonorreia	22	3,3
Clamídia	7	1,0
Herpes anal ou genital	10	1,5
Hepatite C	9	1,3
Hepatite B	6	0,9
Condiloma nos órgãos sexuais e no ânus (verrugas)	17	2,5
Total	671	100,0

Como se pode observar pela leitura do quadro seguinte, os serviços de saúde a que os inquiridos atualmente mais recorreram são os hospitais públicos, em exclusivo (65,1%) ou em combinação com o centro de saúde (22,7%). Verifica-se que 88,5% dos inquiridos recorre exclusivamente aos cuidados prestados pelo SNS.

Quadro 4.21. Serviços de saúde aos quais costuma recorrer

Serviços de saúde aos quais costuma recorrer	n	%
Só hospital público	437	65,1
Hospital público e Centro de saúde	152	22,7
Hospital público e Hospital/clínica privada	41	6,1
Hospital público e Hospital/clínica privada e Centro de saúde	28	4,2
Hospital/clínica privada e Centro de saúde	2	0,3
Só Centro de saúde	5	0,7
Só Hospital/Clínica privada	6	0,9
Total	671	100,0

Relativamente à minoria que recorre a serviços de saúde no setor privado em combinação com o recurso à rede pública de prestação de serviços de saúde (n=77), apesar de não se encontrar qualquer traço distintivo nas variáveis

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

demográficas fundamentais (idade e estado civil), nota-se alguma especificidade no seu perfil socioeconómico, nomeadamente quando medido a partir do nível de escolaridade e da profissão. Assim, como se pode verificar pela leitura dos dois quadros seguintes, são sobretudo indivíduos com elevada escolaridade (51,9% tem o ensino superior contra a proporção na amostra geral igual a 33,4%) e profissões de estatuto mais elevado (profissões intelectuais e científicas e profissões de nível intermédio, no total representando 46,1% dos casos, contra 34,5% nesse mesmo grupo na amostra em geral) que recorrem complementarmente aos serviços de saúde privados.

Quadro 4.22. Nível de escolaridade dos inquiridos que recorrem a serviços de saúde privados

Nível de escolaridade	n	%
Ensino Básico ou menos	13	16,9
Ensino Secundário ou ensino médio	24	31,2
Ensino superior	40	51,9
Total	77	100,0

Quadro 4.23. Profissão (atual ou última) dos inquiridos que recorrem a serviços de saúde privados

Profissão (atual ou última)	n	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	14	21,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	16	24,6
Pessoal administrativo e similares	8	12,3
Pessoal dos serviços e vendedores	21	32,3
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	1,5
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1,5
Trabalhadores não qualificados	3	4,6
Trabalhadores do sexo	1	1,5
Total	65	100,0

Nota: Os 12 casos em falta correspondem a situações de indivíduos que referem ter como condição atual perante o trabalho ser estudante a tempo inteiro, estudante-trabalhador, formando, frequência de estágio, ocupa-se exclusivamente de tarefas do lar; ou são não respostas ou resposta incompleta na profissão que não permitiu o enquadramento numa das categorias profissionais.

No que diz respeito aos motivos que levam os indivíduos a procurar os serviços de saúde, para lá do esperado apoio na monitorização do estado de saúde, salienta-se o carácter residual de todos os motivos além do levantamento da medicação para o controlo da infeção, que é referido por 88,7% dos inquiridos (Quadro 4.24). É particularmente relevante destacar a reduzida percentagem de indivíduos que refere ter apoio psicológico e social (14,5%). Tal pode ser interpretado ora como uma fraca adesão a este tipo de apoio, ora como uma baixa disponibilização da sua oferta nos serviços de saúde.

O aconselhamento sobre comportamento sexual alcança uma percentagem ainda mais residual entre os motivos que levam os indivíduos a recorrer aos serviços de saúde (5,5%).

Quadro 4.24. Motivos de recurso aos serviços de saúde, para além da monitorização do estado de saúde (mais do que uma resposta possível)

Motivos	n	%
Levantar preservativos	59	8,8
Levantar lubrificantes	10	1,5
Aconselhamento sobre comportamento sexual	37	5,5
Apoio psicológico e social	97	14,5
Levantar a medicação	594	88,7
Apoio nutricional	43	6,4
Nenhum outro motivo	55	8,2

Como se pode constatar no quadro 4.25, os mais jovens, com idade igual ou inferior a 24 anos, foram aqueles que mais indicaram recorrer a serviços de apoio psicológico e social (21,7%) e a serviços de apoio e aconselhamento (13,0%).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.25. Recurso a serviços de apoio psicológico e social e serviços de apoio e aconselhamento, segundo o escalão etário, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)

	Idade					
	≤ 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos
Recurso a serviços de apoio psicológico, social, de apoio e aconselhamento	n = 46	n = 171	n = 213	n = 175	n = 50	n = 16
	n (%)					
Recurso a serviços de apoio psicológico e social	10 (21,7%)	25 (14,6%)	26 (12,2%)	26 (14,9%)	7 (14,0%)	3 (18,8%)
Recurso a serviços de aconselhamento sexual	6 (13,0%)	14 (8,2%)	8 (3,8%)	7 (4,0%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)

Neste ponto pretende-se igualmente conhecer quem dá apoio aos inquiridos para problemas de saúde e cuidados relacionados com o VIH. Constata-se que 77,0% dos inquiridos declaram receber apoio da rede informal e 54,1% da rede formal (Quadro 4.26). Em contrapartida, 17,0% dos indivíduos indicam não receber qualquer apoio, seja formal ou informal.

Quadro 4.26. Apoio recebido para problemas de saúde e cuidados relacionados com a infeção por VIH

Apoio recebido	n	%
Não recebe apoio	114	17,0
Recebe apoio da rede informal	517	77,0
Recebe apoio da rede formal	363	54,1

Nota: Mais do que uma resposta possível se o inquirido receber apoio da rede formal e/ou informal.

O quadro seguinte reforça a importância da rede informal de apoio, destacando-se aqui os prestadores da esfera conjugal, familiar e amical.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.27. Apoio recebido dentro das redes informais/familiares

Apoio recebido dentro das redes informais/familiares	n	%
Não recebe apoio de rede familiar/informal	154	23,0
Recebe apoio apenas de cônjuge/companheiro	131	19,5
Recebe apoio de cônjuge/companheiro e outros familiares	125	18,6
Recebe apoio de progenitores e outros familiares	19	2,8
Recebe apoio apenas de amigos	72	10,7
Recebe apoio de amigos e família	170	25,3
Total	671	100,0

Pela leitura do quadro seguinte, verifica-se que os profissionais de saúde, seja o médico, enfermeiro e/ou outro profissional de saúde do SNS (centro de saúde, hospital), foram considerados como a principal fonte de apoio formal para problemas de saúde e cuidados relacionados com a infeção VIH (53,2%). Já as instituições não médicas apresentam um valor residual, referidas por menos de 1% de indivíduos. Isto porventura contrastará com aquilo que marcou as primeiras décadas da epidemia, onde as instituições de solidariedade social e as ONG tiveram um papel central.

Quadro 4.28. Apoio recebido dentro das redes formais

Apoio recebido dentro das redes formais	n	%
Não recebe apoio no âmbito das redes formais	308	45,9
Recebe apenas apoio médico	357	53,2
Recebe apoio de instituição de apoio e de médico	6	0,9
Total	671	100,0

4.3 Modalidades de construção e vivência da identidade e orientação sexual

No passado, e com alguma frequência, a epidemiologia do VIH suportou-se em categorias genéricas que tipificavam comportamentos sexuais de forma mais ou menos ampla associando-os a categorias de identidade. Nos primeiros anos da história do VIH a categoria “homossexuais” era, por isso mesmo, considerada como uma categoria de risco em si, significando isso que o risco se localizava na própria identidade *gay*. Estas categorias epidemiológicas foram sendo revistas, muito por impulso das perspetivas behavioristas, sendo substituídas por rótulos que procuram separar comportamentos de identidades, enfatizando que o risco está na ação e na vivência identitária da ação. A categoria “homossexuais” dá assim lugar à categoria “homens que fazem sexo com homens”, diluindo algumas dinâmicas de diferenciação que, não sendo automaticamente apreensíveis, podem ter alguma importância quer na explicação dos comportamentos e das atitudes dos indivíduos em relação ao VIH, quer na relativa eficácia que os esforços de prevenção e modelação de comportamentos têm.

Esta evolução, porém, e como denunciam alguns críticos da terminologia usada na bacia semântica do VIH, não deu origem a abordagens mais complexas e multifacetadas da sexualidade, antes se mantendo um registo generalizante (Young & Meyer, 2005). Se antes o comportamento era equacionado à identidade, com a categoria HSH o comportamento é descontextualizado da identidade. Neste estudo, e na procura de uma abordagem multidimensional às questões dos comportamentos e atitudes em relação ao VIH, e embora a ênfase seja colocada na medição dos comportamentos, abre-se espaço para a consideração de questões de identidade e para os processos de construção e vivência da sexualidade como fatores de controlo que importa avaliar na sua capacidade para definirem contextos e significados aos comportamentos e às atitudes.

A análise ao tema desenvolvida neste estudo contemplou três dimensões i) uma relativa à identidade sexual, na qual foi considerada não só a forma como o indivíduo rotula a sua orientação e a sua identidade sexual, mas também o universo de indivíduos a quem é revelada essa orientação; ii) uma segunda relativa à iniciação sexual e respetivas práticas; iii) e uma terceira, que aborda a relação atual do subconjunto de indivíduos com um relacionamento atual estável, isto é, caracterizado por um compromisso entre ambos os parceiros. Os

resultados apresentados nesta secção assentam, sobretudo, em leituras de síntese e composição de informação.

4.3.1 Identidade sexual

Os inquiridos autoidentificam-se como *gay* ou homossexual (77,8%), mas também como bissexuais, embora de forma muito menos notória (12,4%) (Quadro 4.29).

Quadro 4.29. Designação que melhor corresponde ao que pensa sobre si mesmo

Designação	n	%
Sou <i>gay</i> ou homossexual	521	77,8
Sou bissexual	83	12,4
Sou heterossexual	6	0,9
Habitualmente não utilizo uma designação para definir a minha sexualidade	55	8,2
Transexual/Transgénero	5	0,7
Total	670	100,0

A esmagadora maioria dos inquiridos só se sente atraído por homens (73,4%), mas não deixa de haver um conjunto que referencia a atração também, por vezes, por mulheres (19,4%) (Quadro 4.30).

Quadro 4.30. Atração sexual

Atração sexual	n	%
Só por homens	491	73,4
Maioritariamente por homens e algumas vezes por mulheres	130	19,4
Por homens e por mulheres do mesmo modo	38	5,7
Maioritariamente por mulheres e algumas vezes por homens	6	0,9
Só por mulheres	4	0,6
Total	669	100,0

Se se verifica uma tendência clara na autoidentificação da orientação sexual, já do ponto de vista da pertença à comunidade *gay* as respostas repartem-se praticamente de forma equitativa entre a pertença e a não-pertença (51,0% e 49,0%, respetivamente).

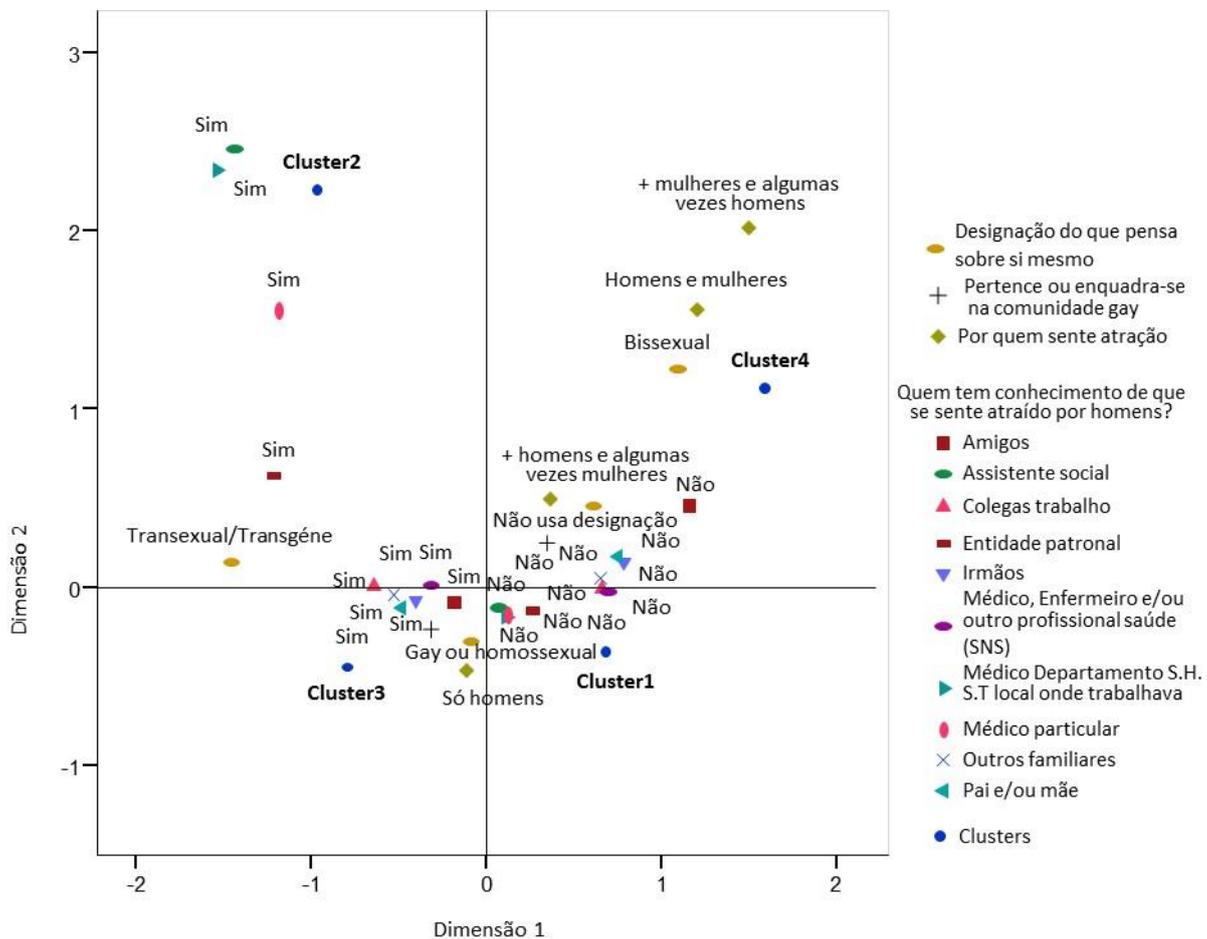
A partilha da atração dos inquiridos por homens é feita, predominantemente, pelo próprio, com os amigos (84,8%) e com o pai e/ou a mãe (60,5%). Fora das relações afetivas, é com o médico, enfermeiro e/ou outro profissional de saúde do SNS que os inquiridos partilham a sua orientação sexual (68,3%). Na esfera laboral, é interessante o facto de 50,2% dos inquiridos referir que os colegas de trabalho sabem da sua atração por homens, ao contrário da entidade patronal (apenas 17,6%).

A orientação sexual é assim partilhada em esferas distintas, do domínio privado e médico, mas também no ambiente de trabalho de maior proximidade.

Na maioria dos casos quando os inquiridos partilharam o diagnóstico com pessoas do círculo familiar, de amizade e laboral, estas já sabiam da sua atração por homens. Mais especificamente, 87,4% dos familiares tinham conhecimento da atração sexual dos inquiridos por outros homens antes de saberem do diagnóstico de seropositividade. O mesmo sucedeu com os amigos (96,0%), colegas de trabalho (81,8%), entidade patronal (75,0%) e profissionais de saúde e/ou sociais (56,7%).

Na perspetiva de aferir das configurações delineadas entre as categorias das variáveis da dimensão identidade sexual foi realizada uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM). A Figura 1 permite observar as associações entre as múltiplas categorias das diferentes variáveis e identificar quatro padrões da identidade sexual, seguidamente validados com a análise de clusters.

Figura 1. Configuração topológica dos padrões de identidade sexual e projeção dos clusters



Um primeiro padrão, que designamos como identidade sexual predominantemente homossexual não partilhada, agrega 249 indivíduos (Cluster 1: 37,1%) associada a indivíduos que não têm um sentimento de pertença a uma comunidade *gay* (62,4%), não partilham a atração por homens de uma forma generalizada, que se sentem tendencialmente atraídos por homens (79,5%, categoria também partilhada pelos indivíduos do Cluster 3) e que se autoidentificam como homossexuais ou *gays* (88,0%, categoria também presente no Cluster 3).

A identidade sexual mista partilhada caracteriza 57 indivíduos (Cluster 2: 8,5%) que se descrevem no essencial por partilharem a sua condição de atração por homens com os serviços de saúde. São também indivíduos que se identificam maioritariamente como homossexuais (60,7%), mas também como bissexuais (28,6%).

Um terceiro conjunto de indivíduos (283, Cluster 3: 42,2%), associado a um padrão assumidamente homossexual (93,6%), é ainda marcado por um sentimento de pertença à comunidade *gay* (71,2%) e de partilha generalizada da sua atração sexual por homens. De um modo geral, partilham a sua condição de atração por homens nas esferas familiar, de amizade e de trabalho. Trata-se, assim, de uma identidade homossexual partilhada. São indivíduos com níveis de escolaridade relativamente mais elevados, tendo 43,5% e 36,4% os níveis secundário/médio e superior, respetivamente.

Finalmente, 82 dos inquiridos (Cluster 4: 12,2%) estão associados a um padrão marcado por uma identidade bissexual não partilhada. É um padrão no qual se destaca a atração por homens e por mulheres (36,8%). Apesar de ser uma categoria mais residual é, no entanto, associado a este padrão que aparece maior atração por mulheres e algumas vezes por homens.

Os dois últimos padrões caracterizam-se, ainda, por agruparem inquiridos mais jovens quando comparados com os outros dois, com uma concentração no intervalo etário entre os 25 e os 34 anos de idade.

Estamos, assim, perante um conjunto de indivíduos predominantemente afetos a uma identidade homossexual, a qual é partilhada, em particular, por aqueles que se sentem atraídos por homens. A atração por pessoas de ambos os sexos conduz a uma menor partilha com os outros.

São os indivíduos dos dois padrões identificados como misto e bissexual os que vivem mais sozinhos, o que indicia a assunção de práticas de relacionamento não

exclusivamente homossexuais (43,9% e 45,1%, respetivamente). É de destacar, ainda, a partilha generalizada do estado serológico positivo.

4.3.2 Iniciação sexual

A iniciação da vida sexual dos inquiridos ocorreu, de forma razoavelmente distribuída, com um indivíduo do sexo masculino (59,6%), mas também feminino (40,4%), predominantemente entre os 11 e os 15 anos (36,3%) e os 16 e os 18 anos (39,5%) (Quadro 4.31).

Quadro 4.31. Idade de iniciação da vida sexual

Idade	n	%
10 ou menos anos de idade	43	6,6
11 a 15 anos de idade	237	36,3
16 a 18 anos de idade	258	39,5
19 a 20 anos de idade	56	8,6
21 ou mais anos de idade	59	9,0
Total	653	100,0

No entanto, é de referenciar o facto de 6,6% dos inquiridos referir ter tido a sua primeira relação sexual numa idade bastante precoce (igual ou inferior a 10 anos).

Já a primeira relação sexual anal com um homem, conhecido, predominantemente na escola ou universidade (18,4%), na internet (15,6%) e num local público de engate (13,5%) (Quadro 4.32) ocorre um pouco mais tardiamente, entre os 16 a 18 anos (32,8%), ou numa idade igual ou superior a 21 anos (30,2%) (Quadro 4.35).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.32. Contexto de conhecimento do homem com quem teve relações sexuais pela primeira vez

Contexto	n	%
Escola/universidade	120	18,4
Trabalho	37	5,7
Pub, bar, clube noturno ou discoteca <i>gay</i>	57	8,7
Pub, bar, clube noturno ou discoteca hétero	29	4,4
Clube desportivo, religioso ou outra organização	11	1,7
Internet, numa página web de encontros para homens <i>gay</i> ou bissexuais, numa rede social ou em aplicações móveis	102	15,6
Local público de engate (rua, estação de serviço, parque, praia, casas de banho, ...)	88	13,5
Sauna	6	0,9
Na vizinhança	66	10,1
Entre amigos	57	8,7
Anúncio na imprensa	6	0,9
Com um familiar	27	4,1
Festa indiferenciada	7	1,1
Espaços públicos variados	31	4,7
Outros (eg. festa <i>gay</i> , cinema porno, associação <i>gay</i>)	9	1,4
Total	653	100,0

Quadro 4.33. Idade da primeira relação anal com um homem

Idade da primeira relação sexual anal com um homem	n	%
10 ou menos anos de idade	20	3,0
11 a 15 anos de idade	124	18,9
16 a 18 anos de idade	215	32,8
19 a 20 anos de idade	99	15,1
21 ou mais anos de idade	198	30,2
Total	656	100,0

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

O sexo protegido (com uso do preservativo) nesta primeira relação com homens é uma realidade apenas em menos de metade dos casos (49,1%), o que permite evidenciar práticas sexuais de iniciação que comportam risco.

A pessoa do sexo masculino com quem os inquiridos tiveram a sua primeira relação sexual era alguém com quem não tinham uma intimidade particular, já que quer não a conheciam de todo (28,8%), quer a conheciam há pouco tempo (26,8%), quer ainda a conheciam, mas não tinham com ela uma relação afetiva (38,2%) (Quadro 4.36).

Quadro 4.33. Tipo de relacionamento com o homem com quem teve relações sexuais pela primeira vez

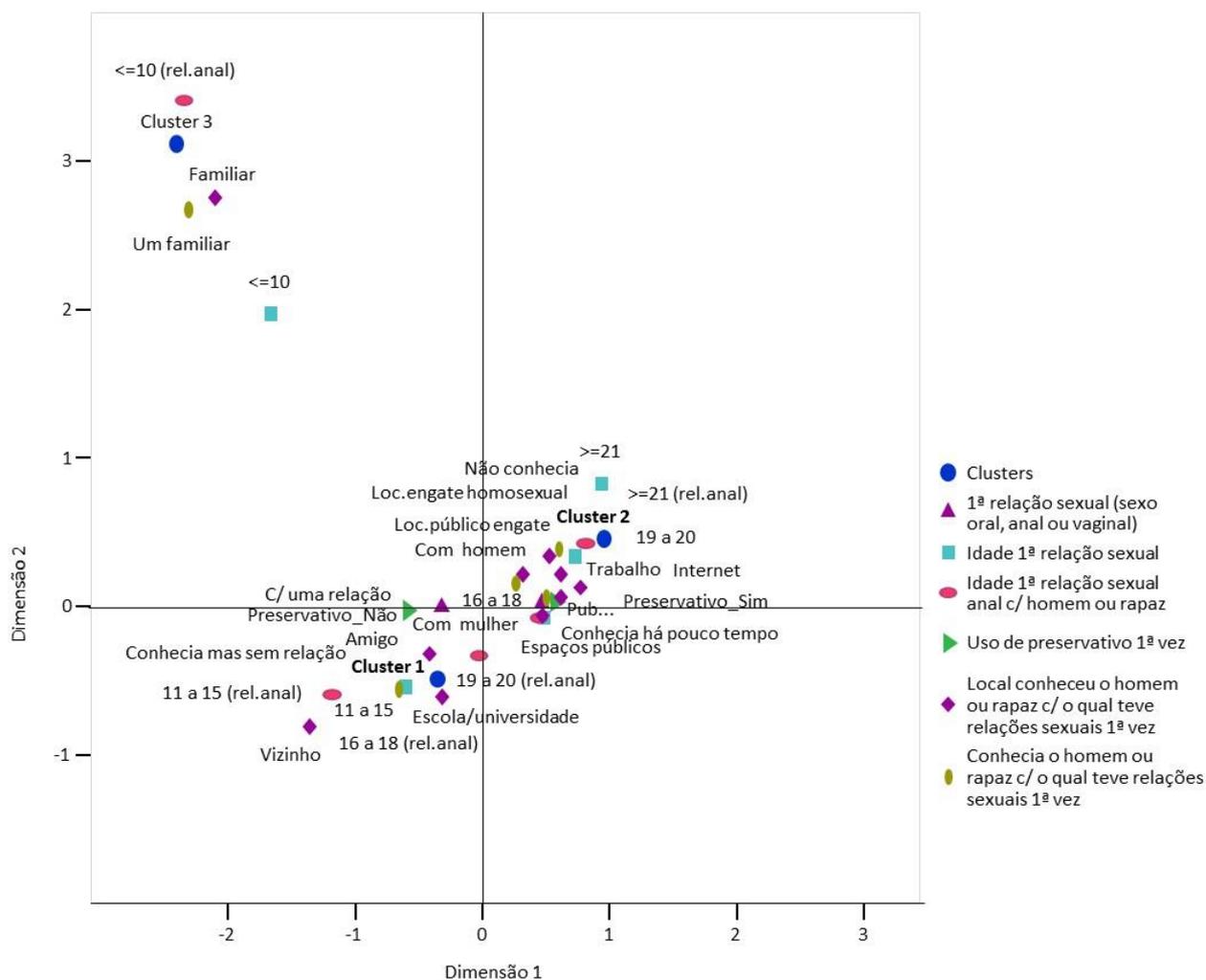
Tipo de relacionamento	n	%
Ele era uma pessoa que eu não conhecia	192	28,8
Tínhamo-nos conhecido há pouco tempo	179	26,8
Já nos conhecíamos há uns tempos mas não estávamos numa relação um com um outro	255	38,2
Tínhamos uma relação um com o outro (namorávamos, estávamos casados)	21	3,1
Era um familiar	20	3,0
Total	667	100,0

A análise das inter-relações entre as variáveis que caracterizam a iniciação da vida sexual por via da ACM permitiu definir três padrões de comportamento traduzidos depois em três conjuntos de iniciação sexual com base na análise de clusters (Figura 2).

Um primeiro padrão que caracteriza o maior número de inquiridos (413, Cluster 1: 61,5%) está associado à iniciação sexual com homens (66,7%), numa idade relativamente precoce (52,8% iniciou entre os 11 e os 15 anos) e não protegida (60,3%). Denominamos como iniciação sexual masculina precoce não protegida. Este contrasta com um segundo padrão de iniciação sexual feminina juvenil protegida (226 inquiridos, Cluster 2: 33,7%). A primeira relação foi

maioritariamente com uma mulher (57,5%), ocorrida entre os 16 e os 18 anos (50,0%) e foi usado preservativo (72,4%).

Figura 2. Configuração topológica dos padrões de iniciação sexual e projeção dos clusters



Finalmente, um terceiro padrão associado a um menor número de indivíduos (32, Cluster 3: 4,8%) caracteriza-se por uma iniciação sexual masculina (90,6%) muito precoce (64,5% têm uma idade igual ou inferior a 10 anos) e não protegida (90,6%). Este padrão caracteriza-se ainda pela iniciação da vida sexual em contexto familiar com um dos seus membros (63,3%). Já no primeiro caso, da iniciação sexual masculina precoce não protegida (Cluster 1) destacam-se uma diversidade de contextos de conhecimento da pessoa com quem teve a primeira relação e uma distribuição entre o conhecimento prévio ou não conhecimento dessa pessoa; no segundo padrão (Cluster 2) é de destacar o desconhecimento da pessoa com quem ocorreu a primeira relação (55,8%), também em contextos vários.

Estas constatações permitem aferir, quer o facto de ser reduzido, mas efetivo, o conjunto de indivíduos que começam a sua vida sexual ainda crianças e sem proteção.

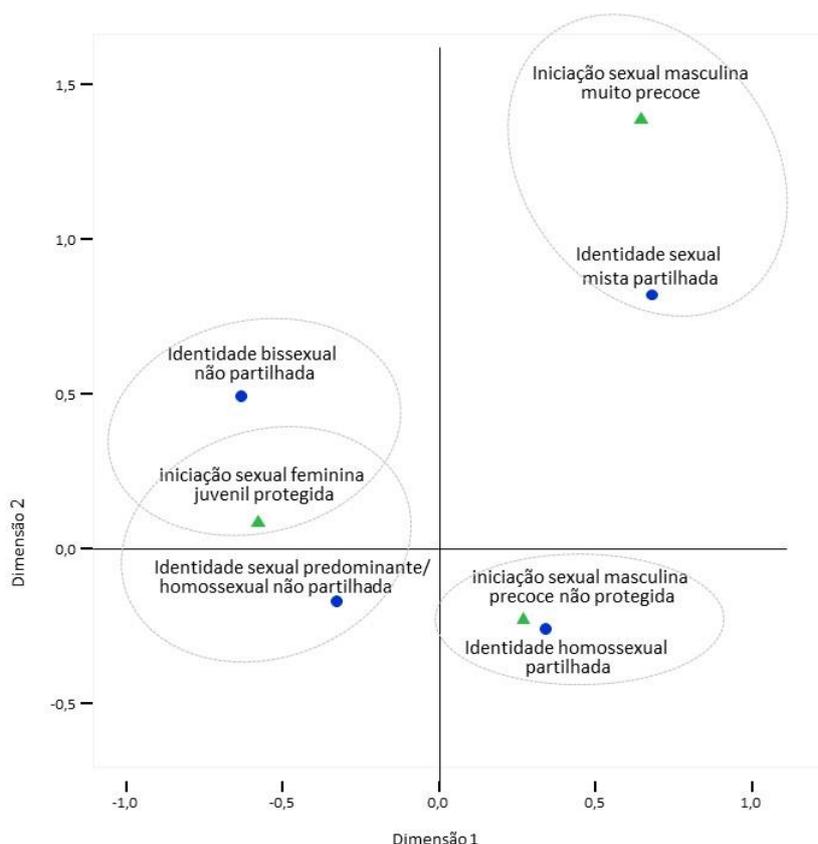
Saliente-se, ainda, que a idade de início da vida sexual se afigura como um indicador relevante de uso de preservativo na primeira relação sexual.

A iniciação sexual dos indivíduos é, assim, marcada por práticas de relacionamento sexual com pessoas recentemente conhecidas. É de destacar que a iniciação sexual com homens é tendencialmente menos protegida do que com mulheres. Mais uma vez se salienta o subconjunto de indivíduos cuja homossexualidade tem início em contexto familiar numa fase muito precoce das suas vidas.

4.3.3 Iniciação e identidade sexual: configurações da sua interdependência

Para aferir dos contornos da relação entre a iniciação sexual e a identidade sexual foi efetuada uma análise de correspondências simples (Figura 3) que permitiu chegar a quatro configurações distintas.

Figura 3. Relação entre iniciação sexual e identidade sexual



Tomando a iniciação sexual como ponto de referência, verifica-se que a iniciação sexual masculina precoce não protegida é particularmente incidente em indivíduos com uma identidade quase exclusivamente homossexual. Trata-se de 197 indivíduos marcados, claramente, por uma pertença e práticas identitárias homossexuais inicialmente não protegidas.

A iniciação sexual feminina juvenil protegida relaciona-se de forma predominante com uma identidade sexual predominantemente homossexual não partilhada, o que indicia uma iniciação sexual que não é marcada por relação com um homem,

mas que se configurou numa identidade homossexual, ainda que mantida na esfera do sujeito. Trata-se de pertença e práticas identitárias ambivalentes inicialmente protegidas.

Outra configuração em destaque relaciona a iniciação sexual masculina, muito precoce e não inicialmente protegida com uma identidade sexual mista partilhada. Esta associação evidencia a possibilidade de se ter tratado de uma primeira relação sexual forçada e que se veio a traduzir, no caso destes indivíduos, em pertenças e práticas identitárias ambivalentes inicialmente não protegidas. Finalmente, destaque ainda para uma associação da iniciação sexual feminina juvenil protegida a uma identidade bissexual não partilhada traduzindo-se em práticas e pertenças identitárias bissexuais inicialmente protegidas.

4.3.4 *Relacionamentos atuais estáveis*

Os indivíduos inquiridos dividem-se de forma relativamente equitativa entre os que têm ou não uma relação estável no momento da realização do inquérito (49,1% e 50,9%, respetivamente)

Foi realizada uma análise mais detalhada sobre os indivíduos que assumiram ter uma relação estável no momento presente (328 indivíduos), a qual permite ter uma noção das suas práticas relacionais, nomeadamente em termos de comportamento sexual.

A relação é, predominantemente, monogâmica (76,5%) (Quadro 4.35) e tem uma longevidade superior a um ano (77,7%) (Quadro 4.37).

Quadro 4.35. Tipo de relação com o parceiro estável

Tipo de relação	n	%
Monogâmica (apenas temos relações sexuais um com o outro)	247	76,5
Ambos temos relações sexuais com outra(s) pessoa(s)	54	16,7
Eu tenho relações sexuais com outra(s) pessoa(s) mas o meu parceiro não sabe	9	2,8
O meu parceiro tem relações com outra(s) pessoa(s) mas eu não tenho	12	3,7
Tenho mais do que um parceiro estável	1	0,3
Total	323	100,0

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Não é de descurar, porém, o facto de 16,7% dos inquiridos com uma relação estável referirem que têm, tal como o cônjuge, relações sexuais com outras pessoas.

Foi pela internet (31,6%), num pub, bar, clube noturno ou discoteca *gay* (14,4%) e entre amigos (10,4%) que os inquiridos conheceram a pessoa com quem têm uma relação estável (Quadro 4.36).

Quadro 4.36. Contexto de conhecimento do homem com quem tem uma relação estável

Contexto	n	%
Escola/universidade	8	2,5
Trabalho	24	7,4
Pub, bar, clube noturno ou discoteca <i>gay</i>	47	14,4
Pub, bar, clube noturno ou discoteca hétero	21	6,4
Clube desportivo, religioso ou outra organização	5	1,5
Internet, numa página web de encontros para homens <i>gay</i> ou bissexuais, numa rede social ou em aplicações móveis	103	31,6
Local público de engate (rua, estação de serviço, parque, praia, casas de banho, ...)	27	8,3
Sauna	12	3,7
Entre amigos	34	10,4
Festa indiferenciada	6	1,8
Outros variados	39	12,0
Total	326	100,0

As pessoas com quem os inquiridos têm uma relação estável são seropositivas em cerca de metade dos casos (53,1%, contra 46,9% que é seronegativa) ².

A maioria dos inquiridos referiu que a pessoa com quem têm uma relação estável sabem do seu estado serológico positivo por via deles mesmos (83,8%) (Quadro 4.37).

² Valores percentuais calculados tendo em conta um total de 340 indivíduos, já que 8 referem que não sabem qual é o estado serológico do parceiro.

Quadro 4.37. Partilha do estatuto serológico com o parceiro estável

Partilha do estatuto serológico	n	%
Disse-lhe que não sabia o meu estatuto serológico	15	4,6
Disse-lhe que era seronegativo	10	3,0
Disse-lhe que era seropositivo	275	83,8
Não lhe disse nada sobre o meu estatuto serológico	28	8,5
Tenho mais do que um parceiro estável	1	3,7
Total	328	100,0

Com o objetivo de aferir sobre as associações entre as variáveis que caracterizam o espaço do relacionamento estável foi aplicada a ACM. Conforme pode observar-se na Figura 4 foram detetadas três configurações distintas que permitiram *a posteriori* segmentar os indivíduos em três grupos (clusters) (Figura 4).

Num primeiro conjunto, que qualifica mais de 50% dos inquiridos com relacionamento estável (186), estamos perante um padrão de relacionamento atual predominante monogâmico (Cluster 1: 56,7%) com parceiro predominantemente seropositivo (66,7%) conhecido por via de redes *gay* diversas. Tendem a ter parceiros com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos.

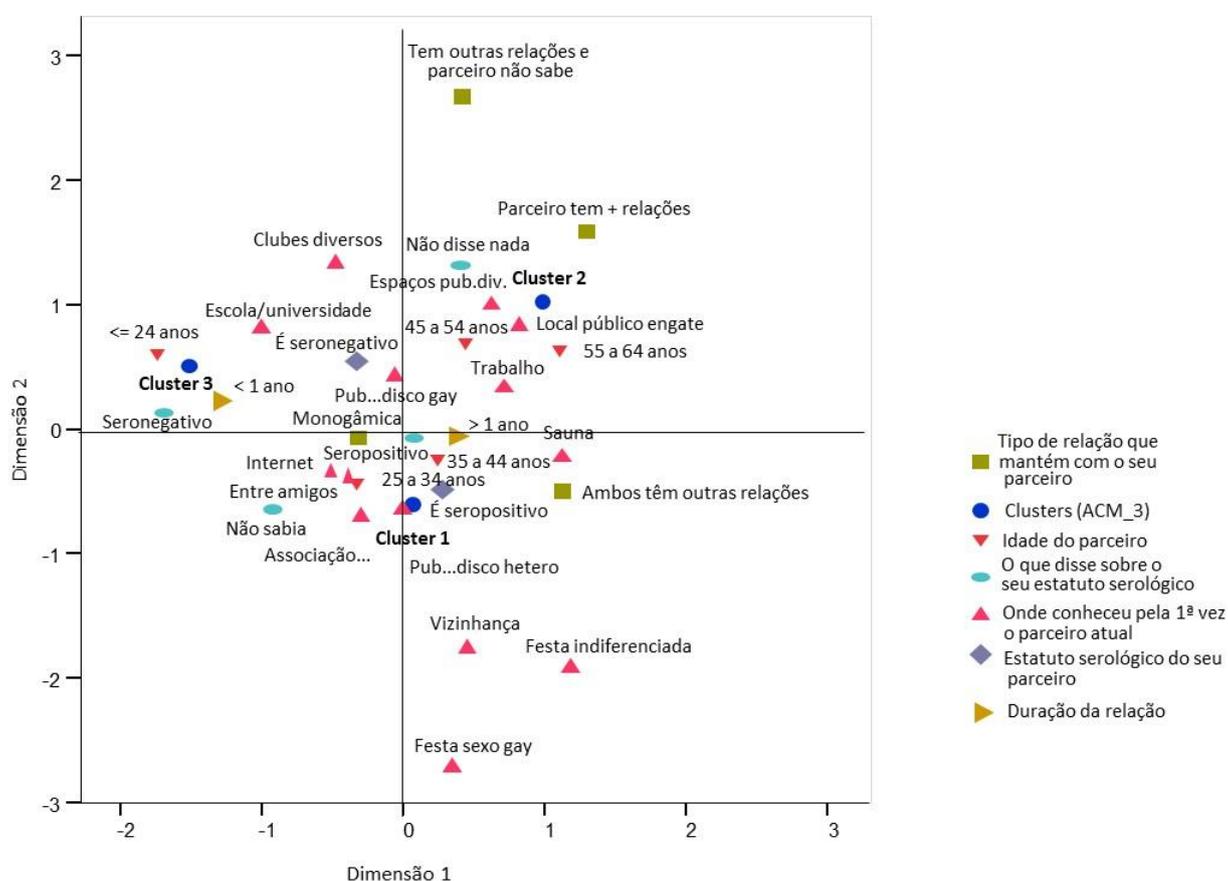
Um segundo padrão pauta-se por caracterizar um relacionamento atual monogâmico e poligâmico com parceiro predominantemente seronegativo conhecido por via de redes diversificadas. Qualifica 84 (Cluster 2: 25,6%) indivíduos, também numa relação monogâmica (53,7%), mas o que diferencia este padrão no que se refere ao tipo de relação é a presença de relações também poligâmicas com contornos heterogéneos. Tendem a ser relações com duração superior a um ano (94,0%), que conheceram os seus parceiros em contextos diversificados, sendo estes, predominantemente (ainda que não na esmagadora maioria), seronegativos (55,0%). Os parceiros destes indivíduos são também mais velhos do que os agrupados no primeiro tipo de relacionamento, sendo também os próprios inquiridos mais velhos (41,7% tem entre 45 e 54 anos de idade).

Destaca-se ainda um outro padrão associado a um menor número de inquiridos (58, Cluster 3: 17,7%) de relacionamento atual monogâmico (98,2%) com parceiro predominantemente seronegativo (78,9%) conhecido por via de redes *gay*. Trata-se de um relacionamento mais recente do que nos casos anteriores (em 79,3%

dos casos é inferior a um ano) e com pessoas mais jovens (43,9% têm uma idade igual ou inferior a 24 anos (43,9%), sendo também os inquiridos mais jovens (13,8% têm 24 anos ou menos e 43,1% têm idades entre os 25 e 34 anos de idade) e solteiros (91,4%). São, ainda, os inquiridos com níveis de escolaridade mais elevados (48,3% e 43,1% têm, respetivamente, o ensino secundário ou médio e o ensino superior).

Este último padrão tem a particularidade de, ainda que menos numeroso, permitir perceber um tipo de comportamento mais protegido, de pessoas mais jovens que ainda não vivem maritalmente, ao contrário dos dois outros padrões, em que predomina uma vida em conjugalidade.

Figura 4. Configuração topológica dos padrões de relacionamento atual estável e projeção de clusters



Em traços gerais, podemos assim referir o facto de prevalecer um relacionamento presente predominantemente monogâmico, com a partilha da condição de seropositividade com parceiros, em relações marcadas em cerca de metade dos casos por seroconcordância, tendo as redes sociais e virtuais de procura de parceiros um peso bastante notório no início da relação.

4.4 Consumos de álcool e drogas

Neste ponto procura-se caracterizar os padrões de consumo de álcool e drogas da amostra, matéria que se procura abordar, sobretudo, na sua condição de potenciadora de comportamento de risco de infeção por VIH.

De um modo geral, os estudos indicam que a prevalência de consumo de substâncias é superior entre HSH comparativamente com a população em geral (Stall et al, 2001; CDC, 2013) e relatam a sua associação a comportamentos sexuais de risco (Lovitt et al. 2006; Houston & McKirnan, 2007; Nieves-Rosa et al., 2000). Segundo Purcell (2005), o consumo de álcool antes de relações sexuais está associado, para HSH seropositivos, a práticas sexuais anais desprotegidas e com parceiros de estatuto serológico desconhecido.

Vários estudos têm-se debruçado sobre o carácter multifacetado das motivações para uso de substâncias entre HSH, quer diretamente relacionadas com a prática sexual, enquanto facilitadores de experiências sexuais, na melhoria do desempenho e aumento do prazer sexual (Myers et al., 2004 citado Andrasik et al., 2013), quer como resposta ao estigma relativo à orientação sexual e à vivência de situações de abuso e violência (CDC, 2013). No caso de HSH seropositivos, pode ser compreendido como forma de evitar e de enfrentar sentimentos negativos de viver com a infeção (Semple et al. 2002).

Outras abordagens ressaltam que a procura da experimentação e aventura são potenciados pelo consumo de substâncias, constituindo, por isso, um traço identitário de uma subcultura de HSH. Nesse sentido, a integração na cultura homossexual masculina é entendida como um fator preditivo de consumo de álcool, uso frequente de drogas e consumo de múltiplas substâncias (Stall et al, 2001). Os locais e contextos de encontro entre HSH, como bares e festas, enquanto elementos integrantes de culturas sexuais de HSH, são eles próprios promotores do consumo de substâncias. Outros estudos (Harawa et al, 2008) sugerem que o consumo de substâncias, e do álcool em particular, entre HSH que

não se identificam com a cultura homossexual pode ser um suporte para se envolverem em comportamentos sexuais que se desviam da heteronormatividade.

Dos indivíduos inquiridos, 52,1% declarou ter tido consumos de pelo menos uma dessas substâncias nos últimos 6 meses, mais especificamente, 47,8% da amostra consumiu álcool e 22,8% consumiu drogas (Quadro 4.8). Por contraposição, 47,9% afirmou não ter consumido nenhuma dessas substâncias.

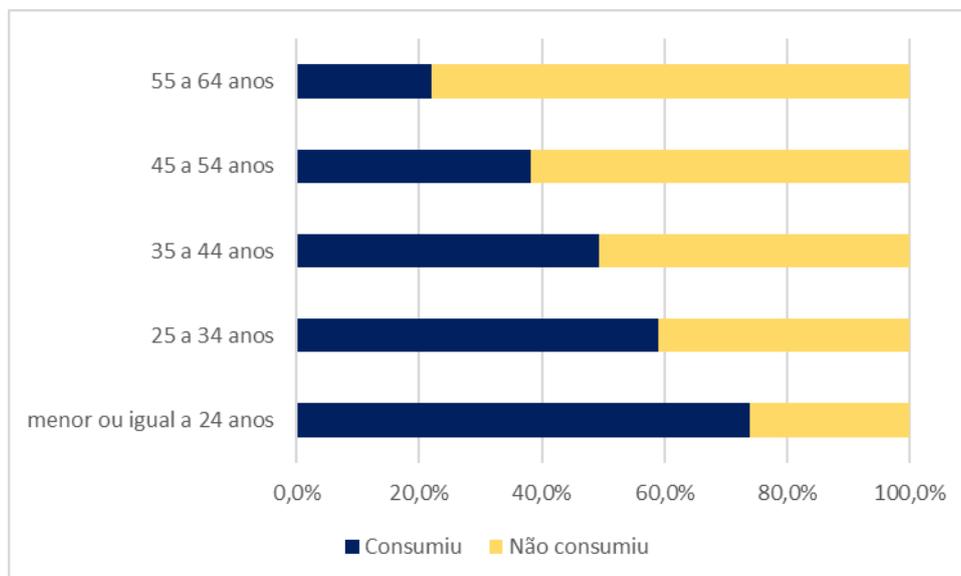
Quadro 4.38. Consumo de álcool e/ou drogas nos últimos 6 meses

Consumo de álcool e/ou drogas	n	%
Consumo de álcool e/ou drogas	349	52,1
Consumo de álcool	321	47,8
Consumo de drogas	153	22,8
Sem consumo	321	47,9
Total	670	100,0

Focando os consumos dos que declaram que os tiveram (n=349), a esmagadora maioria (92,0%) refere ter consumido álcool nos últimos 6 meses, independentemente de ter ou não consumido drogas, sendo essa a substância dominante nos consumos dos inquiridos.

Na amostra, o consumo de álcool é maior entre os escalões etários mais jovens, existindo um gradiente de variação inverso, na medida em que o consumo de álcool diminui com o avanço da idade: 73,9% dos inquiridos com menos de 25 anos consumiu álcool nos últimos 6 meses contra 22,0% dos que têm entre 55 a 64 anos (Figura 5).

Figura 5. Consumo de álcool segundo os escalões etários, em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)



Nota: Foi excluído do gráfico o escalão etário 65 ou mais anos por apresentar apenas 3 casos de consumo de álcool.

O quadro seguinte permite observar a distribuição dos inquiridos segundo a última vez que consumiu álcool. Para grande parte (44,9%), a última vez que consumiu álcool foi nos últimos 7 dias, mas não nas últimas 24 horas (Quadro 4.39). Uma análise centrada na frequência do consumo revela que a maioria apresenta um consumo regular de álcool (diário ou semanal) na medida em que 67,0% dos indivíduos reporta que a última vez que consumiu álcool foi nas 24 horas ou nos 7 dias anteriores à aplicação do questionário. Por sua vez, cerca de um terço dos inquiridos reporta um consumo não regular. Salienta-se que a caracterização do consumo de álcool no estudo apresenta algumas limitações uma vez que não foram abordadas outras variáveis como a quantidade de álcool ingerida e o tipo de bebidas.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.39. Última vez que consumiu álcool

Última vez que consumiu álcool	n	%
Nas últimas 24 horas	71	22,1
Nos últimos 7 dias	144	44,9
Nas últimas 4 semanas	68	21,2
Nos últimos 6 meses	38	11,8
Total	321	100,0

Para todos os escalões etários é dominante um consumo regular (diário ou semanal) de álcool, com maior proporção entre os que têm até 25 anos e os que têm entre 35 a 54 anos (Quadro 4.40).

Quadro 4.40. Consumo regular e não regular de álcool segundo os escalões etários, em valores absolutos e em percentagem (% calculada sobre o total dos inquiridos que declaram consumo de álcool nos últimos 6 meses dentro de cada escalão etário)

	Idade					
	≤ 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos
Tipo de consumo	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Consumo regular	24 (70,6%)	61 (60,4%)	74 (70,5%)	47 (70,1%)	6 (54,5%)	3 (100,0%)
Consumo não regular	10 (29,4%)	40 (39,6%)	31 (29,5%)	20 (29,9%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)
Total	34 (100,0%)	101 (100,0%)	105 (100,0%)	67 (100,0%)	11 (100,0%)	3 (100,0%)

n=321

Nota: Considera-se consumo regular quando os indivíduos reportam que o último consumo foi nas 24 horas ou na semana anteriores à aplicação do questionário.

É de assinalar que na amostra, a proporção de indivíduos com idades entre os 15 e os 64 anos que referiram ter consumido álcool no último mês (41,8%) é inferior à encontrada na população masculina geral portuguesa situada nesse intervalo

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

etário (66,2%) (Balsa, Vital & Urbano, 2014, p. 93) (Quadro 4.41). No entanto, entre os participantes no estudo mais jovens, ou seja, com menos de 25 anos, a proporção dos que declaram ter consumido álcool no último mês (69,6%) é superior à prevalência de consumo de álcool na população masculina portuguesa nesse escalão etário, situada nos 52,4% (Balsa, Vital & Urbano, 2014, p. 96).

Quadro 4.41. Consumo de álcool no último mês segundo os escalões etários, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)

Consumo de álcool no último mês	Idade					
	≤ 24 anos	25-34 anos	35-44 anos	45-54 anos	55-64 anos	≥ 65 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
No último mês	32 (69,6%)	86 (50,6%)	94 (44,1%)	59 (33,7%)	9 (18,0%)	3 (18,8%)
Nos últimos 6 meses mas não no último mês	2 (4,3%)	15 (8,8%)	11 (5,2%)	8 (4,6%)	2 (4,0%)	0 (0,0%)
Sem consumo	12 (26,1%)	69 (40,6%)	108 (50,7%)	108 (61,7%)	39 (78,0%)	13 (81,3%)
Total	46 (100,0%)	170 (100,0%)	213 (100,0%)	175 (100,0%)	50 (100,0%)	16 (100,0%)

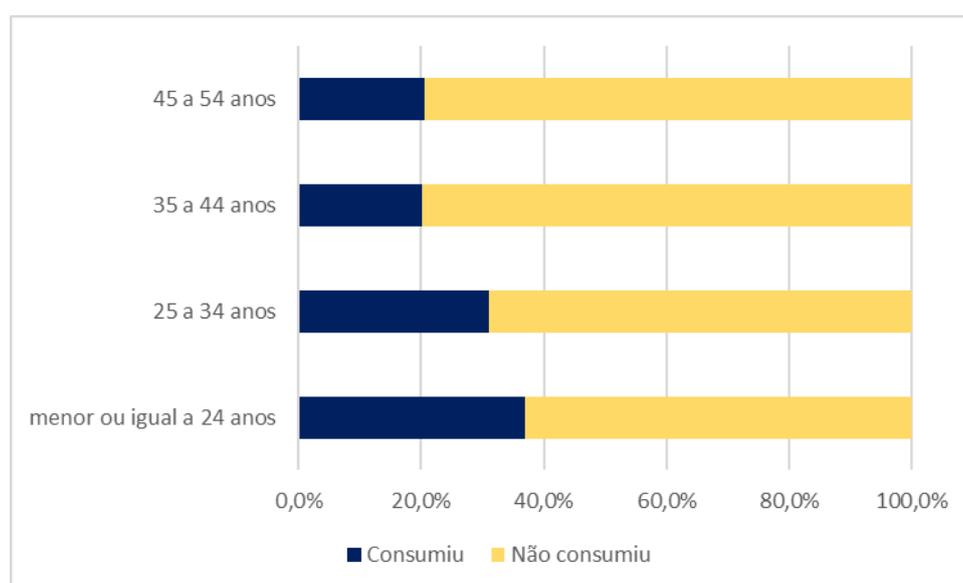
n=671

De acordo com Allen (2015), a abordagem ao consumo de álcool e sua relação a comportamentos sexuais de risco não é consensual na literatura. No entanto, estudos sobre HSH reportam uma associação significativa entre o consumo de álcool e relações sexuais desprotegidas, não a respeito do consumo de álcool por si, mas ao nível da quantidade de álcool consumida numa ocasião que aumenta a probabilidade de comportamentos de risco entre HSH (Vosburg et al, 2012). O consumo excessivo de álcool, nomeadamente o *binge drinking* (consumo de grandes quantidades de álcool num curto espaço de tempo, cerca de 2 horas, e que corresponde em média a 5 ou mais doses nos homens) é considerado um importante fator de risco de infeção por VIH pela sua associação a um uso menos frequente de preservativo e a múltiplos parceiros sexuais (CDC, 2013; Colfax et al, 2014 citado Allen et al. 2015). Nesse sentido, importa referir que os resultados do

estudo devem ser interpretados com prudência, na medida em que não foram colocadas questões sobre o tipo de bebidas alcoólicas consumidas e quantidades por ocasião.

Na amostra, 22,8% dos inquiridos referiu ter consumido substâncias psicoativas ilícitas nos 6 meses anteriores ao questionário. Esse consumo é superior entre os escalões mais jovens (37,0% dos inquiridos com idade até 25 anos e 31,0% entre os que têm 25 e 34 anos declaram esse consumo) (Figura 6).

Figura 6. Consumo de drogas segundo os escalões etários, em percentagem (% calculada dentro de cada escalão etário)



Nota: Foram excluídos do gráfico os escalões etários dos 55 aos 64 anos e 65 ou mais anos por, em cada um, existirem apenas 2 casos de consumo de drogas.

Entre os consumos de substância psicoativas ilícitas assinalados, destacam-se, pela sua ocorrência, canábis (14,8%), seguida pelas *party drugs*, nomeadamente cocaína (6,9%), variantes de ecstasy (5,2%) e inalantes (5,2%) (Quadro 4.42). O consumo de canábis inscreve-se num padrão de consumo regular (diária ou semanal) de forma mais generalizada enquanto as restantes substâncias aparecem associadas a um consumo não regular.

Para todas as substâncias listadas no III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (Balsa, Vital & Urbano, 2014), com dados referentes a 2012, a proporção de inquiridos, com idades entre os 15 e 64

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

anos, que declara ter consumido no último mês é superior à encontrada na população masculina geral portuguesa³ situada nesse intervalo etário.

Quadro 4.42. Última vez que consumiu drogas por tipo de drogas (% calculada sobre o total de inquiridos)

Tipo de drogas	Última vez que consumiu drogas				Total
	Nas últimas 24 horas	Nos últimos 7 dias	Nas últimas 4 semanas	Nos últimos 6 meses	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Canábis (marijuana, erva, haxixe)	30 (4,5%)	26 (3,9%)	26 (3,9%)	17 (2,5%)	99 (14,8%)
Heroína ou drogas relacionadas (poppy straw, kompot, fentanyl)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
Inalantes (Poppers/nitrato de amilo, ...)	3 (0,4%)	9 (1,3%)	13 (1,9%)	10 (1,5%)	35 (5,2%)
Anfetaminas (speed)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	4 (0,6%)	1 (0,1%)	7 (1,0%)
Ecstasy (E, XTC, MDMA)	0 (0,0%)	4 (0,6%)	3 (0,4%)	8 (1,2%)	15 (2,2%)
Cristal de metanfetamina (cristal, meta, Ice)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)
Mefedrona (4-MMC, miau-miau, methylone, bubbles)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (0,4%)	4 (0,6%)	7 (1,0%)
GHB/GBL (ecstasy líquido)	0 (0,0%)	4 (0,6%)	7 (1,0%)	9 (1,3%)	20 (3,0%)
Ketamina (special K)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (0,4%)	3 (0,4%)	6 (0,9%)
LSD (ácido)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)	2 (0,3%)	3 (0,4%)
Cocaína	0 (0,0%)	14 (2,1%)	13 (1,9%)	19 (2,8%)	46 (6,9%)

³ Segundo o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, em 2012, a prevalência de consumo na população geral portuguesa (15-64 anos) de substâncias psicoativas ilícitas no último mês, para cada uma das substâncias, é a seguinte: canábis, 2,7%; cocaína, 0,1%; anfetaminas, 0,1%; ecstasy, 0,3%; heroína, 0,0%; LSD, 0,2% (Balsa, Vital & Urbano, 2014, p. 111)

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

No sentido de aprofundar os padrões de consumo entre os inquiridos, foca-se de seguida o número total de substâncias consumidas dos que declaram consumos nos últimos 6 meses (Quadro 4.43). Observa-se que a tendência dominante é o consumo de apenas 1 substância (60,5%).

Quadro 4.43. Número de substâncias consumidas nos últimos 6 meses

Número substâncias consumidas	n	%
Consumiu 1 substância	211	60,5
Consumiu 2 substâncias	77	22,1
Consumiu 3 ou mais substâncias	61	17,5
Total	349	100,0

Entre aqueles que da lista de substâncias assinalaram apenas uma, 92,9% referem-se a álcool, o que reforça a sua dominância no quadro de consumos destes indivíduos (Quadro 4.44). Quando são assinaladas duas substâncias, o álcool e canábis são as mais referidas e, embora com menor proporção, destaca-se o consumo de inalantes e cocaína. Para as restantes substâncias, constata-se que o seu consumo aparece de alguma forma associada ao consumo de outras substâncias, na medida em que a sua proporção aumenta à medida que os indivíduos reportam um maior número de substâncias consumidas.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.44. Substâncias consumidas por número total de substâncias consumidas entre os inquiridos que declaram consumos nos últimos 6 meses

Substâncias consumidas	Número de substâncias consumidas			
	1 substância	2 substâncias	3 ou + substâncias	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Álcool	196 (92,9%)	71 (92,2%)	54 (88,5%)	321 (92,0%)
Canábis (marijuana, erva, haxixe)	13 (6,2%)	44 (57,1%)	42 (68,9%)	99 (28,3%)
Heroína ou drogas relacionadas (poppy straw, kompot, fentanyl)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Inalantes (Poppers/nitrato de amilo, ...)	0 (0,0%)	9 (11,7%)	26 (42,6%)	35 (10,0%)
Anfetaminas (speed)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	6 (9,8%)	7 (2,0%)
Ecstasy (E, XTC, MDMA)	0 (0,0%)	2 (2,6%)	14 (22,9%)	16 (4,6%)
Cristal de metanfetamina (cristal, meta, Ice)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (3,3%)	2 (0,6%)
Mefedrona (4-MMC, miau-miau, methylone, bubbles)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	6 (9,8%)	7 (2,0%)
GHB/GBL (ecstasy líquido)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	19 (31,2%)	20 (5,7%)
Ketamina (special K)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (9,8%)	6 (1,7%)
LSD (ácido)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,9%)	3 (0,9%)
Cocaína	2 (1,0%)	9 (11,7%)	35 (57,4%)	46 (13,2%)

n=349

Os principais locais de consumo enquadram-se em contextos de lazer/festa/fruição, nomeadamente nas saídas à noite (72,2%), em casa ou festas privadas (62,5%) e festas associadas a eventos (28,9%). O consumo associado ao ato sexual é declarado por 12,6% dos consumidores (Quadro 4.45).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.45. Contextos e locais de consumo (% calculada sobre o total dos inquiridos que declaram consumos nos últimos 6 meses – mais o que uma resposta possível)

Contextos de consumos	n	%
Saídas à noite	252	72,2
Em casa ou em festas privadas	218	62,5
Festas associadas a eventos	101	28,9
Antes/durante a relação sexual	44	12,6
No contexto de sexo pago	6	1,7
Por dependências	4	1,1
Outros	14	4,0

De seguida abordam-se os contextos e locais de consumo por substâncias, focando apenas os consumos mais relevantes em termos da sua ocorrência, nomeadamente aqueles que têm um registo mínimo de quinze casos. As substâncias são consumidas, de forma muito vincada, em contextos de lazer/festa/fruição. Por sua vez, as que aparecem mais associadas ao ato sexual são as substâncias com efeitos alucinogénios, que comprometem a capacidade de decisão orientadas para comportamentos preventivos de transmissão da infeção por VIH, e as de relaxamento muscular (variantes de ecstasy e inalantes).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.46. Substâncias consumidas por contextos e locais de consumo, em valores absolutos e em percentagem (% calculada dentro de cada substância)

Contextos de consumos	Substâncias					
	Álcool (n=321)	Canábis (n=99)	Inalantes (n=35)	Ectasy (n=16)	GHB/GBL (n=20)	Cocaína (n=46)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saídas à noite	237 (73,8%)	73 (73,7%)	28 (80,0%)	14 (87,5%)	16 (80,0%)	39 (84,8%)
Em casa ou em festas privadas	196 (61,1%)	70 (70,1%)	23 (65,7%)	10 (62,5%)	15 (75,0%)	27 (58,7%)
Festas associadas a eventos	99 (30,9%)	21 (21,2%)	10 (28,6%)	6 (37,5%)	6 (30,0%)	13 (28,3%)
Antes/durante a relação sexual	35 (10,9%)	21 (21,2%)	24 (68,6%)	10 (62,5%)	13 (65,0%)	16 (34,8%)
No contexto de sexo pago	5 (1,6%)	2 (2,0%)	3 (8,6%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	3 (6,52%)
Por dependências	3 (0,9%)	2 (2,0%)	3 (8,6%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)	2 (4,4%)

n=349

No que se reporta aos efeitos sentidos com o consumo das substâncias, destacam-se as categorias relativas à desinibição e relaxamento na relação com os outros e em contexto de interação sexual.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 4.47. Efeitos que os inquiridos que consomem substâncias declaram sentir associados aos seus consumos (mais do que uma resposta possível)

Efeitos	n	%
Sinto-me menos consciente	63	22,3
Sinto-me mais próximo de um parceiro sexual	35	12,4
O meu desempenho sexual melhora	34	12,0
Fico menos nervoso sobre questões relacionadas com o sexo	37	13,1
Fico mais autoconfiante	95	33,6
Fico sexualmente mais recetivo a novas experiências e explorações	57	20,1
Sinto-me menos tímido e envergonhado	150	53,0
Disfruto mais do sexo	76	26,9
Tenho relações sexuais com pessoas que não teria se não tivesse bebido e/ou consumido drogas	25	8,8
Tenho maior probabilidade de ter comportamentos sexuais de risco	35	12,4
Perco as minhas inibições	138	48,8

n=283 (dos 349 que consumiram álcool e/ou drogas nos últimos 6 meses, 66 não reconheceram nenhum dos efeitos apresentados)

4.5 Abusos e violência entre parceiros íntimos

Este ponto versa sobre a incidência, os tipos e as reações às situações de violência vividas pelos inquiridos com um parceiro íntimo ou sexual. A violência entre parceiros íntimos refere-se ao abuso físico, sexual, psicológico, emocional e à perseguição⁴, bem como a todo e qualquer ato de coação exercido por um parceiro, atual ou anterior (e.g., (ex) cônjuge de direito e de facto, (ex)namorado, parceiro sexual em curso) (Breiding, Basile, Smith, Black & Mahendra, 2015).

⁴ Stalking - A pattern of repeated, unwanted, attention and contact that causes fear or concern for one's own safety or the safety of someone else (e.g., family member, close friend) (Breiding et al., 2015, p. 14).

Na nossa amostra, a ocorrência de situações declaradas de abuso com um parceiro íntimo ou sexual é da ordem dos 27,7%.

Embora 72,3% dos respondentes não tenha referido qualquer situação de abuso, no total da amostra, 9,3% assinalou ter vivenciado uma situação de violência e 7,6% duas situações. Por seu turno, 10,8% declarou ter vivido três ou mais situações de abuso com parceiros íntimos ou sexuais. A acumulação de situações de abuso acontece com alguma relevância entre os indivíduos que reportam esta experiência, tal como se pode observar no quadro relativo aos tipos de abusos (Quadro 4.48).

Quadro 4.48. Número total de situações de abuso assinaladas pelos inquiridos

Número de situações de abuso	n	%
Nenhuma	484	72,3
1	62	9,3
2	51	7,6
3	28	4,2
4	17	2,5
5	12	1,8
6	9	1,3
7	4	0,6
9	2	0,3
Total	669	100,0

Focando os tipos de abusos assinalados pelos inquiridos que foram vítimas de um parceiro íntimo ou sexual (n=185), observa-se que, com exceção do abuso sexual/violação (9,7%) e de ser obrigado a fazer sexo desprotegido (9,2%), todos os restantes tipos de violência apresentam incidências relativamente elevadas, com destaque para o abuso psicológico/emocional (57,3%), o abuso verbal (42,7%) e a exploração financeira (34,6%). De seguida, destaca-se a violência física (31,4%) (Quadro 4.49). Estes resultados sugerem um padrão diversificado das práticas abusivas, mas também a sua ocorrência em simultâneo.

Quadro 4.49. Tipos de abusos assinalados pelos inquiridos que declararam ter sido vítimas de algum tipo de abuso por um parceiro (mais do que uma resposta possível)

Tipos de abusos	n	%
Ameaça de revelação não consentida de orientação sexual	39	21,1
Violência física	58	31,4
Abuso verbal	79	42,7
Abuso psicológico/emocional	106	57,3
Abuso sexual/violação	18	9,7
Exploração financeira	64	34,6
Ameaças/intimidação	53	28,6
Ameaça de revelação do estatuto serológico	41	22,2
Obrigado a fazer sexo desprotegido	17	9,2

n=185

Apesar destes tipos de violência serem igualmente comuns entre parceiros íntimos heterossexuais, é de salientar que existem abusos que ocorrem com muita frequência entre HSH, como é o caso do abuso psicológico/emocional. Este consiste no uso da comunicação verbal e não-verbal com a intenção de prejudicar outra pessoa, emocional ou mentalmente, ou exercer controlo sobre ela (Breiding et al., 2015). Integra atos como a agressão expressiva, o controlo coercivo, ameaças de violência física ou sexual, a exploração das vulnerabilidades das vítimas (por exemplo, o estatuto serológico e a orientação sexual) e jogos mentais. Trata-se de um tipo de violência que pode ser infligida, de igual modo, através de palavras e de atos contra a propriedade (e.g., danificar os bens do parceiro) e que tem como finalidade provocar intimidação, medo e isolamento (Dias, 2016, pp. 44-45).

A análise das reações dos inquiridos que foram vítimas de abusos pelos seus parceiros íntimos e sexuais revela que 30,3% reagiu de forma igualmente violenta, isto é, em legítima defesa (Quadro 4.50). Apesar de não terem tomado a iniciativa, estes indivíduos acabaram também por ser agressores. Por esta razão, Letellier (1994) considera que eles têm dificuldade em reconhecerem-se como vítimas, até porque este estatuto é inconsistente com a identidade masculina. A procura de ajuda entre familiares e amigos foi a segunda reação mais assinalada

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

(28,1%), o que reforça a importância das redes informais e familiares de apoio a estas pessoas nos episódios violentos.

Quadro 4.50. Reações dos inquiridos às situações de abuso (mais do que uma resposta possível)

Reações	n	%
Reagi de forma igualmente violenta em legítima defesa	56	30,3
Procurei ajuda entre familiares e amigos	52	28,1
Procurei ajuda entre os profissionais da saúde e serviço social	16	8,6
Procurei ajuda em organizações de apoio às vítimas de violência	3	1,6
Não procurei ajuda porque senti que não existe apoio para os homens como eu que são vítimas de violência	10	5,4
Não procurei ajuda porque receio revelar que sou vítima de violência e tenho sexo com homens	16	8,6
Não procurei ajuda porque os homens que tem sexo com homens são alvo de discriminação por parte do sistema de justiça e das instituições/organizações de apoio às vítimas de violência	10	5,4
Não procurei ajuda porque vivemos numa sociedade que discrimina os homens que têm sexo com homens	15	8,1
Denunciei às autoridades policiais o meu agressor	19	10,3
Não denunciei o meu agressor porque ele é o meu único apoio	11	5,9
Não denunciei porque me sinto culpado/responsável pela violência	10	5,4
Abandonei o agressor/Terminei a relação	19	10,3
Reagi normalmente/Ignorei/Geri sozinho	26	14,1

n=185

Embora com valores mais modestos, 10,3% das vítimas recorreu às autoridades policiais para denunciar os agressores e a mesma percentagem acabou por os abandonar. Apesar da fraca incidência destas reações, elas não deixam de ser significativas se atendermos que denunciar os agressores e pôr termo a uma relação violenta com um parceiro do mesmo sexo implica tornar pública não só a relação abusiva, como a orientação sexual das pessoas envolvidas, ou seja, implica sair do chamado “duplo armário” (Santos, 2012).

Todavia, não podemos ignorar que 14,1% referiu ter reagido normalmente, ignorado ou ter gerido sozinho as situações abusivas, o que pode estar relacionado com o contexto global de homofobia e com o receio de diversas formas de discriminação que afetam os homossexuais e os HSH na nossa sociedade (Avena, 2010).

Em suma, a violência entre parceiros íntimos ou sexuais faz parte das histórias e das trajetórias de alguns dos nossos inquiridos e, pelas suas implicações sérias quer na saúde das pessoas infetadas com o VIH/SIDA, quer no agravamento dos fatores de risco ao nível dos comportamentos sexuais das vítimas, afirma-se como um fenómeno que deve fazer parte da agenda pública.

“Somos todos seres humanos, independentemente da orientação sexual, que não é opção. Isto não é uma questão de opção, ninguém decide se é ou se passa a ser a ser homossexual. Porque se fosse uma questão de opção ninguém era homossexual, nomeadamente numa sociedade que discrimina, que aponta, que critica”.

Aníbal, 56 anos, Ensino Superior

Aníbal diz que apanhou o VIH “*certamente por contato sexual*”, com quem “*não faz ideia*”. Acabou por fazer o “*teste de despistagem*” porque numa relação de “*4 anos e meio nunca usou preservativo*”, nem tão pouco o parceiro. Esta relação acabou porque descobriu que ele o “*traía algumas vezes*” e então começou a “*ter relações com outros parceiros ocasionais e não foi fácil começar a utilizar proteção por iniciativa própria*”. Isto sucedia porque ora “*não se lembrava, ora o outro não dizia nada*”. Entretanto começou a sentir “*sintomas de umas infeções oportunistas*”, mas foi “*adiando*” até que “*entrou no hospital em estado terminal*”. Sobreviveu “*graças a duas transfusões de sangue*”. Quando soube do diagnóstico “*tinha muito medo e não queria que a mãe soubesse*”. No entanto, na “*altura a doença já não era considerada mortal*”. Todavia, afirmou para ele próprio: “*pronto cá estou eu para tratamento e sujeito a medicação para o resto da vida*”. Quando saiu do hospital sentia-se “*debilitado*” e sem “*interesse nenhum em termos sexuais*”, mas depois “*passado uns tempos*” mudou de “*opinião sobre como atuar numa relação sexual*”, sobretudo no que diz respeito à utilização do preservativo. Neste sentido, considera que não tem que revelar o seu estatuto serológico porque “*provavelmente se dissesse não haveria relação sexual*”, afirmando: “*eu pelo menos não teria se tivesse no lugar dele, ainda por cima sem ter a certeza se eu estaria infetado*”. Ao mesmo tempo, quando exigia o uso do preservativo os parceiros “*ficavam surpreendidos porque eles não estavam doentes*” e a primeira reação deles é “*porquê, achas que eu tenho alguma doença?*” E eu respondo: “*nem eu sei se tenho, nem tu sabes se tens, ou sabes?*”. Diz que teve “*várias vezes esta situação, inclusive com homens casados e eu pensava “Meu Deus, está aqui comigo e vai para casa ter relações sexuais com a mulher e a mulher inocentemente contrai e depois não sabe porquê*”. Por outro lado, refere que alguns parceiros rejeitam o uso do preservativo “*porque se utilizassem não tinham ereção. Depois há a questão do sexo oral, ninguém faz praticamente ou não gosta de fazer sexo oral com preservativo. (...) É muito difícil quem tiver relações sexuais homossexuais*”. Às vezes “*não se utiliza desde o início, eu digo*

por experiência, utiliza-se no ato sexual anal ou no sexo oral na altura ou um pouco antes da ejaculação e isso não garante proteção total”.

Considera que a homossexualidade está presente em todas as classes e meios sociais, apenas são diferentes as estratégias de ocultação: *“uns se não casarem são apontados como homossexuais pela família e pela vizinhança. Portanto, gente com dificuldades económicas, que vivem em bairros sociais e com pouca instrução a principal razão de casar é despistar a atenção, mas achar que não são, tipo “eu não sou, tenho umas curtes mas não aprecio homens”, é só para manter perante a sociedade que são heterossexuais. (...) Nas classes altas terão mais liberdade e independência financeira e não precisam de se assumir como homossexuais, podem ficar solteiros e não terem que dar satisfações”.*

Sobre o hospital onde é acompanhado diz que é *“impecável, do melhor que pode haver”.* Considera que deve haver campanhas de prevenção *“públicas e periódicas”.* Também acha que hoje os jovens assumem a sua orientação sexual mais facilmente e sem ser por via da prostituição: *“agora a maior parte dos gays novos, jovens com 16, 17, 18, 19 anos assumem-se e começam imediatamente devido à internet e à informação disponível a frequentar os meios gays. Se utilizam ou não preservativo não sei”.* Ou melhor sabe, afirmando: *“vejo indivíduos a ter relações comigo com 22 anos e a não quererem utilizar preservativo e eu fico a pensar: “das duas uma, ou tu já estás seropositivo e sabes e queres ver a minha reação, se quero utilizar ou não, ou então és muito inconsciente e irresponsável”.* Por isso, acha que os jovens *“deviam fazer o teste periodicamente”.*

5 Comportamentos de risco e proteção para a transmissão do VIH: elementos de autorregulação do comportamento

Estima-se que os HSH têm um risco de serem portadores de VIH, 19 vezes superior ao da restante população (AVERT, 2016). A explicação do maior risco de transmissão de VIH entre HSH faz-se pela combinação de aspetos comportamentais mas também biológicos. Uma das principais razões pelas quais os HSH são um grupo mais vulnerável perante o VIH reside precisamente no facto do sexo anal desprotegido acarretar um maior risco de transmissão da infeção VIH comparativamente ao sexo vaginal, uma vez que a mucosa anal é mais fina e bastante vascularizada, o que a torna mais suscetível a lesões e à abertura de uma porta de entrada do vírus na corrente sanguínea. O risco de transmissão de VIH através de sexo anal recetivo desprotegido é 18 vezes superior ao risco de transmissão através de sexo vaginal desprotegido (Baggaley, White & Boily, 2010). Acresce-se ainda que neste grupo há um potencial elevado de indivíduos com IST não diagnosticadas (AVERT, 2016), o que constitui um fator de risco adicional, dado que a condição de ser portador de uma outra IST os torna mais suscetíveis à transmissão da infeção por VIH.

Esta dimensão biológica de exposição ao risco não é, porém, um domínio onde se possa perspetivar uma intervenção direta com resultados que contrariem os seus efeitos. Antes, é na dimensão comportamental que teremos que concentrar esforços. Por um lado, porque esta é a dimensão que pode ser efetivamente modelada e autorregulada. Por outro lado, porque é nela também que está a possibilidade de contrariar os próprios efeitos acrescidos de exposição ao risco inerentes à dimensão biológica da prática de sexo entre homens.

Estabelecida a premissa analítica que procura focar a dimensão comportamental como fator de risco e não a dimensão identitária, segue-se a necessária tomada de posição em relação à forma como o próprio comportamento sexual é conceptualizado.

Historicamente, os psicólogos têm trabalhado o comportamento sexual como uma variável do foro pessoal/individual. A sexualidade é entendida, por isso, tendencialmente como um fenómeno biológico ou psicológico, resultado de impulsos, motivações e necessidades de um indivíduo (ver Buss, 1994 ou Symons, 1979). Na linha dessa tradição, muitos dos modelos teóricos tradicionais em

matéria de VIH e comportamentos sexuais têm dado maior ênfase a conceitos e a variáveis de base individual (Hobfoll, 1998). Elementos fundamentais para explicar e prever o risco de transmissão são, nestes modelos, o conhecimento e a informação que o indivíduo tem, as atitudes, as crenças e a perceção de risco que o indivíduo demonstra (vejam-se, como exemplos, o modelo de crenças na saúde de Becker, 1974, a teoria da ação racional de Ajzen e Fishbein, 1980, o modelo de redução do risco de SIDA de Catania, Kegeles e Coates, 1990 ou, ainda, o modelo de informação-motivação-comportamento de Fisher e Fisher, 1992).

Apesar da assinalável performance destes modelos na explicação e previsão do risco associado ao comportamento sexual, uma das críticas que lhes é dirigida com alguma frequência, nomeadamente da parte das abordagens sociológicas, tem a ver com a ignorância a que condenam os fatores de ordem sociocultural na explicação da forma como o comportamento sexual se constrói (Sheeran, Abraham & Orbell, 1999). Alguma investigação tem discutido, nessa linha, a forma como em populações diferentes podem ocorrer efeitos indiretos ou interações entre os fatores individuais e o risco de transmissão de VIH por mediação de fatores socioculturais. Nos Estados Unidos demonstrou-se, por exemplo, que a transmissão de informação sobre o VIH não é necessariamente uma forma eficaz de promoção de comportamentos sexuais mais seguros entre os homossexuais latinos (Diaz, 1998). Ou, ainda outro exemplo, a classe social, e tudo aquilo que constitui o conjunto de capitais e recursos que a definem, foi demonstrado que funciona como uma variável mediadora na relação entre o conhecimento sobre o VIH e a prática de sexo desprotegido entre homens gays australianos (Rodden, Crawford e Kippax, 1995).

Neste estudo procura-se manter a disponibilidade analítica para ambas as abordagens, articulando a relação entre fatores que remetem para a esfera individual e os comportamentos, mas colocando esta relação em perspetiva pela consideração de variáveis de controlo que remetem para os domínios mais estruturais da construção do comportamento e que têm a ver com posicionamentos no espaço social hierarquizado, com capitais escolares diferenciados, com processos de socialização etários, entre outros.

A metodologia de análise aos comportamentos sexuais, nesta pesquisa, tendo em vista a discussão dos fatores indutores e/ou dissuasores de risco no domínio da transmissão do VIH, envolveu inquirir os sujeitos sobre o número de parceiros e o tipo de parceiros e sobre um conjunto de comportamentos que podem ou não ocorrer antes, durante e após o ato sexual com esses parceiros. Na linha dos

trabalhos de Becker e Begum (1994) ou de Van Duynhoven, Nagelkerke e Van De Laar (1999), esta abordagem permite antecipar menos variabilidade, logo mais fiabilidade, na estimação do perfil de comportamento sexual dos indivíduos quando comparada a uma inquirição centrada no número e frequência dos atos sexuais. Por outro lado, e tal como discutem McFarlane e St Lawrence (1999) optou-se por uma moldura temporal de referência que oferecesse um espaço suficientemente amplo para registo de comportamentos, mas que não fosse tão amplo que dificultasse excessivamente a mobilização de informação para resposta às questões colocadas: aos sujeitos foi pedido que se referissem aos parceiros sexuais dos últimos 6 meses. Finalmente, o conceito de relação sexual com um homem foi clarificado na colocação da questão, referindo-se a relação sexual anal.

Os apuramentos gerais ao envolvimento dos inquiridos em relações sexuais com homens, à cronologia dessas relações, ao número de parceiros e ao tipo de relação com os parceiros permitiu identificar 3 grandes perfis que passaram a ser orientadores nas análises subsequentes:

- indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses, com um parceiro apenas e com relacionamentos estáveis (n=251; 38,6%);
- indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses com múltiplos parceiros e/ou em relacionamentos ocasionais (n=271; 41,7%);
- indivíduos sexualmente inativos nos últimos 6 meses, tendo em conta a definição de relação sexual apresentada (n=128; 19,7%).

Note-se que, no caso do segundo grupo, ter múltiplos parceiros não significa necessariamente que esses parceiros são simultâneos ou que se mantêm relacionamentos paralelos à relação estável. O que está em causa é a presença, num período de tempo específico (6 meses), de vários parceiros e/ou relacionamentos ocasionais. O objetivo é procurar perceber se a ocorrência de ocasionalidade no relacionamento sexual e/ou a vivência de múltiplas relações tem algum efeito diferenciador no comportamento sexual. Em 21 casos não foi possível classificar o inquirido dada a ausência de informação em uma ou mais das variáveis usadas para a classificação.

A análise aos comportamentos de risco procurou focar diferentes dimensões desses mesmos comportamentos, procurando não só identificar e discutir os padrões materiais da ação que os sujeitos desenvolvem, mas também as intencionalidades subjacentes a essa ação.

5.1 *Uso do preservativo e revelação do estatuto serológico*

No plano dos esforços de disseminação de informação sobre como evitar/prevenir a transmissão do VIH, tendo em vista a capacitação dos indivíduos para comportamentos protetores, tanto em relação a si, como em relação aos outros, e no que diz respeito ao subgrupo particular dos HSH, a prática de sexo seguro com uso de preservativo foi um dos elementos centrais. O objetivo, no fundo, passa pela disponibilização da informação necessária para que os indivíduos desenvolvam comportamentos de autorregulação. Nesse sentido, um dos indicadores importantes para perceber e discutir o risco de transmissão do vírus passa, precisamente, por tentar estabelecer a incidência de comportamentos de auto e heteroproteção.

Aos indivíduos na nossa amostra, que declaram ter mantido relações sexuais anais nos últimos 6 meses, foi pedido que indicassem qual a frequência com que utilizaram o preservativo. Os resultados, discriminados por perfil de comportamento sexual ativo, e apresentados no quadro 5.1 abaixo, apontam para uma tendência maioritária de adesão constante ao uso do preservativo, comum aos dois perfis, embora mais marcada entre aqueles que têm parceiros ocasionais. Porém, e apesar de maioritária essa tendência (entre 60% com os parceiros estáveis e 75% com os ocasionais), os valores das respetivas percentagens complementares quantificam aquelas que podem ser consideradas as persistentes margens de risco associadas à prática de sexo sem preservativo: 40% em relacionamentos estáveis e 25% em relacionamentos ocasionais/múltiplos.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 5.1. Modalidade de adesão ao uso de preservativo por perfil de comportamento sexual nos últimos 6 meses

	Sexualmente ativos com um parceiro estável		Sexualmente ativos com múltiplos parceiros e/ou relações ocasionais	
	n	%	n	%
Frequência de uso do preservativo com parceiro(s) estável				
Nunca	50	19,9	17	20,5
Raramente	10	4,0	2	2,4
Às vezes	10	4,0	7	8,4
A maior parte das vezes	24	9,6	7	8,4
Sempre	157	62,6	50	60,2
Total	251	100	83	100
Frequência de uso do preservativo com parceiro(s) ocasional	n	%	n	%
Com todos os parceiros	-	-	201	74,4
Com alguns parceiros	-	-	60	22,2
Com nenhum parceiro	-	-	9	3,3
Total	0	0	270	100

Complementarmente, para avaliação dos contextos serológicos de utilização do preservativo, perguntou-se aos inquiridos qual o estatuto serológico dos seus parceiros (Quadro 5.2). Os contextos de relacionamentos estáveis são marcados de forma dominante pelo conhecimento dessa informação (82% a 98% dos casos), dividindo-se de forma equilibrada esse estatuto entre seropositivos e seronegativos (o que refuta a ideia de que os indivíduos procuram para relacionamentos estáveis essencialmente parceiros seroconcordantes, tal como já discutido no capítulo anterior), os contextos de relacionamentos ocasionais são marcados, essencialmente, pelo desconhecimento do estatuto serológico dos parceiros (77,1% dos casos). Quando a análise incide sobre a informação que o próprio inquirido partilhou ou não sobre o seu próprio estatuto serológico, que é de seropositividade, com os seus parceiros sexuais, uma vez mais, no contexto de relacionamentos estáveis, a norma parece ser a da revelação (84,3% dos casos), o que deixa cerca de 16% em situação de ocultação ou omissão. No caso dos relacionamentos ocasionais, a ocultação e omissão tornam-se a norma (73,5% dos casos).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 5.2. Estatuto serológico dos parceiros sexuais e estratégias de revelação/ocultação do estatuto serológico

Estatuto serológico do(s) parceiro(s) estável	Sexualmente ativos com um parceiro estável		Sexualmente ativos com múltiplos parceiros e/ou relações ocasionais	
	n	%	n	%
Seropositivo	129	51,9	34	34,0
Seronegativo	113	45,4	43	43,0
Seropositivos e seronegativos	0	0,00	5	5,0
Desconhecido	7	2,8	18	18,0
Total	249	100	100	100
Estatuto serológico do(s) parceiro(s) ocasional	n	%	n	%
Seropositivo	-	-	14	5,9
Seronegativo	-	-	24	10,2
Seropositivos e seronegativos	-	-	16	6,8
Desconhecido	-	-	182	77,1
Total	0	0	236	100
O que disse sobre o seu estatuto serológico ao(s) parceiro(s) estável	n	%	n	%
Sou seropositivo	210	84,3	62	60,8
Sou seronegativo	7	2,8	2	2,0
Não sei o meu estatuto serológico	11	4,4	2	2,0
Não disse nada	21	8,4	36	35,3
Total	249	100	102	100
O que disse sobre o seu estatuto serológico ao(s) parceiro(s) ocasional	n	%	n	%
Sou seropositivo	-	-	72	26,6
Sou seronegativo	-	-	2	0,7
Não sei o meu estatuto serológico	-	-	5	1,9
Não disse nada	-	-	192	70,9
Total	0	0	271	100

A análise da iniciativa de uso de preservativo, quando este é utilizado (Quadro 5.3), sugere que, no domínio dos relacionamentos estáveis, essa é sobretudo negociada/partilhada (80,0% dos casos), enquanto que nos relacionamentos ocasionais se encontra mais dividida e centrada na iniciativa individual (em 56,9% dos casos é iniciativa do inquirido, em 39,7% dos casos é negociada). Sendo certo que trabalhamos com a representação subjetiva da iniciativa, os dados parecem

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

apontar para um baixo grau de exigência dos parceiros ocasionais em relação ao uso de preservativo, o que acaba por reforçar a ideia de que está tudo muito dependente do comportamento do próprio infetado.

Quadro 5. 3. Iniciativa de utilização do preservativo por perfil de comportamento sexual

	Sexualmente ativos com um parceiro estável		Sexualmente ativos com múltiplos parceiros e/ou relações ocasionais	
	n	%	n	%
Iniciativa de uso do preservativo com parceiro(s) estável				
Na maior parte das vezes eu	36	17,9	27	41,5
Na maior parte das vezes o(s) parceiro(s)	4	2,0	0	0,0
Às vezes eu outras vezes o(s) parceiros(s)	40	19,9	8	12,3
Na maior parte das vezes ambos	121	60,2	30	46,2
Total	201	100	65	100
Iniciativa de uso do preservativo com parceiro(s) ocasional				
Na maior parte das vezes eu	-	-	149	56,9
Na maior parte das vezes o(s) parceiro(s)	-	-	9	3,4
Às vezes eu outras vezes o(s) parceiros(s)	-	-	42	16,0
Na maior parte das vezes ambos	-	-	62	23,7
Total	-	-	262	100

Ora, na linha dos trabalhos inspirados pela teoria cognitiva social, sabemos que, infelizmente, a transmissão de informação por si só não é suficiente para induzir a adoção de comportamentos de redução de riscos: além da informação sobre os riscos e as formas de os controlar/minimizar, os indivíduos precisam de ter a motivação e os recursos comportamentais e de suporte social para concretizarem essa autorregulação (Bandura, 1994). Por essa razão, precisamente, é tão importante completar a análise das variáveis relativas à incidência do comportamento com variáveis que remetem, de alguma forma, para o plano das intenções e motivações para o comportamento. Estes primeiros resultados parecem dar corpo à importância dos contextos onde os comportamentos preventivos se concretizam. Se, globalmente, poderíamos pensar que o uso do preservativo é uma prática mais ou menos generalizada, os comportamentos que

remetem para o domínio da gestão da identidade de seropositivo e para a interação com os outros (eg. conhecimento e divulgação do estatuto serológico), onde permanecem ocultações que representam risco agravado, levanta algumas inquietações. O cruzamento dos dois domínios explicita isso mesmo. Focando os indivíduos que se enquadram no segundo perfil de comportamento sexual (múltiplos parceiros e/ou parceiros ocasionais), no total de 239 que declararam ter mantido relações sexuais anais com parceiros de estatuto serológico seronegativo ou desconhecido, 64 (26,8%) declararam nunca ou só às vezes usarem o preservativo.

5.2 Estratégias comportamentais de prevenção da transmissão do VIH

Uma outra estratégia para estimar a incidência de comportamentos de risco passou por pedir especificamente aos inquiridos que tomassem como referência a última vez que tinham tido uma relação sexual com um homem, entendendo por relação sexual uma relação com penetração anal. O foco num evento específico tem algumas vantagens em termos de fiabilidade da informação recolhida, tal como discutido na secção metodológica, mas oferecia igualmente a possibilidade de obter informação sobre aqueles que nos últimos 6 meses não tinham tido atividade sexual.

Focando os comportamentos de prevenção/risco de transmissão do vírus associados ao uso de preservativo durante a relação sexual, os resultados obtidos apresentam-se no quadro 5.4.

Quadro 5.4. Incidência do uso de preservativo durante todo o ato sexual por tipo de parceiro com quem ocorreu a última relação sexual (% calculada dentro das categorias de parceiro sexual)

	Parceiro estável		Parceiro ocasional	
	n	%	n	%
Utilização do preservativo durante todo o ato sexual				
Sim	289	70,3	203	79,6
Não	122	29,7	52	20,4
Total	411	100	255	100

Os resultados obtidos, quando a questão foca especificamente o último ato sexual, apontam para um quadro de risco que é genericamente semelhante àquele que emergiu da análise ao padrão de comportamento avaliado por referência a um período dilatado. Ou seja, há menos utilização do preservativo em contexto de relacionamento sexual estável do que em contexto ocasional, o que seguramente significa que a ocasionalidade do sexo será um fator importante de motivação para adesão ao comportamento preventivo; há uma margem de exposição ao risco de transmissão que apresenta valores na ordem dos 20% para os indivíduos que praticam sexo ocasional. Este dado é fundamental para perceber, eventualmente, os ritmos de progressão da infeção neste subgrupo populacional.

Quando se procuram perceber as razões para não utilizar o preservativo, e olhando para os motivos que são mais vezes selecionados, parecem emergir 3 grandes ordens de razões (Quadro 5.5):

- razões relacionadas com a perceção de risco baixo de transmissão, nomeadamente porque a carga viral estaria indetetável;
- razões relacionadas com a estabilidade do relacionamento;
- razões relativas ao hedonismo no ato sexual, a procura de prazer e o relaxamento.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 5.5. Razões apontadas para a não utilização do preservativo durante o último ato sexual (mais do que uma resposta possível)

Razões para não utilização do preservativo durante todo o ato sexual	n	%
Acreditava que o risco de transmissão de VIH era muito baixo	45	26,3
Não penso muito sobre uso de preservativo	9	5,3
Não gosto de usar preservativos	37	21,6
O meu parceiro queria ter relações sexuais sem preservativo	36	21,1
Não me sinto muito à vontade para falar com o parceiro sobre o uso de preservativo	7	4,1
Naquele momento não tinha um preservativo	13	7,6
É mais agradável e proporciona uma maior intimidade sem preservativo	48	28,1
Entusiasmei-me	29	17,0
Estava sob influência de drogas e/ou álcool	6	3,5
Os preservativos dificultam ter uma ereção	15	8,8
Sinto-me mais relaxado por ter relações sexuais sem preservativo	18	10,5
Para mim é-me indiferente usar ou não usar	7	4,1
Segundo o meu último exame, a minha carga viral está indetetável	48	28,1
Estávamos muito excitados e o preservativo iria quebrar com essa excitação	10	5,8
Sinto-me livre, quando não uso preservativo	9	5,3
Estou numa relação estável e por isso não preciso de usar preservativo	53	31,0
O meu parceiro também é seropositivo	14	8,2

n = 122

No domínio das estratégias que os indivíduos utilizam para redução do risco de transmissão do VIH incluem-se outros comportamentos que não exclusivamente o uso de preservativo. Focando, uma vez mais, o período de tempo de 6 meses antes da inquirição, pediu-se aos indivíduos sexualmente ativos que tivessem tido relações sexuais com parceiros seronegativos ou com estatuto serológico desconhecido que indicassem se recorriam ou não à ingestão de medicação antirretroviral após o ato sexual pelo parceiro sexual, à retirada do pénis antes da ejaculação ou, ainda, à escolha de um papel determinado no ato sexual (passivo ou ativo). Nem todos os inquiridos se mostraram disponíveis para responder a estas questões, razão pela qual os totais em cada indicador ficam abaixo do total elegível. As leituras são, por isso, necessariamente cautelosas, embora apontem em alguns sentidos que importa assinalar (Quadro 5.6).

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 5.6. Utilização de estratégias de prevenção da transmissão do VIH entre os indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses e no âmbito de relações onde o estatuto serológico do inquirido é conhecido para o parceiro

Recurso a medicação PEP	n	%
Sim, pelo menos um parceiro tomou	10	5,7
Não	164	94,3
Total	174	100
Recurso à retirada do pénis antes da ejaculação	n	%
Sim	93	49,7
Não	94	50,3
Total	187	100
Recurso à adoção de um papel específico na relação	n	%
Não, fui sempre o parceiro ativo (penetrei o meu parceiro)	26	48,1
Sim, fui sempre o parceiro passivo	28	51,9
Total	54	100

Assim, destaca-se em primeiro lugar a utilização muito marginal de medicação antirretroviral, medicação que, de qualquer forma, não está disponível de imediato, antes implicando o recurso a algum tipo de serviço de saúde para dispensa da medicação, ou, em alternativa, a sua aquisição diretamente pelo sujeito, ato que implica a mobilização de recursos monetários consideráveis que afastarão essa possibilidade, pelo menos como comportamento regular. Tendência diferente regista-se para o recurso à retirada do pénis antes da ejaculação, onde cerca de metade dos sujeitos admite utilizar esse comportamento como estratégia para impedir a transmissão do VIH. O papel assumido no ato sexual (passivo ou ativo) acabou por apresentar contingentes muito marginais, embora equilibradamente distribuídos, sobretudo porque para os restantes, a resposta mais frequente foi que a posição assumida no ato sexual não se define pelo risco de transmissão do VIH.

5.3 *Barebacking e a procura intencional do risco*

Já desde meados da década de 1990 que a literatura discute a importância da procura intencional de comportamentos sexuais de risco em algumas comunidades de HSH como fator explicativo para os aumentos nas taxas de novas infeções pelo VIH, mas também para surtos de algumas doenças sexualmente transmissíveis, tais como a gonorreia ou a sífilis que, depois de algum tempo de consolidada curva descendente, voltaram a crescer na sua incidência (Fox et al., 2001). Investigação levada a cabo nos Estados Unidos nos finais da década de 1990 sugeria que este fenómeno do comportamento intencional de risco era particularmente frequente entre os indivíduos mais jovens e entre aqueles que se assumiam como bissexuais (Koblin et al., 2000; Velleroy et al., 2000). A prática intencional de relações sexuais anais sem preservativo aparece, nesse domínio, como um dos comportamentos de maior risco que se tornou popular em muitas comunidades *gay*, um pouco por todo o mundo.

Na nossa amostra procurou-se perceber, por um lado, se os indivíduos estavam sequer familiarizados com esse tipo de comportamento, reconhecendo o termo e, se sim, se o praticavam. Os dados apontam para um reconhecimento do termo que surge praticamente na mesma proporção do seu desconhecimento (50,2% da amostra declara que conhece o termo *barebacking*). Entre aqueles que declaram conhecer o termo, 29,2% declaram tê-lo praticado nos últimos 12 meses, o que corresponde a um total de 14,6% da amostra total (98 casos).

Tradicionalmente, no domínio da saúde pública e da análise do comportamento sexual de risco para a transmissão do VIH, a não utilização do preservativo era interpretada como resultado de desleixo ou de alguma incapacidade para utilizar de forma consistente práticas sexuais seguras. Ora, a emergência de fenómenos como o *barebacking sex* vêm demonstrar que as explicações para o comportamento sexual de risco podem ser mais complexas, nomeadamente porque se trata de um comportamento que é intencional e premeditado.

Alguns investigadores têm discutido a importância de considerar os contextos onde o *barebacking* ocorre na apreciação do risco que efetivamente representam em termos de propagação do VIH. Assim, alguns têm sugerido que a sua ocorrência em contexto de relações estáveis em que ambos os parceiros são seropositivos pode ter um risco não significativo para os indivíduos dadas as incertezas que existem em relação à superinfeção (Halkitis, Parsons & Wilton, 2003) e dadas as próprias dinâmicas complexas de vivência da sexualidade em

contexto de afetos. Situação diferente, porém, é aquela que se coloca em contexto de ocasionalidade no ato sexual.

O que os nossos dados sugerem é, efetivamente, uma maior incidência do *barebacking*, quer em termos de reconhecimento do termo, quer em termos de adesão à prática do mesmo, entre aqueles que apresentam um perfil de comportamento sexual nos últimos 6 meses marcado pela multiplicidade de parceiros e/ou ocasionalidade dos relacionamentos sexuais (Quadro 5.7).

Quadro 5.7. Reconhecimento e prática de *barebacking*

	Sexualmente ativos com um parceiro estável		Sexualmente ativos com múltiplos parceiros e/ou relações ocasionais		Sexualmente inativos nos últimos 6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Já ouviu falar de uma prática chamada <i>barebacking</i>						
Sim	101	40,2	177	65,3	43	33,6
Não	150	59,8	94	34,7	85	66,4
Total	251	100,0	271	100,0	128	100,0
Nos últimos 12 meses praticou <i>bareback</i>						
Sim	24	23,8	61	34,7	5	11,6
Não	77	76,2	115	65,3	38	88,4
Total	101	100,0	176	100,0	43	100

5.4 Engates na Internet: as novas plataformas de procura de parceiros entre HSH

Um tema emergente na literatura sobre comportamento sexual de risco entre HSH é o do recurso à Internet e às suas inúmeras plataformas de interação virtual como espaços de “engate” para quem procura relacionamentos e, concretamente, parceiros sexuais. Investigação levada a cabo na Holanda, por exemplo, demonstrou que a Internet é um dos locais de encontro mais populares na atualidade para os HSH, aparecendo com mais relevância do que alguns espaços tradicionalmente associados à comunidade *gay* como, por exemplo, bares *gay* e saunas. Os resultados dessa investigação concluem, ainda, que essa

popularidade se verifica entre indivíduos com diferentes perfis demográficos mas que se faz, invariavelmente, acompanhar de uma incidência maior de comportamentos sexuais de risco do que a que se verifica na população geral de HSH (Hospers et al., 2005).

Na nossa amostra foi possível perguntar aos indivíduos onde tinham conhecido alguns dos seus parceiros sexuais. Olhando para os locais onde se conhecem os parceiros ocasionais, emergem de forma destacada as plataformas virtuais, assinaladas como meio de recrutamento de parceiro ocasional, pelo menos uma vez, por quase 57,6% dos indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses e que tiveram pelo menos 1 parceiro ocasional. Note-se que alguns dos espaços que tradicionalmente se assinalavam na literatura como locais privilegiados de encontro em relações homossexuais ocasionais (eg. sauna, cinemas de pornografia, festa de sexo *gay*) aparecem com incidências muito marginais ou tão residuais que não podem ser reportadas (Quadro 5.8).

Quadro 5. 8. Principais locais de encontro de parceiros ocasionais indicados pelos indivíduos sexualmente ativos nos últimos 6 meses e com pelo menos um parceiro sexual ocasional

Locais de encontro	n	%
Internet	156	57,56
Pub/bar/discoteca <i>gay</i>	74	27,31
Locais públicos de engate	68	25,09
Através de amigos	33	12,18
Trabalho	23	8,49
Sauna	15	5,54

n=271

Quando focamos o contexto da relação estável com o parceiro atual ou quando olhamos para o local onde se conheceu o primeiro parceiro sexual masculino, uma vez mais a Internet aparece no lugar de liderança, tal como já discutido no capítulo anterior. Ou seja, não estamos a falar de um fenómeno que se restrinja ou se associe exclusivamente a comportamentos ocasionais. Essa transversalidade, inclusive, reforçará a importância de pensar abordagens

preventivas e educativas ao risco adaptadas a estas novas plataformas de interação social e sexual.

Na linha do que já vêm sugerindo outros estudos, noutros contextos nacionais, a expressão destas novas modalidades de interação sugere que é fundamental incluir nas estratégias de disseminação de informação e modelação de comportamentos estes espaços virtuais. Alguns estudos experimentais têm sugerido que estratégias como *text messaging* (Rebak et al., 2005) ou interação com *chatters* seropositivos (Hosper et al., 2005) podem ser mecanismos interessantes para a prevenção de comportamentos de risco e contenção da transmissão do VIH.

Considerando estes três tipos de situação de recrutamento de um parceiro sexual: o primeiro relacionamento; o relacionamento estável atual; um parceiro ocasional, procurou perceber-se quais são os traços distintivos destes utilizadores de plataformas virtuais.

Confirmando o que já foi encontrado em investigação equivalente (Hosper et al., 2005), também na nossa amostra onde se incluem 310 casos de indivíduos que, em algum momento, recrutaram um parceiro via Internet (46,2% da amostra total), não é possível identificar um perfil sociodemográfico específico.

Os perfis etários são variáveis, embora apareçam como residuais os sujeitos com mais de 55 anos, algo que pode estar associado a algum efeito geracional no uso da Internet, mas ao mesmo tempo algo que desmistifica a ideia de que seria uma prática sobretudo dos mais jovens. Note-se que cerca de 44% dos sujeitos neste grupo têm idades entre 35 e 54 anos. São indivíduos com um perfil de escolaridade que tende a ser média ou elevada e em termos profissionais, apesar da muita variação, indivíduos onde se regista uma relativa ausência das profissões menos qualificadas ou com menor estatuto socioprofissional.

Uma ronda de análises centradas na temática dos perfis de vivência dos relacionamentos sexuais com homens e nas questões de risco aponta para algumas conclusões que, não descolando significativamente dos padrões gerais já antes discutidos para a amostra global, indicam a presença de comportamentos de risco nestes utilizadores de plataformas virtuais, reforçando a convicção de que haverá vantagens na diversificação dos canais de implementação das estratégias de prevenção ao nível das campanhas de saúde pública. Assim, verifica-se que cerca de 60% destes indivíduos inserem-se no grupo dos indivíduos sexualmente ativos com múltiplos parceiros e/ou parceiros ocasionais nos últimos 6 meses e, embora a adesão ao uso constante de preservativo seja

dominante, é de assinalar que permanece elevado o comportamento de risco associado ao seu uso ocasional ou ao seu não uso – mais de 25% dos indivíduos com relacionamentos ocasionais.

5.5 Relações sexuais com parceiras femininas

Embora na amostra de inquiridos existam cerca de 26% de indivíduos que, com diferentes graus de intensidade, combinam atração sexual por homens com a atração sexual por mulheres, em apenas 35 casos, num contingente de 5,2% do total da amostra, os indivíduos inquiridos declaram ter tido, nos últimos 6 meses, um relacionamento sexual com pelo menos uma mulher. Este é um volume que pode ser considerado relativamente marginal se atentarmos no seu peso em relação ao total e que pode estar sub-representado na nossa amostra em virtude dos procedimentos de seleção amostral utilizados. Mesmo com este peso marginal, o tema mantém a sua relevância, nomeadamente pelas implicações que pode ter ao nível da propagação da infeção.

Para a larga maioria dos sujeitos neste grupo, estamos a falar de relacionamento sexual com apenas uma parceira, embora o facto de o ato acontecer com uma parceira apenas não seja sinónimo de que acontece no âmbito de uma relação estável (Quadro 5.10). Na realidade, apenas em 14 sujeitos (40,0%) a relação sexual acontece com uma parceira estável; nos restantes 60,0% dos casos o ato sexual aparece associado à ocasionalidade no relacionamento.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 5. 10. Distribuição dos indivíduos que declararam ter mantido relações sexuais com mulheres nos últimos 6 meses por indicadores selecionados

Número de parceiras	n	%
1	26	74,3
2 ou mais	9	25,7
Total	35	100,0
Tipo de parceiras femininas	n	%
Estáveis	14	40,0
Ocasionais	21	60,0
Total	35	100,0
Frequência de uso do preservativo	n	%
Nunca/pouco	3	8,6
Às vezes/a maior parte das vezes	5	14,3
Sempre	27	77,1
Total	35	100,0
Estatuto serológico da parceira	n	%
Seronegativa	18	51,4
Seropositiva	4	11,4
Desconhecido	13	37,2
Total	35	100,0

Os dados, embora limitados pela pequena dimensão do subgrupo amostral em análise, não parecem sustentar de forma clara a ocorrência de atos sexuais com mulheres, nesta população, no contexto de relacionamentos conjugais heterossexuais: dos indivíduos que declaram ter tido relação sexual com parceira estável, apenas metade declara como estado civil “casado/união de facto”. Note-se, porém, que, no total de inquiridos, onde apenas se registam 14 casos a viver com esposas/companheiras, 9 declaram ter mantido relacionamento sexual com parceira feminina. Ou seja, se a ocorrência de relacionamento com parceira feminina não se associa necessariamente ao contexto de conjugalidade heterossexual, este contexto, a verificar-se, parece propiciar, como seria de esperar, a ocorrência do ato sexual.

Os relacionamentos sexuais com mulheres, seja em relações estáveis, seja em relações ocasionais, são marcados, globalmente, por uma adesão mais dominante a práticas de sexo seguro, nomeadamente com o uso constante de preservativo (78% e 76% respetivamente). Isso, porém, significa que, em mais de 20% das

situações há comportamento de risco de transmissão do vírus associado à não utilização constante do preservativo.

Como podemos concluir dos nossos limitados dados, o risco existe e a transmissão do vírus para as mulheres com origem em homens que têm sexo com outros homens é, ainda, uma realidade. Repare-se que, em cerca de 90% dos casos, a relação sexual dos nossos inquiridos deu-se com parceiras seronegativas ou de estatuto serológico desconhecido. Mais ainda, verificou-se que no caso de relações ocasionais, em mais de metade dos casos o estatuto serológico da parceira é desconhecido. Poder-se-á inferir daí que se é desconhecido para o inquirido, também seria desconhecida a seropositividade do inquirido para a parceira. De qualquer forma, estes são resultados que parecem apontar no sentido das relações ocasionais serem marcadas por trocas limitadas de informação sobre o estatuto dos parceiros em interação o que, combinado com a ocorrência de relações sexuais desprotegidas, configura um contexto de risco de infeção não negligenciável.

Da análise aos diferentes indicadores de caracterização sociodemográfica, e embora com muitas limitações dado o número reduzido de casos em análise, emerge uma regularidade de assinalar na ocorrência de atos sexuais com parceiras femininas: enquanto que a baixa escolaridade (até ao ensino básico), na população que não tem relações sexuais com mulheres, não chega aos 28%, no grupo que tem relações sexuais com mulheres essa proporção ultrapassa um pouco os 45%. Este é um dado a reter para perceber a variedade de formas como se vive a sexualidade em contextos sociológicos marcados por diferentes capitais escolares, mas também para perceber os contextos e os recursos daqueles a quem as estratégias de prevenção se dirigem.

5.6 Consumos abusivos e comportamentos de risco

Já é antiga na literatura a discussão sobre as dificuldades metodológicas que se colocam quando se procura analisar a correlação entre comportamento sexual de risco e consumos abusivos de substâncias como álcool ou drogas, levando mesmo a que se ergam algumas dúvidas sobre os enviesamentos decorrentes da forma como são medidos os consumos, por um lado, e a sua relação com o comportamento sexual por outro (Leigh & Stall, 1993). De qualquer modo, e pese embora as limitações e os desafios metodológicos, são inúmeros os relatos na literatura sobre a forma como o uso de álcool ou drogas está relacionado com o

comportamento sexual de alto risco para a infeção por VIH. Se o uso de substâncias leva a atividade sexual de risco, então compreender a dinâmica dessa relação pode contribuir para a definição de estratégias e esforços preventivos e educativos para conter a propagação do vírus.

Num primeiro momento, procuramos problematizar a associação de consumos, assinalados apenas enquanto presença de consumo, à ocorrência de comportamento sexual de alto risco para a transmissão do VIH, nomeadamente a concretização de atos sexuais desprotegidos. Focamos, para efeitos de medição, a associação de consumos ao tipo de parceiro com que se teve a última relação sexual (estável ou ocasional) e ao uso de preservativo no último ato sexual praticado (sim ou não). Os resultados acabaram por revelar que não há qualquer tipo de associação entre a presença de consumo e os dois indicadores acima identificados, sendo estatisticamente idêntica a ocorrência de relacionamentos ocasionais (cerca de 38% dos casos tanto entre consumidores como entre não consumidores de álcool e drogas) e a não utilização de preservativo no último ato sexual (cerca de 25% dos casos em ambos os grupos de consumo).

Num segundo momento, e para testar a associação entre a frequência dos consumos e a maior disponibilidade para o envolvimento em comportamentos sexuais de risco, refizeram-se as análises descritas acima mas focando, apenas, nos que declararam consumo e controlando o efeito do mesmo em função da sua regularidade. A regularidade do consumo foi definida em função da identificação da última vez em que se verificou o consumo - quem consumiu a substância nas últimas 24 horas ou na última semana foi considerado consumidor regular; quem declara ter o consumo há mais de uma semana, foi considerado consumidor irregular. Uma vez mais, porém, os cruzamentos são inconclusivos, sugerindo que a incidência de comportamentos de risco não se associa, necessariamente, a um consumo mais regular. De facto, e retomando os dois indicadores de comportamento sexual de risco usados antes, mais uma vez temos uma taxa de cerca de 25% de não utilização do preservativo durante o último ato sexual, tanto entre consumidores regulares como entre consumidores irregulares de álcool. Assim como, uma vez mais, a percentagem de relacionamentos ocasionais é igual nos dois grupos (cerca de 40%).

O questionário que foi usado neste estudo incluía, porém, algumas questões que mediam, de forma mais explícita, a associação do consumo de álcool e droga à atividade sexual, nomeadamente quando ao inquirido era pedido que indicasse as razões pelas quais consome álcool e drogas. Para identificar, por aproximação,

aqueles onde o consumo de álcool/drogas ocorre em mais clara associação à modelação do comportamento sexual, consideraram-se as seguintes condições: ou o inquirido declara que consome álcool/droga antes/depois do sexo; ou declara que quando consome álcool/droga tem relações sexuais com pessoas com quem não teria se não tivesse consumido; ou declara que quando consome fica mais recetivo a ter comportamentos sexuais de risco. No total são 77 os casos que assinalam estas como razões para o consumo de álcool/drogas, representando cerca de 11,5% da amostra.

A análise dos indicadores sobre comportamento sexual, a partir deste agrupamento, deixa-nos, porém, com resultados mistos. Por um lado, no que diz respeito ao tipo de parceiro com quem se teve a última relação sexual, é entre aqueles que associam consumos a ato sexual que se verifica a maior presença de parceiros ocasionais (53,2% contra 36,5% nos que não associam consumos a ato sexual). Porém, quando olhamos para a incidência de utilização de preservativo, quer consideremos todos os tipos de parceiros, quer restrinjamos aos parceiros ocasionais, a adesão ao uso do preservativo é a mesma entre indivíduos que associam consumos a ato sexual ou não. Ou seja, se o consumo parece, de facto, induzir a algum relaxamento facilitador do envolvimento com parceiros ocasionais, os dados não sustentam que isso tenha efeito ao nível da redução da adoção de comportamentos seguros com esses parceiros em relação ao que parece ser a norma geral.

5.7 Identidade sexual e comportamentos de risco

Há pouca investigação sobre a importância que fatores relacionados com a vivência da identidade e da orientação sexual têm nos comportamentos sexuais de risco para o VIH. Assume-se, no fundo, que o comportamento sexual é, ele próprio, definidor da identidade sexual, o que acaba por dar origem a modalidades de intervenção no campo das políticas de prevenção que são relativamente redutoras na sua abordagem. Autores como Blake et al. (2001) ou Saewyc et al. (2006) têm orientado projetos de investigação focando minorias sexuais, maioritariamente entre jovens, que parecem sustentar que dentro do grupo amplo dos HSH há variação nas modalidades de construção e vivência da orientação sexual e da identidade sexual, quer no contexto da auto quer no contexto da heterodefinição, e que esta variação, por sua vez, se associa a alguma variação nos comportamentos sexuais em termos de exposição ao risco.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Na linha deste tipo de problematização, procurou-se perceber se, no caso da amostra de HSH constituída para este estudo, as variáveis relativas à forma como o indivíduo autorrepresenta a sua orientação sexual e a sua identidade sexual introduziam, ou não, alguma variação no domínio dos comportamentos sexuais. Focou-se, em particular, os indicadores relativos à última relação sexual. Genericamente, os dados recolhidos neste estudo parecem seguir na mesma direção de trabalhos como os citados acima, sugerindo que a prática sexual não é totalmente independente de questões de orientação e identidade sexual.

Quadro 5.11. Tipo de parceiro e uso de preservativo na última relação sexual por indicadores de orientação e identidade sexual

	Por quem se sente sexualmente atraído			
	Só por homens		Por homens e mulheres	
	n	%	n	%
Último parceiro: estável	316	64,4	95	54,9
Último parceiro: ocasional	175	35,6	78	45,1
Usou preservativo	356	73,1	132	76,3
Não usou preservativo	131	26,9	41	23,7

	Orientação sexual					
	Sou <i>gay</i> ou homossexual		Sou bissexual		Não uso definições	
	n	%	n	%	n	%
Último parceiro: estável	339	65,1	43	52,4	28	50,9
Último parceiro: ocasional	182	34,9	39	47,6	27	49,1
Usou preservativo	382	68,6	63	76,8	37	68,5
Não usou preservativo	175	31,4	19	23,2	17	31,5

	Enquadramento na comunidade <i>gay</i>			
	Enquadro-me na comunidade <i>gay</i>		Não me enquadro na comunidade <i>gay</i>	
	n	%	n	%
Último parceiro: estável	219	65,4	182	56,7
Último parceiro: ocasional	116	34,6	139	43,3
Usou preservativo	382	68,6	63	76,8
Não usou preservativo	175	31,4	19	23,2

Quando focamos o comportamento a partir da dicotomia parceiro estável/parceiro ocasional, verificamos que, à semelhança de Eisenberg (2001), também na nossa amostra os indivíduos que declaram orientação sexual que envolve parceiros de ambos os grupos de género têm maior probabilidade de se envolver em relacionamentos ocasionais (Quadro 5.11). O mesmo se aplica quando a comparação é feita a partir da auto-classificação com rótulos identitários: aqueles que se auto-classificam como *gays* ou homossexuais ou que afirmam enquadrar-se na comunidade *gay*, têm uma probabilidade menor de se envolverem com parceiros ocasionais. Ou seja, agrega-se alguma evidência que parece apontar no sentido de a clarificação da orientação sexual e da autorrepresentação da identidade sexual se fazerem acompanhar mais frequentemente de relacionamentos sexuais estáveis, previsivelmente com menor número e variedade de parceiros.

Isto não se traduz, necessariamente, numa igual capacidade discriminante quando o foco recai sobre o ato sexual em si e a utilização de preservativo. Na realidade, a maior ocasionalidade dos relacionamentos entre indivíduos atraídos por ambos os sexos ou entre indivíduos que se classificam como bissexuais ou sem identidade definida não se traduz numa maior incidência de exposição ao risco pela não utilização de preservativo. Pelo contrário, é entre os homossexuais e os que se autodenominam fazer parte da comunidade *gay* que temos uma maior adesão ao ato sexual sem preservativo, com incidências superiores a 30% dos casos.

5.8 Conclusões

Neste ponto do relatório procurou problematizar-se, a partir de diferentes perspetivas e dimensões, quais os fatores que aparecem com alguma capacidade discriminante no campo do envolvimento dos sujeitos em comportamentos sexuais de risco ou, complementarmente, em comportamentos sexuais seguros.

Os primeiros resultados permitem esboçar algumas tendências mais ou menos marcantes que importará destacar, nomeadamente para perceber quais são as dimensões e os fatores que se constituem como elementos persistentes de risco para a transmissão do VIH. Assim, e como traço mais marcante, pese embora o facto de a maioria dos inquiridos ter declarado que utiliza sempre o preservativo em relações sexuais anais, ainda se sinalizam proporções que variam entre os 20% e os 30% de situações em que o uso do preservativo não ocorre de forma

sistemática. Ao lado desta ainda instável utilização sistemática do preservativo, observa-se uma continuada dificuldade na gestão da identidade de seropositivo na interação com os outros, com contingentes muito elevados de HSH a declararem ocultar o seu estatuto serológico aos parceiros sexuais e a afirmarem desconhecer o estatuto serológico dos mesmos (sobretudo se ocasionais).

Mais do que qualquer determinante do foro sociodemográfico, o elemento diferenciador por excelência remete para algum tipo de trajetória ou história individual na construção da vida sexual e dos relacionamentos com os outros. Em todos os indicadores selecionados para apreciar risco associado a comportamento sexual, é entre os indivíduos que apresentam comportamentos sexuais marcados pela presença de múltiplos parceiros e/ou parceiros ocasionais que se sinalizam maiores níveis de risco, seja no domínio da utilização do preservativo, seja no domínio da não revelação do estatuto serológico a parceiros sexuais, seja, ainda, ao nível do conhecimento do estatuto serológico desses parceiros.

A análise de dimensões menos convencionais e mais contemporâneas dos comportamentos sexuais em HSH aponta precisamente na mesma direção. Mais do que diferenciações sociodemográficas, é no perfil de vivência da vida sexual que encontramos as grandes diferenciações: é entre os indivíduos que mantêm múltiplos parceiros e/ou parceiros ocasionais que temos maior adesão à procura intencional do risco através da prática do *barebacking* ou a maior apetência para utilização das plataformas virtuais como espaços privilegiados de encontro de parceiros sexuais.

Multiplicação de parceiros e ocasionalidade dos relacionamentos parecem ser, efetivamente, os grandes fatores de caracterização da maior exposição a comportamentos que comportam risco elevado de transmissão do VIH. Assumindo que a regulação do comportamento por imposição de uma normatividade monogâmica não será uma abordagem aceitável no plano da saúde pública, reveste-se de particular importância o reconhecimento da necessidade de focar os esforços de prevenção nos espaços (materiais e imateriais) e nos conteúdos (materiais e imateriais) que acompanham a ocasionalidade e a multiplicidade de parceiros, para uma mais eficaz prevenção da disseminação da infeção pelo VIH.

“Não posso culpar a falta de informação, não sei se ingenuidade, mas era um bocado, não sei. Combinando toda a parte emotiva, a parte da descoberta sexual e tudo isso, com alguma falta de clareza sobre as consequências que poderia ter”.

(Rui, 32 anos, Ensino Superior)

Rui contraiu o vírus muito cedo, *“nas primeiras relações sexuais”* que teve, *“esporádicas, mas de sexo não seguro”*. Fez o teste porque estava a começar uma relação estável e *“decidiram tomar essa iniciativa”*. Quando tomou conhecimento do diagnóstico diz que teve *“uma noção muito clara da mortalidade, do ser mortal, até porque o diagnóstico foi numa tenra idade, estava praticamente no início da idade adulta”*. Apesar de sentir que *“as consequências de todos os atos são duras”*, acabou por perceber que não era *“propriamente um diagnóstico terrível. É grave, é uma doença crónica, tem consequências claras a longo prazo, mas não é uma sentença de morte”*. A nível psicológico também sentiu *“algumas mazelas”* ao ponto de ter demorado *“a engrenar no quotidiano”*. O impacto também se fez sentir nos relacionamentos íntimos porque *“há ali logo outro tipo de bloqueio, sobretudo quando começa a haver maior intimidade. (...) Há sempre o perigo de contaminar alguém querido”*.

Desde a adolescência que teve *“uma percepção clara”* da sua orientação sexual. Apesar de não ter sido fácil, sentiu-se *“apoiado pelos amigos. Pela família foi mais tarde”*, por isso, não sentiu *“grande pressão ou discriminação do que quer que seja”*. Também não sentiu necessidade de partilhar o diagnóstico com a família porque pensa que *“demasiado alarmismo ainda é pior”*, exceto com um dos seus membros. Atualmente está numa relação *“estável e monogâmica”* afirmando que ele e o companheiro estão *“bastante bem e felizes”*. Na verdade a relação com este companheiro renasceu quando Rui contactou os antigos parceiros sexuais para os *“esclarecer”*, do seu *“estado serológico”*, principalmente aqueles com quem teve *“alguma situação de risco”*.

Apesar de se sentir *“privilegiado”* porque tem acesso a cuidados de saúde e a medicação, considera que *“há uma série de coisas em que a infeção é um impedimento, coisas muito práticas como a compra de casa ou a entrada em certos países”*. A este propósito refere que teve *“de reformular uma série de viagens por via profissional porque, na verdade, tinha a entrada vedada em alguns países”*. E indaga: *“como é que eu lido com isto com a entidade patronal que tem completo desconhecimento da minha condição de saúde? Tentar gerir estes pormenores que parecem muito pequenos, mas que têm consequências, quer dizer, tenho que tentar encobrir certos aspetos, não revelar tudo”*.

Considera que os *“serviços de saúde prestados em Portugal, na verdade, até são bastante bons”*. E esta é uma das razões pelas quais não sai do país, *“é a boa qualidade*

de serviços” o que para ele “vai ser uma constante e uma necessidade”. Todavia, sente que “os tempos de cada consulta têm sido cortados ano após ano e que os próprios profissionais sentem que a atenção que podem dar a cada doente é reduzidíssima”. Mas até agora não sentiu “absolutamente nenhuma falta de capacidade dos médicos. Parecem-me bem informados e com alguma sensibilidade para os pacientes, mas sempre muito limitados em termos de tempo”. Pensa que hoje em dia “há um certo relaxamento social e coletivo em relação à doença”, que “não há uma consciencialização para o VIH porque o flagelo diminuiu, pelo menos na Europa. Mas nota-se que está a acentuar de novo até porque os tratamentos são bastante eficazes e isso está a ter um efeito perverso na atitude das pessoas”. Por mais eficaz que seja a informação sobre a transmissão do VIH, diz que isso não chega. “É preciso haver consciência do que pode ser todo o pós infeção. O tratamento inicialmente é uma coisa terrível, tem uma enorme lista de efeitos secundários. É possível viver, claro que sim, é possível uma margem de vida menor, atendendo ao início da doença, mas tem implicações no quotidiano, principalmente se a pessoa levar isto com alguma responsabilidade e tiver muito cuidado”. Por outro lado, recorda que “infelizmente todo o estereótipo, todo o peso à volta da doença é ainda muito presente”.

6 Conhecimento, atitudes e práticas de prevenção no domínio da transmissão do VIH

Quando fazemos a revisão dos programas e políticas de intervenção no domínio da prevenção da transmissão do VIH, pese embora os significativos desenvolvimentos na literatura especializada sobre mudanças comportamentais no campo do risco associado ao VIH, verificamos que muitas das decisões e ações são relativamente intuitivas ao invés de baseadas nas coordenadas teóricas disponíveis. Nesse sentido, são intervenções direcionadas mais frequentemente para o esforço de mudança de padrões gerais de comportamento (eg. encorajando as pessoas a adotarem práticas sexuais seguras) e menos para o desenvolvimento de inclinação e capacidade dos indivíduos implementarem ações específicas de redução de risco. Adicionalmente, poucas vezes se observam esforços de avaliação prévia à intervenção da informação de base, da motivação para a redução do risco de transmissão do VIH ou dos recursos que os indivíduos detêm para efetivamente implementar comportamentos de redução de risco.

Nos últimos anos tem crescido, de alguma forma, a convicção da importância destes elementos, sobretudo fruto da linha de investigação que procura associar algum do recrudescimento na infeção por VIH entre subgrupos específicos da população como, por exemplo, os HSH, a algumas mudanças ao nível de atitudes e representações sobre o próprio risco, sobre a eficácia das diferentes medidas de ajustamento comportamental e sobre noções de responsabilidade individual no campo da prevenção da transmissão do VIH. Neste ponto procura-se, precisamente, problematizar estas questões olhando para um conjunto de dimensões estruturantes das atitudes, conhecimentos e representações sobre o comportamento sexual e a prevenção do VIH e analisar a forma como se materializam em estratégias de autorregulação comportamental. Focaremos, em particular, três temas: conhecimentos e reconhecimento do risco e da eficácia de comportamentos específicos; otimismo/ceticismo em relação aos tratamentos para o VIH; e representação de responsabilização e desresponsabilização em relação ao outro.

6.1 Conhecimento do risco do comportamento sexual desprotegido

Na linha de trabalhos como o de Halkitis et al. (2005), foi utilizada uma escala com seis itens para apreciar o grau de (re)conhecimento de riscos para a saúde associados à prática de sexo não protegido. Um dos motivadores para a autorregulação do comportamento, que está presente na forma como muitas das estratégias de informação/prevenção são estruturadas é, precisamente, a crença de que um sentido acrescido de risco associado ao seu comportamento funcionará como indutor de autorregulação do mesmo. Os seis itens foram apresentados sob a forma de afirmações e a cada inquirido foi pedido que se posicionasse em relação a cada afirmação usando uma escala de 5 pontos, de totalmente falso a totalmente verdadeiro. As seis afirmações foram:

- *Devido aos progressos feitos no desenvolvimento de novas vacinas para o VIH, os homens seronegativos não têm que se preocupar com o risco de serem infetados;*
- *Os preservativos proporcionam uma boa proteção para as infeções sexualmente transmissíveis além do VIH;*
- *É pouco provável que uma pessoa que está a tomar medicação para o VIH transmita o vírus a outros durante a relação sexual;*
- *Uma vez infetado com o VIH, apanhar outra infeção sexualmente transmissível não é nada de especial;*
- *A maior parte das infeções sexualmente transmissíveis são fáceis de tratar e de nos livrarmos delas;*
- *As infeções sexualmente transmissíveis podem ter um impacto muito grave na saúde de alguém que vive com o VIH.*

Em termos de apuramentos gerais, os valores médios obtidos para cada afirmação, já feitas as necessárias conversões de escala para garantia de que a leitura entre itens é equivalente, foram os que se apresentam no quadro 6.1 abaixo. Na leitura dos resultados, quanto menor for o valor na escala, maior é o reconhecimento do risco associado ao comportamento em causa.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 6.1. Valores médios, por item, na perceção de risco associado ao comportamento sexual não protegido

Item	n respostas válidas no item	Valor médio	Desvio-padrão
Devido aos progressos feitos no desenvolvimento de novas vacinas para o VIH, os homens seronegativos não têm que se preocupar com o risco de serem infetados	661	1,31	0,807
Os preservativos proporcionam uma boa proteção para as infeções sexualmente transmissíveis além do VIH	669	1,63	0,929
É pouco provável que uma pessoa que está a tomar medicação para o VIH transmita o vírus a outros durante a relação sexual	661	2,28	1,375
Uma vez infetado com o VIH, apanhar outra infeção sexualmente transmissível não é nada de especial	668	1,29	0,866
A maior parte das infeções sexualmente transmissíveis são fáceis de tratar e de nos livrarmos delas	662	2,00	1,226
As infeções sexualmente transmissíveis podem ter um impacto muito grave na saúde de alguém que vive com o VIH.	665	1,40	0,857

Note-se que, de uma forma geral, há um reconhecimento elevado do risco para todos os itens. Destacam-se, ligeiramente, os itens relativos ao efeito protetor da medicação na transmissão do vírus e à facilidade no tratamento das IST, onde se esboça um maior relaxamento dos inquiridos, embora com alguma variabilidade amostral.

Importava, porém, perceber se a maior ou menor perceção de risco associada ao comportamento sexual desprotegido teria algum efeito explicativo na variação das práticas sexuais dos indivíduos. Halkitis e seus colegas (2005) demonstraram, por exemplo, que praticantes e não praticantes de *barebacking* apresentavam graus semelhantes de perceção de risco em todos os itens com a exceção do item relativo à perigosidade das IST para a sua própria saúde, onde mostravam uma atitude mais relaxada (idem, p.31). Na nossa amostra, e focando apenas aqueles que declaram conhecer o que é o *barebacking*, se as perceções do risco são genericamente as mesmas entre os que o praticaram e os que não praticaram nos

últimos 12 meses, as diferenças assinaladas localizam-se, precisamente, nos dois itens atrás destacados - efeitos da medicação na diminuição do risco de transmissão ($t_{(gl=168)} = 3,64$ com $p < 0,0005$) e facilidade no tratamento de IST ($t_{(gl=167)} = 2,93$ com $p = 0,004$). Em ambos os itens, os praticantes de *barebacking* apresentam um menor grau de perceção de risco.

Numa leitura mais alargada, e procurando outros fatores de diferenciação, testaram-se diferenças indicativas de influência da perceção de risco na definição dos comportamentos sexuais. As diferenças encontradas que se provaram estatisticamente significantes foram as seguintes:

- o perfil de comportamento sexual marcado pela presença de parceiros múltiplos e/ou ocasionalidade nos relacionamentos apresenta uma atitude mais relaxada em relação à facilidade de tratamentos das IST em relação aos outros dois perfis (sexualmente inativos ou ativos com parceiro estável) – $F_{(2,638)} = 7,315$ com $p = 0,001$;
- aqueles que declararam não ter utilizado preservativo na última relação sexual apresentam uma atitude mais relaxada em relação ao efeito dissuasor na infeção da toma de medicação para o VIH – $t_{(gl=654)} = -2,33$ com $p = 0,02$.

Ou seja, a associação das perceções de risco à iniciativa de autorregulação do comportamento aparece apenas em alguns temas e dificilmente sustenta, de forma inequívoca, que a autorregulação decorra, efetivamente, de uma maior consciência do risco associado ao comportamento do indivíduo, para si e para os outros.

Com base na mesma bateria de itens, procurou-se desenvolver uma análise complementar focada especificamente na posição extrema da escala que correspondia à resposta certa. Para alguns dos itens isso corresponderia à categoria “totalmente falso”, para outros à categoria “totalmente verdadeiro”. No fundo, e procurando usar a informação disponível para aferir níveis de conhecimento, tentou perceber-se se os indivíduos melhor informados apresentariam comportamentos substancialmente distintos daqueles menos bem informados ou que ainda têm algumas dúvidas sobre os efeitos do comportamento sexual desprotegido. O quadro seguinte revela a percentagem de respostas corretas dadas pelos inquiridos às afirmações apresentadas. Menos de metade dos inquiridos acertou na resposta às afirmações “é pouco provável que uma pessoa que está a tomar medicação para o VIH transmita o vírus a outros

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

durante a relação sexual” (42,8%) e “a maior parte das infeções sexualmente transmissíveis são fáceis de tratar e de nos livrarmos delas” (47,7%). Estes resultados reforçam o referido anteriormente, de que os indivíduos acreditam que a medicação antirretroviral funciona como uma proteção eficaz na transmissão da infeção e de relaxamento em relação às IST, não obstante terem noção das implicações das IST na saúde dos seropositivos, já que 86,1% classificou, corretamente, como totalmente falsa a afirmação “uma vez infetado com o VIH, apanhar outra infeção sexualmente transmissível não é nada de especial”.

Quadro 6. 2. Percentagem de respostas corretas em cada uma das afirmações da escala de avaliação do conhecimento de risco do comportamento sexual desprotegido

Afirmações	n	%
Devido aos progressos feitos no desenvolvimento de novas vacinas para o VIH, os homens seronegativos não têm que se preocupar com o risco de serem infetados.	549	81,8
Os preservativos proporcionam uma boa proteção para as infeções sexualmente transmissíveis além do VIH.	383	57,1
É pouco provável que uma pessoa que está a tomar medicação para o VIH transmita o vírus a outros durante a relação sexual.	287	42,8
Uma vez infetado com o VIH, apanhar outra infeção sexualmente transmissível não é nada de especial.	578	86,1
A maior parte das infeções sexualmente transmissíveis são fáceis de tratar e de nos livrarmos delas.	320	47,7
As infeções sexualmente transmissíveis podem ter um impacto muito grave na saúde de alguém que vive com o VIH.	500	74,5

n = 671

6.2 Otimismo vs ceticismo em relação aos novos tratamentos/medicamentos para a infeção por VIH

Na sequência dos diversos desenvolvimentos terapêuticos no domínio da gestão da infeção pelo VIH, mais concretamente a partir de meados da década de 1990, surgiram alguns trabalhos de investigação, um pouco por todo o mundo, que procuravam discutir o conhecimento, as perceções e as atitudes, sobretudo entre HSH, em relação a estes novos tratamentos (Adam et al., 1998; Bartos et al., 1998; Dilley et al., 1998; Elford et al., 1998; Hickson et al., 1998; Kelly et al., 1998a, b; Lavoie et al., 1998; Murphy et al., 1998; Ostrow et al., 1998). Esta área de estudo acabou por reunir algum interesse na medida em que equacionava que um certo otimismo em relação aos novos tratamentos poderia vir a levar à prática de comportamentos sexuais de maior risco e a um possível ressurgimento de infeções por VIH. A verdade é que, entre os vários trabalhos que foram sendo desenvolvidos sobre este tema, poucas ou nenhuma associações foram encontradas entre atitudes para com os novos tratamentos e práticas sexuais (Lavoie et al., 1998; Dilley et al., 1998; Wood et al., 1998a, b). Alguns estudos têm chegado a resultados mistos (Elford et al., 1998; Hickson et al., 1998), enquanto que outros sugerem inclusive que a associação se dê no sentido de um aumento em comportamentos de proteção (Bartos et al., 1998). Alguns autores, porém, têm documentado um aumento no sexo inseguro, ainda que confinado a pequenas subamostras de pessoas particularmente otimistas face aos novos medicamentos (Adam et al., 1998; Kelly et al., 1998a; 1998b; Murphy et al., 1998; Ostrow et al., 1998).

Inspirado pelos trabalhos de Van De Ven et al. (2000) desenvolvidos na comunidade *gay* Australiana e pela sua escala de otimismo/ceticismo em relação aos novos medicamentos, utilizou-se uma escala com 12 itens (Quadro 6.3), cada um com uma afirmação sobre testes de carga viral e novos tratamentos para o VIH, sendo pedido a cada inquirido que classificasse o seu grau de concordância com cada afirmação numa escala de concordância de 5 pontos, variando entre discordo totalmente e concordo totalmente. Quanto maior o valor, maior o grau de concordância com a afirmação respetiva.

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

Quadro 6.3. Valores médios de concordância registados por cada afirmação relativa ao grau de otimismo/ceticismo sobre carga viral e medicamentos para o VIH

Afirmações	n	Valor médio	Desvio-padrão
Uma pessoa com carga viral indetetável não transmite o VIH.	652	2,08	1,07
Hoje em dia estou menos preocupado com a infeção pelo VIH do que costumava no passado.	668	2,92	1,38
O aparecimento de novos tratamentos para o VIH vai acabar com as preocupações sobre o sexo.	664	2,10	1,04
Se todos os seropositivos tomassem os novos medicamentos para o VIH, a epidemia da SIDA acabaria.	660	2,31	1,10
Se fosse anunciada uma cura para a SIDA eu parava de praticar sexo protegido.	656	2,05	1,08
As pessoas com uma carga viral indetetável não precisam de se preocupar tanto com a transmissão do VIH a outros.	661	1,88	0,97
Enquanto não houver cura para o VIH, a prevenção ainda é o melhor comportamento	668	4,72	0,53
A prática de sexo desprotegido é hoje em dia menos importante porque existem medicamentos que se podem tomar logo depois de ter sexo desprotegido.	664	1,73	0,91
O VIH é uma ameaça menor porque a epidemia está em declínio.	658	1,81	0,86
O VIH/SIDA é hoje uma ameaça menos grave por causa dos novos tratamentos.	664	2,80	1,24
Independentemente da carga viral dos parceiros, nunca é seguro ter sexo anal sem preservativo.	667	4,28	0,93
Cada vez há menos pessoas a serem infetadas pelo VIH por causa dos novos tratamentos.	646	2,17	1,01

Na linha dos resultados de Van De Ven et al. (2000), também no nosso estudo a escala com 12 itens apresenta um grau de fiabilidade razoável, medido pelo Alfa de Cronbach (0,751) e com correlações item-total a variar entre 0,196 e 0,575. A escala de otimismo/ceticismo (com uma variação entre 12 para total ceticismo e 60 para total otimismo, apresenta um valor médio igual a 24,72 com desvio-

padrão igual a 6,392). Isto significa, tal como se percebeu pela análise item a item, que globalmente os inquiridos mantêm atitudes mais próximas das posições de ceticismo.

Uma vez mais procurando perceber se o plano das atitudes e representações aparece, ou não, refletido no plano das práticas e dos comportamentos, realizaram-se uma série de cruzamentos, assinalando-se os seguintes resultados:

- de uma forma geral, os indivíduos que foram classificados como tendo um perfil de comportamento sexual marcado por múltiplos parceiros e/ou ocasionalidade nos relacionamentos apresentam níveis de otimismo superiores aos que estão em relacionamentos com apenas um parceiro estável ou sexualmente inativos durante os últimos 6 meses – $F_{(gl=2,590)} = 4,56$ com $p = 0,01$;
- aqueles que declararam que a sua última relação sexual foi com um parceiro ocasional apresentam um grau de otimismo maior do que aqueles que a declararam com um parceiro estável, embora a diferença só seja marginalmente significativa – $t_{(gl=611)} = 1,74$ com $p = 0,08$;
- aqueles que declararam não ter usado preservativo na última relação sexual apresentam um grau de otimismo superior aos que o usaram – $t_{(gl=607)} = 3,53$ com $p < 0,0005$);
- aqueles que declararam ter alterado completamente o seu comportamento após tomarem conhecimento do seu estatuto serológico seropositivo apresentam um grau de ceticismo maior do que todos os outros inquiridos com níveis inferiores de mudança declarada de comportamento – $F_{(gl=3, 607)} = 7,895$ com $p < 0,0005$;
- no plano das alterações declaradas no comportamento, aqueles que declaram que passaram a usar sempre o preservativo apresentam graus de ceticismo maior do que aqueles que não o declararam – $t_{(gl=611)} = 4,08$ com $p < 0,0005$;
- entre os que reconheceram o que é o *barebacking*, os seus praticantes no último ano apresentam um grau de otimismo superior aos não praticantes – $t_{(gl=300)} = 4,47$ com $p < 0,0005$.

Ou seja, contrariamente ao que se verificou com a análise do reconhecimento de risco associado ao comportamento sexual desprotegido, onde as associações entre risco percebido e comportamentos eram ténues e localizadas em temas muito específicos, no campo do grau de otimismo/ceticismo em relação aos testes de carga viral e aos medicamentos disponíveis, parece que a associação entre representações sociais e práticas é mais forte, com o otimismo em relação aos novos tratamentos a aparecer, de alguma forma, como indutor de um comportamento mais relaxado em termos de auto e hetero-proteção.

6.3 (Des)responsabilização em relação ao outro e autorregulação do comportamento

Entender o comportamento sexual e os processos de tomada de decisão no campo do comportamento sexual entre pessoas que vivem com VIH é fundamental para prevenir a disseminação do vírus. De acordo com os dados analisados até agora, pudemos já estabelecer que na nossa amostra cerca de 25% dos indivíduos continuam a envolver-se em sexo anal desprotegido, muitas vezes com parceiros de estatuto serológico negativo ou desconhecido. Uma das linhas de análise que tem sido seguida em alguns estudos procura problematizar até que ponto a maior ou menor perceção da eficácia do comportamento do próprio indivíduo seropositivo o impele à adoção de comportamentos mais seguros, nomeadamente motivados pela assunção de algum tipo de responsabilidade na prevenção da transmissão do vírus a outros (Widman, Golin & Suchindran, 2013).

Uma terceira dimensão de análise das atitudes e representações dos HSH envolvia a tentativa de perceber como a apreciação que o indivíduo faz do seu comportamento em termos de consequências e implicações para os outros, numa aproximação ao que se pretendia fosse uma medição do maior ou menor grau de assunção de responsabilidade face ao outro. Mais uma vez, o objetivo era perceber se um sentido mais forte de autorresponsabilização se refletiria ou não numa mais clara autorregulação do comportamento, nomeadamente do comportamento sexual.

Para operacionalizar esta análise recorreu-se a uma escala com um conjunto de afirmações, inspirada pelos trabalhos de Lampe et al. (2011) e Adam, Murray e Maxwell (2007). Mais especificamente, foram incluídos todos os 6 itens que integram a escala original de Lampe et al. (2011) e apenas 1 item da escala de Adam et al. ("não tenho responsabilidade pelos parceiros que conheço para ter

Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade

sexo; eles são adultos e tomam as suas próprias decisões em relação ao risco que correm”). Para cada afirmação foi pedido ao inquirido que expressasse o seu grau de concordância numa escala de 5 postos, variando esta entre discordo totalmente (1) e concordo totalmente (5). No quadro abaixo registam-se as estatísticas descritivas por item.

Quadro 6.4. Valores médios de concordância registados para cada afirmação relativa ao grau de autorresponsabilização pela prevenção da infeção por VIH

Afirmações	n	Valor médio	Desvio-padrão
Sinto-me confiante porque se eu quiser posso assegurar que um preservativo é usado quando estiver a ter relações com qualquer parceiro e em qualquer situação.	666	3,94	0,99
Antes de ter sexo com um novo parceiro espero perguntar-lhe qual o seu estatuto serológico para o VIH.	657	2,66	1,17
Espero dizer a um novo parceiro que eu sou seropositivo antes de ter sexo com ele.	659	3,01	1,32
Sinto dificuldades em conversar sobre a utilização de preservativo com um novo parceiro sexual.	664	1,83	0,95
Não sou muito dado a usar preservativos com parceiros ocasionais.	661	1,64	0,85
Sinto-me um pouco preocupado que possa ter infetado outra pessoa com VIH nos últimos meses.	665	2,10	1,28
Não tenho responsabilidade pelos parceiros que conheço para ter sexo; eles são adultos e fazem as suas próprias decisões em relação ao risco que correm.	664	2,26	1,22

De uma forma geral, os vários itens parecem orientar a nossa amostra para uma posição intermédia na escala de avaliação da interação com o outro em termos de risco. Note-se que as várias afirmações são colocadas ora em sentido negativo, ora em sentido positivo, o que obriga à necessária adaptação da interpretação da escala de concordância, ora focando um extremo ora focando o outro. Observa-se, contudo, alguma variação que importará explorar.

À semelhança do que já antes se havia feito para a análise do grau de otimismo/ceticismo em relação aos tratamentos, também aqui se compôs uma escala global de autorresponsabilização na prevenção da transmissão do VIH. A

escala global apresenta uma fiabilidade interna moderada de acordo com o Alfa de Cronbach (0,6), naturalmente com correlações item-total mais modestas e oscilando entre 0,1 e 0,39. Com este ponto de partida, as leituras serão, assumidamente, de natureza exploratória. A escala de autorresponsabilização (com uma variação entre 7 para total aceitação de autorresponsabilização e 35 para total rejeição de autorresponsabilização), apresenta um valor médio igual a 16,21 com desvio-padrão igual a 4,03. Isto significa, tal como se percebeu pela análise item a item, que globalmente os inquiridos mantêm atitudes mais próximas das posições centrais, embora com uma ligeira inclinação para a aceitação de responsabilidades na autorregulação do comportamento.

Finalmente, e pela terceira vez, procurando perceber se o plano das atitudes e representações aparece, ou não, refletido no plano das práticas e dos comportamentos, realizaram-se uma série de cruzamentos, assinalando-se os seguintes resultados:

- de uma forma geral, os indivíduos que foram classificados como tendo um perfil de comportamento sexual marcado por múltiplos parceiros e/ou ocasionalidade nos relacionamentos apresentam níveis de rejeição de autorresponsabilização substancialmente superiores aos que estão em relacionamentos com apenas um parceiro estável ou sexualmente inativos durante os últimos 6 meses – $F_{(gl=2,626)} = 51,12$ com $p < 0,0005$);
- aqueles que declararam que a sua última relação sexual foi com um parceiro ocasional apresentam um grau de rejeição de autorresponsabilização maior do que aqueles que a declararam com um parceiro estável, com uma diferença que é muito significativa – $t_{(gl=648)} = 7,95$ com $p < 0,0005$;
- aqueles que declararam não ter usado preservativo na última relação sexual apresentam um grau de rejeição de responsabilidade superior aos que o usaram – $t_{(gl=643)} = 3,56$ com $p < 0,0005$;
- no plano das alterações declaradas no comportamento, aqueles que declaram que passaram a usar sempre o preservativo apresentam graus de aceitação de autorresponsabilização maior do que aqueles que não o declararam – $t_{(gl=648)} = 5,36$ com $p < 0,0005$;
- entre os que reconheceram o que é o *barebacking*, os seus praticantes no último ano apresentam um grau de rejeição de autorresponsabilização superior aos não praticantes – $t_{(gl=329)} = 6,34$ com $p < 0,0005$;

Mais uma vez, as associações detetadas parecem reforçar a convicção de que a autorregulação do comportamento responderá positivamente a um sentido acrescido, por parte do próprio indivíduo seropositivo, sobre as consequências do seu comportamento na e em relação aos outros. Isto lança pistas importantes para a definição das linhas de desenvolvimento estratégico no campo dos esforços de prevenção pela modelação de comportamentos.

6.4 Conclusões

Os resultados a que chegamos, nas diferentes dimensões consideradas, parecem alinhar-se com a vasta literatura científica que apoia a importância das atitudes como determinantes do comportamento sexual e das mudanças no comportamento. Genericamente, podemos afirmar que é relevante, no âmbito das estratégias de modelação dos comportamentos, considerar e medir tais atitudes como parte integrante da conceção e avaliação das próprias intervenções.

O que os dados sugerem, numa sistematização mais detalhada, porém, é que diferentes dimensões de estruturação das representações sobre o VIH têm importâncias distintas na modelação do comportamento. Assim, e contrariamente ao que tem sido o elemento central de muitas campanhas de prevenção que apostam, essencialmente, na disponibilização de informação para aumentar níveis de conhecimento, não é necessariamente verdade que a posse de níveis de conhecimento elevados sobre os mecanismos de transmissão do VIH e sobre as formas de a evitar se traduzam em práticas coerentes com esses conhecimentos. O que os nossos dados sugerem é que, com exceções muito marginais, os indivíduos inquiridos não só têm níveis genericamente elevados de conhecimento sobre a transmissão do VIH como também o têm quando a amostra é segmentada em função de diferentes tipos de comportamentos e práticas sexuais. Por outras palavras, o conhecimento dos mecanismos de transmissão e prevenção não é fator indutor ou dissuasor de comportamentos com mais ou menos risco.

Conclusão diferente emerge quando o foco se dirige para domínios das atitudes e representações mais específicos. O primeiro desses domínios aborda atitudes relativas aos avanços terapêuticos no tratamento e prevenção do VIH, tendo ficado demonstrado que os comportamentos de maior risco se fazem sistematicamente acompanhar de atitudes mais otimistas em relação aos avanços

e possibilidades terapêuticas. O segundo desses domínios remete para a perceção que os indivíduos têm do impacto do seu comportamento nos outros e, mais concretamente, ao grau de aceitação que têm da sua responsabilidade individual na prevenção da disseminação do vírus. Os resultados parecem sustentar, de facto, que comportamentos de maior risco se fazem acompanhar de níveis sistematicamente mais baixos de perceção da responsabilidade do próprio indivíduo infetado na propagação do VIH. Em qualquer dos casos, estamos a falar de resultados que vão de encontro à necessidade de incorporar nas campanhas de prevenção com vista à modelação de comportamentos enfoques em dimensões mais específicas, direcionadas a grupos específicos, ao invés de assentes em mensagens generalistas e direcionadas a populações com alto nível de indiferenciação.

“Eu encaro o diagnóstico do VIH e o próprio VIH como uma segunda saída do armário. É um paralelismo muito interessante porque eu lembro-me que quando saí do armário contava a toda a gente, não tinha qualquer medo em assumir e com o VIH acabou por acontecer quase o mesmo. Aí muito mais íntimo e um pouco mais chocante para a as pessoas”.

Filipe, 24 anos, Ensino Superior

Quando veio para o Porto Filipe *“tinha liberdade”* e *“acabou por ser inconsciente e irresponsável”*, pelo que contraiu o VIH através de *“sexo sem proteção”* aos *“20, 21 anos”*. A mãe tomou conhecimento do diagnóstico antes dele. Tinha tido *“relações desprotegidas”* e precisava *“tirar os macaquinhos da cabeça”*, por isso, pediu à mãe para ir *“buscar as análises”*: *“foi ela que abriu, que descobriu e logo a seguir ligou-me”*. Apesar de ainda hoje ser *“uma batalha para ela perceber e aceitar”* a sua orientação sexual, quando soube do diagnóstico a mãe apoiou-o: *“Ok, vamos andar para a frente com isto. É uma doença crónica, hoje em dia há comprimidos, podes fazer uma vida perfeitamente normal. Estamos cá para te apoiar”*. Ao mesmo tempo, Filipe estava *“numa espécie de relacionamento com outra pessoa”* e o *“mundo não se desmoronou porque essa pessoa”* o apoiou. No entanto, não deixa de dizer que *“foi um embate porque ninguém quer isto para a sua vida. Foi um choque. Tendo em conta a importância que eu dou ao meu corpo e à minha aparência física, saber que tinha VIH abalou-me bastante nesse aspeto, ao nível da confiança em mostrar o meu corpo”*. Porém, *“o lado bom de ter sido diagnosticado com VIH foi que tudo teve que ser trazido cá para fora”*. Na altura a mãe disse-lhe: *“estás com o VIH e isso é uma preocupação maior do que eu estar para aqui a embirrar com a tua sexualidade”*. Inicialmente falava com abertura do diagnóstico, inclusive, aos novos parceiros sexuais. Todavia, cedo percebeu que quando *“confrontava algumas dessas pessoas com a situação, escapavam no minuto seguinte”*. E acrescenta: *“tive situações em que contei e as pessoas “ai não sei, se calhar não estou preparado para uma relação destas” e deixaram de falar no dia seguinte, desapareceram da minha vida”*. Por isso, *“hoje em dia já não”* conta. De qualquer modo, devido às manifestações da doença afirma que meteu *“os relacionamentos um pouco de lado. (...) Agora tenho o HPV que ao contrário do VIH tem marcas físicas, então é muito mais fácil as pessoas perceberem”*. Ao mesmo tempo, *“tenta procurar pessoas que estejam na mesma condição”* que ele, *“porque aí já é mais fácil”*, não tem de *“lidar com esse tipo de barreiras”*.

Sobre o não uso do preservativo refere que se devia *“à irresponsabilidade do calor do momento”*, afirmando que *“o risco passa completamente para segundo plano. (...) É não*

querer estar com a trapalhada de meter o preservativo, de não querer cortar o momento e acabamos por nos deixar levar. E se a outra pessoa dissesse “não queres usar preservativo?” eu se calhar teria dito “usa”. (...) Abusei tanto da liberdade que tive que agora sou VIH positivo”.

Filipe procurava os parceiros para “*sexo ocasional através de redes sociais, de aplicações exatamente para isso. O amigo do amigo hoje em dia já não funciona*”. Relativamente à comunidade gay “*fica com um pé dentro e um pé de fora*”, afirmando: “*sou apenas a pessoa que olha e que está fora da bolha, mas que a qualquer momento pode fazer parte, pode participar naquela bolha*”. Admite que estava mais mal informado do que pensava sobre os meios de transmissão da infeção e que só agora tem conhecimento do “*medicamento que é o Trovada e a PrEP*” como meios de prevenção da infeção. Relativamente ao hospital em que é seguido considera que “*no caso do serviço de infecciosas e do VIH em si é perfeito*”. Mas no caso do HPV “*não faz sentido só estar a ser tratado no final de agosto tendo em conta que este diagnóstico já tem 3 ou 4 meses*”. Refere que o pessoal de “*enfermagem foi sempre do melhor*” e que os “*médicos são espetaculares, já estão habituados aquilo*”. Porém, já sentiu discriminação por parte dos “*funcionários administrativos*” e “*dos “médicos de família*”, afirmando: “*eu percebo a estupefação das pessoas, mas para mim não faz sentido um médico olhar-me de cima a baixo e questionar-me como é que eu com 21 anos já tinha VIH, o que é que eu tinha andado a fazer na vida? (...) As pessoas acham que sou demasiado novo para estar a lidar com isto, para ter VIH. E eu respondo: ok é exatamente nestas alturas que nós somos mais irresponsáveis, por isso, faz sentido que eu até já tenha*”.

Relativamente às campanhas de prevenção refere que o “*assunto tem que ser lidado de maneira muito mais séria e muito mais frontal*”. Deve-se dizer às pessoas o que é viver com a infeção e como se devem proteger: “*os médicos das infecciosas falam em todas as consultas – seja sexo oral, seja sexo anal, o preservativo sempre*”. (...) *Mas lá está eu sei que em algumas práticas de sexo oral a probabilidade é mais baixa*”. Conclui que a prevenção tem que ser “*uma coisa que se queira, não pode ser impingida*”. Por isso, é que pensa que “*na verdade só apanha VIH quem quer: acaba sempre por ser desleixo, irresponsabilidade e o acontece aos outros, não me acontece a mim*”.

7 Conclusões e recomendações

O grande objetivo de partida deste estudo foi conhecer os determinantes e os fatores de risco da infeção por VIH entre HSH, em particular nas faixas etárias mais jovens. Para o efeito, foi desenvolvida uma abordagem metodológica quantitativa/extensiva, com a aplicação de questionários através do método CAPI, o qual, para além de uma maior eficácia em termos de gestão e tratamento da informação, conferiu ao respondente um sentimento de segurança relativamente à preservação do seu anonimato. Esta abordagem foi complementada com algumas entrevistas semiestruturadas, com o fim de aprofundamento das motivações subjetivas dos comportamentos e atitudes dos entrevistados.

Os principais resultados deste estudo reforçam a importância de serem concebidos planos de intervenção voltados para os HSH, em particular para os seropositivos. É inegável que os homens que fazem sexo com homens apresentam necessidades específicas em termos de cuidados médico-sociais, não só devido ao elevado grau de suscetibilidade à infeção VIH e a outras IST, mas também devido à internalização do estigma social relacionado com a homossexualidade e outros comportamentos de género não normativos (Mayer et al., 2012, p. 378).

Assim, ultrapassados os inúmeros desafios teóricos, metodológicos e empíricos enfrentados neste estudo, é chegado o momento de retomar os principais resultados alcançados à luz das opções e dos procedimentos seguidos para a sua concretização.

1. Com uma idade média de 40 anos, o grupo mais expressivo na amostra participante no estudo (n=671) é o dos indivíduos com idades entre os 35 e 44 anos (31,7%). Todavia, seguem-se dois escalões etários muito próximos em termos da sua representatividade, nomeadamente os que têm entre 45 e 65 anos (26,1%) e 25 e 34 anos (25,5%). Os inquiridos com 24 anos ou menos representam 6,9% e apenas três indivíduos com menos de 20 anos participaram no estudo. Apesar de alguma diversidade, a proporção de indivíduos jovens HSH seropositivos na nossa amostra é extremamente relevante, atingindo os 32,3%, proporção que justifica, a nosso ver, a preocupação da DGS com o recrudescimento da infeção entre este grupo etário. Trata-se ainda de uma amostra com um perfil socioeconómico marcado por algum capital social e

escolar. É de salientar que a proporção dos inquiridos com o ensino secundário é de 36,1%, logo seguido pelos que possuem o ensino superior (33,4%). Para além de ser mais escolarizada, inclusive face ao nível de escolaridade existente em Portugal, a nossa amostra apresenta bons indicadores de inserção profissional. Com efeito, para a maioria dos inquiridos (69,7%) a condição perante o trabalho que tinham antes do diagnóstico manteve-se após o conhecimento do mesmo. A proporção de desempregados aumentou de 9,9% para 13,0%, sendo que 47,0% dos inquiridos que antes do diagnóstico estavam sem emprego mantêm atualmente essa condição. Importa ainda salientar o aumento da proporção dos reformados que passou de 1,0% para 6,0%.

Tais resultados, à primeira vista, e contrariando a tendência documentada em alguma literatura (Conyers, 2008; Nixon & Renwick, 2003; Matlicka-Tyndale et al., 2002), revelam que são indivíduos para quem a infeção pelo VIH parece não ter tido impactos muito relevantes em termos de situação laboral, sendo o pessoal dos serviços e vendedores (41,1%), seguido pelos técnicos e profissionais de nível intermédio (24,0%) e pelos especialistas das profissões intelectuais e científicas (10,5%) as profissões mais representadas na amostra.

Porém, isto não pode ser interpretado como sinal de maior aceitação dos HSH com VIH em contexto socioprofissional, sobretudo quando temos um volume muito residual de indivíduos a declarar que revelaram o seu estatuto serológico no espaço laboral. Na verdade, apenas 2,7% dos inquiridos revelaram o diagnóstico da infeção à entidade patronal e 3,0% partilhou-o com os colegas de trabalho. É de salientar que 25,9% omitiu o diagnóstico para a infeção porque receava ser despedido ou sofrer consequências negativas no trabalho. Tal significa que a inclusão ou permanência no espaço laboral faz-se, sobretudo, à custa da ocultação do diagnóstico e não como consequência da dissolução dos velhos estigmas e preconceitos que envolvem a infeção por VIH e que são reforçados pela condição de ser HSH.

Por último, é de salientar que apesar de a maioria dos inquiridos ser solteiro (78,7%), existe alguma complexidade ao nível da organização dos agregados familiares existindo indivíduos que vivem sós (34,4%), que vivem com outros familiares ou amigos (32,9%), com marido/companheiro com ou sem filhos (30,4%) e, ainda, indivíduos que vivem com mulher/companheira com ou sem filhos (2,0%). A complexidade de tais agregados domésticos é ilustrativa da pertinência heurística do conceito de HSH, o qual nos permitiu identificar situações (conjugais) que vão além da identidade sexual homossexual.

2. As histórias de infeção VIH e diagnóstico revelam níveis elevados de autoconhecimento, com os indivíduos a reconhecerem práticas de risco e a procurarem por iniciativa própria o diagnóstico (53,1%), sendo este comportamento dominante entre os escalões etários mais jovens. Persistem, porém, e em número significativo, os chamados diagnósticos ocasionais ou de oportunidade, usualmente decorrentes da interação com os médicos assistentes, tendo, neste caso, 32,8% dos inquiridos realizado o teste por aconselhamento médico. Este resultado vem reforçar a necessidade de mobilizar os médicos, nomeadamente ao nível dos cuidados primários, para o aconselhamento ao teste como forma de identificar precocemente casos de infeção para o VIH. O motivo dominante para a realização do teste prende-se com comportamentos sexuais de risco (36,6%).

Como indicador importante da permanência de comportamentos sexuais de risco entre os inquiridos, é de salientar que cerca de um quarto da amostra (23,0%) teve um diagnóstico de IST nos 12 meses anteriores ao questionário, com relevo para a sífilis, diagnosticada em quase 14,8% dos inquiridos.

Associado ao autoconhecimento do risco, está o facto de, para a esmagadora maioria dos indivíduos (92,1%), a transmissão do vírus ter ocorrido por via sexual. Ainda assim, quase metade dos inquiridos (48,4%) estava razoavelmente informada sobre as formas de transmissão do vírus e 29,0% considerou mesmo estar muito informado. São sobretudo os indivíduos mais escolarizados que consideram estar bem informados sobre o VIH antes de serem infetados, enquanto os menos escolarizados referem o contrário. Apesar do conhecimento da infeção e dos meios de transmissão ser razoável ou elevado entre a maioria dos inquiridos, tal não foi impeditivo da sua exposição a comportamentos de risco, o que reforça a importância de se ter em linha de conta os contextos informacionais e os capitais escolares para a compreensão e assimilação da informação disponibilizada através das campanhas de prevenção.

Está muito presente na nossa amostra a noção do diagnóstico da infeção como um assunto privado. Esta é, para 60,7% dos indivíduos que não revelaram o diagnóstico, a principal razão para a sua ocultação, seguida do receio de serem vítimas de discriminação (52,7%). Quando partilham o diagnóstico fazem-no apenas na rede de relações amicais, familiares e conjugais, ou seja, entre pessoas com quem têm maior confiança e intimidade. Desta rede informal, os inquiridos declaram contar com compreensão, mas também com apoio para problemas de saúde e cuidados relacionados com o VIH (77,0% dos respondentes). No último

caso, 54,1% dos inquiridos diz receber apoio da rede formal. Porém, 17,0% indica não receber qualquer apoio, seja formal ou informal, o que é revelador de uma vivência solitária do diagnóstico e da vida pós-infeção, somente quebrada quando os indivíduos decidem partilhá-lo junto das referidas redes informais, mas também dos profissionais de saúde. Tal atitude possibilita uma melhor adaptação à nova condição de saúde, mas também permite uma monitorização do estado psicológico destas pessoas que são mais vulneráveis a estados ansiosos e depressivos (Mayer et al., 2012, p. 382).

Apesar do receio sentido no momento do diagnóstico por quase um terço dos participantes (31,7%), estes também pensaram que nos nossos dias o VIH é uma infeção com tratamento. A representação da infeção como doença crónica ganha terreno quer entre os seus portadores, quer entre os profissionais de saúde, o que conduziu a uma mudança de atitudes e de práticas em ambos os casos. Ainda assim, 28,2% dos inquiridos pensou que não iria sobreviver à infeção.

As complicações de saúde associadas à infeção, a discriminação social e a impossibilidade de futuros relacionamentos afetivos e/ou sexuais são igualmente referidas pelos inquiridos como as principais reações ao diagnóstico VIH. É importante salientar que apesar dos esforços desenvolvidos ao longo das últimas décadas, a luta contra o estigma e a discriminação social das pessoas com VIH, continua a ser um grande desafio para as campanhas de prevenção e para os serviços médico-sociais. Os nossos resultados demonstram, à semelhança de outros estudos (Berg & Ross, 2014, p. 187), que a preocupação com a discriminação representa uma questão social e psicológica central na vivência da infeção pelos seus portadores, constituindo, inclusive, uma barreira na provisão de cuidados a estas pessoas e na sua adesão aos tratamentos para o VIH.

3. Os cuidados de saúde a estes pacientes estão muito dependentes da oferta pública de serviços, seja em hospital, seja em centro de saúde. Tal observa-se desde o momento do diagnóstico de seropositividade, cujo local de realização mais assinalado foi o Centro de Saúde/Médico(a) de família (28,9%), seguido pela consulta externa de um hospital público (18,9%), e pelo centro de aconselhamento e deteção precoce da infeção VIH/SIDA (CAD) (16,7%), até à primeira consulta médica de especialidade VIH/SIDA, a qual aconteceu, para a maioria (91,9%), em menos de três meses após o conhecimento do diagnóstico da infeção. São, portanto, os hospitais públicos, em exclusivo (65,1%), ou em combinação com o Centro de Saúde (22,7%), os serviços de saúde a que os indivíduos mais recorrem.

A minoria de inquiridos (n=77) que recorre a serviços de saúde no setor privado em combinação com os serviços públicos é composta tendencialmente por indivíduos com um perfil socioeconómico de maior vantagem a nível escolar e socioprofissional, confirmando a tradicional associação entre utilização de cuidados e desigualdades sociais. Num país onde os cuidados de saúde assentam numa rede de serviço público isso não será, necessariamente, um motivo de preocupação, desde que a capacidade de resposta dos serviços, em quantidade e em qualidade, se apresente a níveis suficientes para a procura. A esse respeito, será de destacar que a interface com os serviços de saúde, para lá do ato mais estrito de monitorização do estado de saúde, se confina à dispensa de medicação para o controlo da infeção, o que é referido por 88,7% dos inquiridos, sendo muito residuais os casos em que se beneficia de outros serviços de enquadramento como apoio psicológico ou social, usufruído apenas por 14,5% dos indivíduos. É de salientar que, entre estes, são os mais jovens, com idade igual ou inferior a 24 anos, que mais recorrem a serviços de apoio psicológico e social (21,7%) e a serviços de apoio e aconselhamento (13,0%), o que é revelador da sua importância num grupo social em que a infeção ganha terreno.

Porém, se a cronicidade da infeção pelo VIH lhe retirou alguma carga mais negativa, usualmente associada a doenças terminais e de evolução rápida, sugerindo uma menor necessidade de acompanhamento psicológico e emocional dos pacientes, o facto é que as dinâmicas sociais de estigmatização que envolveram o VIH, desde as suas primeiras manifestações, permanecem ativas, assim como permanece atual a necessidade de modelar comportamentos como estratégia de contenção da propagação do VIH, especialmente entre HSH. Se o encontro médico-paciente se transformou num ato rápido, de medição e registo de indicadores clínicos de monitorização da infeção e de dispensa de medicação, é importante retomar cuidados de enquadramento social e psicológico, quer para apoio à gestão individual de uma condição que continua a ser um fator de exclusão e de estigma social, quer para apoio no desenvolvimento de competências de autorregulação do comportamento.

Uma área de intervenção indireta que reforça esta necessidade de apoio para lá do ato médico em sentido estrito é, por exemplo, a do consumo de substâncias aditivas ilícitas, com uma proporção de ocorrência de 22,8% na amostra observada e que fica acima da média nacional. Conhecidas as associações entre consumos abusivos de substâncias psicotrópicas e o envolvimento em comportamentos de risco, a aposta na rutura dessa ligação dispensará explicações adicionais. O consumo associado ao ato sexual é declarado por 12,6%

dos inquiridos, as substâncias são consumidas em contextos de lazer/festa/fruição e as que têm efeitos alucinogénios e de relaxamento muscular (variantes de ecstasy e inalantes) são as mais utilizadas.

Por último, neste estudo, 27,7% dos inquiridos declararam ser alvo de situações de abuso por parceiro íntimo ou sexual, com destaque para o abuso psicológico/emocional, o abuso verbal, a exploração financeira e a violência física. As vítimas ora reagiram de forma igualmente violenta, ora procuraram ajuda e apoio na rede de relações informais, nomeadamente entre familiares e amigos. Apenas uma minoria recorreu às autoridades policiais. O medo do preconceito e a força da homofobia emergem como fatores inibidores da denúncia de tais situações, agravadas pela dupla condição - ser HSH seropositivo.

4. Neste estudo, abriu-se, de igual modo, espaço para as questões de identidade e os processos de construção e vivência da sexualidade como fatores que importa ter em consideração na análise dos comportamentos e atitudes. Nesse sentido, os resultados mostram que se está perante um conjunto de indivíduos predominantemente afetos a uma identidade homossexual (77,8%), a qual é partilhada, em particular, entre aqueles que se sentem atraídos por homens. A atração por pessoas de ambos os sexos (12,4% da amostra) conduz a uma menor partilha com os outros da atração por homens. Já do ponto de vista de um eventual sentimento de pertença à comunidade *gay*, as respostas dividem-se de forma equitativa entre a afirmação e a negação, sendo a primeira mais presente nas respostas de indivíduos assumidamente homossexuais.

A partilha da atração dos indivíduos por homens, com destaque para os indivíduos que afirmam ser homossexuais, faz-se em particular no seio do círculo familiar e dos amigos. Todavia, a partilha da orientação sexual não se traduz necessariamente na divulgação do diagnóstico da infeção.

A iniciação sexual dos indivíduos teve lugar entre os 11 e os 18 anos, sendo marcada por práticas de relacionamento sexual com pessoas que os indivíduos conheciam recentemente e tendencialmente menos protegida do que quando ocorreu com mulheres. Ainda assim, é de destacar que em cerca de metade dos indivíduos as práticas sexuais de iniciação não foram protegidas. Uma referência ainda vai para o subconjunto de indivíduos cuja homossexualidade teve início de forma muito precoce e, mesmo, infantil, no círculo familiar. Os contextos de iniciação sexual são assim diversos, indiciando práticas socialmente alargadas e não restritas a determinados círculos de convivência surgindo a escola ou

universidade, a internet e outros locais públicos como espaços privilegiados de encontro.

Os resultados revelam ainda que os inquiridos se dividem entre os que têm e os que não têm uma relação estável à data de realização do questionário, sendo que os que estão num relacionamento estável (n=328), este é predominantemente monogâmico (76,5%) e tem uma longevidade superior a um ano. Não obstante, 23,2% dos inquiridos com uma relação estável admitem ter, tal como os companheiros, relações sexuais com outras pessoas, o que revela que a estabilidade da relação não é fator protetor do risco de transmissão da infeção VIH. No seio da relação estável, os indivíduos partilharam a sua condição de seropositividade com os seus parceiros, dos quais cerca de metade também são seropositivos.

Para o conhecimento das pessoas com quem os indivíduos se relacionam afetivamente foram, claramente, mobilizadas as redes sociais e virtuais (31,6%), nas quais se evidenciam as direcionadas para homens que procuram outros homens. Estas redes constituem microambientes onde os HSH interagem, partilham informação, normas de comportamento sexual e apoio socio-afetivo mútuo. Por esta razão, qualquer estratégia de intervenção, em saúde pública, deve ter em conta tais redes para o conhecimento dos novos padrões de transmissão da infeção entre os HSH (Amirkhanian, 2014, p. 1).

5. Tentamos perceber, de igual modo, em que medida os indivíduos desenvolvem comportamentos de auto e heteroproteção face à transmissão do VIH através de práticas sexuais anais. Assim, ao longo dos diferentes indicadores mobilizados para medir a adesão ao uso de preservativo no ato sexual, encontramos uma resiliente proporção de cerca de 25% de indivíduos que não o usam sempre, denunciando espaços de exposição ao risco de propagação do vírus. Este relaxamento em relação ao uso do preservativo é mais prevalente nas relações sexuais anais entre parceiros estáveis, mas aí o ato é consentido por ambas as partes e o estatuto serológico dos parceiros conhecido. No caso dos atos sexuais com parceiros ocasionais, mais de um quarto dos que declaram ter tido relações sexuais com parceiros seronegativos não usaram o preservativo de forma regular. Isso, a par do facto do estatuto serológico não ser revelado ao parceiro sexual, constituem comportamentos que importa reconhecer no risco que comportam e, eventualmente, eleger como prioridade no domínio das metas da intervenção pública. É importante, porém, para definir as linhas de atuação, perceber porque é que os indivíduos não utilizam o preservativo – e aqui emergem três grandes

ordens de razões que reclamam lógicas de intervenção distintas: uma tem a ver com a estabilidade do relacionamento, coerente com o afirmado acima sobre a prática em si; outra tem a ver com a convicção de risco reduzido de transmissão do VIH dado que a carga viral se encontraria indetetável; outra, ainda, tem a ver com um certo hedonismo e relaxamento no ato sexual e na procura de prazer sexual. Um exemplo deste tipo de relaxamento/hedonismo é a prática de *barebacking sex*. Embora não seja algo reconhecido de forma generalizada, é uma prática assinalada em 15% dos indivíduos inquiridos, com maior prevalência entre aqueles que têm um comportamento sexual marcado pela multiplicidade de parceiros e/ou pela ocasionalidade desses mesmos parceiros. Alguns estudos (Halkitis et al., 2015) têm assinalado que esta é uma prática sexual comum entre indivíduos mais jovens, que não cumprem, de forma regular, a medicação para o tratamento do VIH, têm consumos de drogas, exibem níveis elevados de compulsividade sexual e um baixo grau de responsabilidade face ao sexo seguro, designadamente são indivíduos que estão altamente recetivos ao sexo oral e anal desprotegido, independentemente do estatuto serológico dos parceiros (idem, p. S27). O *barebacking sex* constitui, por isso, uma prática que contribui para a disseminação descontrolada da infeção.

Estas novas modalidades de vivência da sexualidade e de gestão do risco refletem-se também nos modos de recrutamento de parceiros sexuais, domínio onde a desmaterialização da interação entre potenciais parceiros vem ganhando expressão. De facto, na amostra inquirida, quase metade dos indivíduos em algum momento recrutou parceiros sexuais através de plataformas virtuais na internet. Se isso, em si, não parece traduzir-se numa maior incidência de práticas de risco, mantendo-se em média a proporção de prática sexual sem preservativo, a verdade é que se trata de um espaço onde cada vez mais os indivíduos exprimem a sua sexualidade e afetividade e, por isso, um espaço onde é preciso chegar ao nível da educação para a prevenção, tanto mais que os seus utilizadores, na nossa amostra, são sobretudo indivíduos jovens com um perfil de escolaridade que tende a ser média ou elevada e com profissões qualificadas. Tais plataformas têm, efetivamente, um papel importante na divulgação de informação sobre a infeção e as suas formas de transmissão, na sensibilização para a redução de sexo desprotegido e para a realização de testes entre os HSH, bem como na provisão de apoio social e psicológico aos HSH com VIH (Amirkhanian, 2014, p. 1). Contudo, importa (re)trabalhar os conteúdos das campanhas e o seu impacto nos públicos alvo.

Porém, para perceber a intervenção e os temas/domínios/abordagens a definir é, de igual modo, fundamental perceber os contextos de partida onde a informação vai ser recebida. Uma primeira questão que o estudo parece definitivamente resolver é a não associação entre o envolvimento em comportamentos de risco e o grau de reconhecimento do risco associado a esses mesmos comportamentos. De facto, não só os níveis de conhecimento são genericamente elevados, provavelmente fruto das conquistas significativas das últimas décadas no campo da disseminação de informação, mas também não há variações significativas de conhecimento entre aqueles que mantêm e aqueles que não mantêm comportamentos sexuais de risco.

Conclusão diferente é aquela que envolve o otimismo que os indivíduos demonstram em relação aos efeitos da carga viral e em relação aos medicamentos e tratamentos disponíveis – aqui a associação entre atitudes e práticas é bem mais clara e forte, sugerindo que o comportamento de maior risco se ancora numa sensação de confiança em relação aos progressos médicos no campo da gestão e tratamento do VIH. Isto, por um lado, será resultado dos efetivos avanços na ciência médica, mas por outro, dos sucessivos anúncios de descobertas, muitas vezes com promessas mais ou menos veladas, que concorrerão para essa sensação de confiança no futuro clínico e consequentemente para o relaxamento no domínio dos comportamentos preventivos. São igualmente significantes as associações entre a atitude do indivíduo em relação à sua responsabilidade individual na relação com os outros para contenção do VIH e as suas práticas. Em diferentes domínios de materialização do comportamento, verificou-se uma sistemática associação de uma atitude de alguma rejeição de responsabilidade individual e a adesão a práticas de risco. Esta será, porventura, uma outra dimensão comportamental a abordar em termos de educação para prevenção da infeção VIH.

Por último, uma das grandes conclusões do estudo remete para a importância dos contextos: os contextos no que diz respeito aos recursos e capitais de partida, com destaque para os capitais escolares, que são elevados na nossa amostra; os contextos onde os comportamentos têm lugar, onde ocasionalidade e oportunidade parecem ter um papel determinante nas práticas sexuais de risco; os contextos de enquadramento da ação ao nível das atitudes e predisposições para a ação; os contextos de emergência dos processos de (des)responsabilização pela transmissão do VIH – tudo isto aponta no sentido da necessária diversificação e pluralização de abordagens de prevenção, quer em termos de

conteúdos, quer em termos de meios a mobilizar, quer ainda dos grupos alvo a focar.

Tendo precisamente em conta a pluralidade de contextos de transmissão da infeção VIH entre os HSH, importa, por fim, apresentar um conjunto de recomendações no plano da intervenção, nomeadamente:

- Promoção de estudos transversais e prospetivos sobre a prevalência da infeção VIH entre os HSH em diversos contextos. Tais estudos permitem a monitorização do comportamento de algumas coortes e a identificação das necessidades de intervenção (Beyrer et al., 2012, p. 426). Estes estudos devem ser acompanhados por abordagens qualitativas sobre a experiência de vida dos HSH com VIH com vista a uma análise mais significativa sobre os fatores individuais, psicológicos e sociofamiliares que tornam esta população vulnerável a comportamentos de risco e a experiências de abuso (Mayer et al., 2012, p. 379; Andrasik, 2013).

- Elaboração de programas de intervenção especificamente voltados para os HSH. Trata-se, como vimos, de uma população com comportamentos diversificados e com atitudes distintas face à prevenção da infeção. Nesta linha, a especialização da intervenção deverá ir ao ponto de promover campanhas direcionadas, por exemplo, para os HSH seropositivos que consomem substâncias aditivas ilícitas; que utilizam as plataformas virtuais como microambientes de encontro e partilha de informação; que apresentam comportamentos sexuais de risco, como é o caso dos que têm sexo oral e anal desprotegido com múltiplos parceiros, e dos que praticam *barebacking sex*. As campanhas para além de uma especialização temática, devem ter em conta os diferentes grupos etários que compõem a população dos HSH.

- Promoção, através de sessões educativas e de sensibilização, da aquisição de competências comunicacionais entre os HSH com vista a conhecerem o estatuto serológico dos parceiros íntimos ou sexuais e a ultrapassarem as pré-noções sobre a infeção que os inibem de adotar comportamentos seguros. As referidas sessões devem ainda insistir na importância da realização do teste para o VIH e no aconselhamento para uma vida sexual saudável.

- Reforço dos cuidados de saúde que atendam as necessidades dos HSH através, por exemplo, de sessões de aconselhamento aos grupos etários mais jovens para a saúde sexual; da provisão mais alargada de cuidados ao nível do apoio psicológico e mental; do conhecimento, por parte dos médicos assistentes, de informação importante para a abordagem individual do paciente (e.g. fatores de vulnerabilidade psicológica, familiar e social).

- Adequação das campanhas para a redução do estigma social que recaí sobre esta população em diversos contextos (comunitário, social, familiar, laboral, escolar, de saúde, etc.) (Bowers et al., 2012, p. 299). Neste âmbito, há que continuar a insistir na importância do apoio das famílias e da comunidade para os HSH e do papel do sistema de ensino para a educação ao nível da saúde sexual dos HSH mais jovens e de outras minorias de género.

- Promoção de programas de formação dirigidos aos profissionais de saúde com vista ao fornecimento de cuidados, culturalmente, ajustados a este grupo social (Mayer et al., 2012, p. 379).

Por último, fechamos estas breves recomendações retomando a conclusão forte deste estudo: a prevenção do VIH e a da saúde sexual dos HSH deve ser considerada nos seus diversos contextos, isto é, como um todo. Ora, pensar os HSH como um todo implica considerá-los a título individual, conjugal e familiar. Enquanto indivíduos, é inegável que o respeito pelos princípios dos Direitos Humanos é uma das primeiras condições de combate, inclusive ao nível da linguagem, dos estereótipos e das diversas formas de discriminação que afeta esta população nos diferentes sistemas sociais (e.g., educação, saúde, trabalho, família). Como casal, os HSH podem ser pensados enquanto díades de risco, mas também como díades de oportunidades para a prevenção. Em países como os Estados Unidos da América, os programas de prevenção integram sessões de aconselhamento e orientação dos casais compostos por HSH revelando efeitos muito positivos ao nível da partilha do diagnóstico, da realização do teste para o VIH e do reforço da estabilidade da própria relação conjugal. Por fim, dada a diversidade de arranjos familiares e sexuais existentes nas nossas sociedades, a prevenção também tem que considerar que muitos HSH estão igualmente envolvidos em relações heterossexuais, têm filhos e fazem parte de estruturas familiares e comunitárias mais latas (Beyrer et al., 2012, p. 433). Pensar os HSH com VIH como um todo, implica assim considerá-los nos diversos contextos de existência.

Bibliografia

- Adam, B. , Husbands, W., Murray, J. & Maxwell, J. (2007). *Toronto Pride Survey*. Toronto: AIDS Comitee of Toronto (ACT); University of Windsor.
- Adam, Barry D., Husbands, Winston, Murray, James, & Maxwell, John. (2008). Circuits Networks, and HIV risk management. *AIDS Education & Prevention*, 20(5), 420-434.
- Adam, P. et al. (1998). HIV/AIDS preventive attitudes and behaviour of French and Swiss gay men in the era of new treatments: a comparison of two national surveys. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 34107).
- Ajzen, I. e Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Allen, V., Jr., Myers, H. & Ray, L. (2015). The Association Between Alcohol Consumption and Condom Use: Considering Correlates of HIV Risk Among Black Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 1-12. doi:10.1007/s10461-015-1075-1
- Alva, I., Blas, M., Garcia, P., Cabello, R. Kimball, A. M. & Holmes, K. (2007). Riesgos y beneficios del uso de Internet entre personas vivendo com VIH/SIDA en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 24(3), 248-53.
- Amirkhanian, Y. (2014). Social networks, sexual networks and HIV risk in men who have sex with men. *Current HIV/AIDS Reports*, 11(1), pp. 81-92.
- Andrasik, M. P., Valentine, S. E. & Pantalone, D. W. (2013). Sometimes You Just Have to Have a Lot of Bitter to Make It Sweet: Substance Abuse and Partner Abuse in the Lives of HIV-Positive Men Who Have Sex with Men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 25(3), 287-305. doi:10.1080/10538720.2013.807215
- Arreola, S., Santos, G. M., Beck, J., Sundararaj, M., Wilson, P. A., Hebert, P., Makafane, K., Do, T. D. & Ayala, G. (2015). Sexual Stigma, Criminalization, Investment, and Access to HIV Services Among Men Who have Sex with Men Worldwide. *AIDS Behaviour*, 19, 227-234.
- ASCF investigadores principais e associados. (1992). Analysis of sexual behaviour in France (ACSF). A comparison between two modes of investigation: telephone survey and face-to-face survey. *AIDS*, 6, 315–323.

Avena, Daniella Tebar (2010). A violência doméstica nas relações lésbicas: Realidades e mitos. *Aurora*, 7, 99-107. Disponível em: www.pucsp.br/revistaaurora

AVERT - Averting HIV and AIDS (2016). *Men who have sex with men, HIV and AIDS*. Disponível em: <http://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/men-sex-men>.

Baggaley R., White R. & Boily M. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 39 (4), 1048-63.

Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2014). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2012*. Lisboa: SICAD.

Bandura, Albert (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV. In Ralph DiClemente e John Peterson (Eds.) *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Nova Iorque: Plenum Press.

Barreda, V., Carballo-Diequez, A., Marone, R., Balán, I. C., Pando, M., & Ávila, M. (2010). Prevención del VIH/SIDA en los circuitos de levante HSH: una asignatura pendiente. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 41-62.

Bartos, M. et al. (1998). Treatments, intimacy and disclosure in the sexual practice of HIV-infected adults in Australia. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 23402.)

Bauermeister, J. A., Ventuneac, A., Pingel, E., & Parsons, J.T. (2012). Spectrums of Love: Examining the Relationship between Romantic Motivations and Sexual Risk among Young Gay and Bisexual Men. *AIDS Behaviour*, 16, 1549-1559.

Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.

Becker, S. & Begum, S. (1994). Reliability study of reporting of days since last sexual intercourse in Matlab, Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, 26, 291–299.

Berg, R. & Ross, Michael W. (2013). The second closet: A qualitative study of HIV stigma among seropositive gay men a southern U.S. city. *International Journal of Sexual Health*, 26: 186-199.

Beyrer, Chris, Sullivan, Patrick S., Sanchez, Jorge, Dowdy, David, Altman, Dennis, Trapence, Gift. et al. (2012). A call to action for comprehensive HIV services for

men who have sex with men. *Lancet*, 380(9839), 424-438. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61022-8

Biggar, R.J., Brinton, L.A., & Rosenthal, M.D. (1989) Trends in the number of sexual partners among American women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2, 497–502.

Blake, S. M., Ledsky, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R., & Hack, T. (2001). Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health*, 91(6), 940-946.

Bourne, A. (2012). Drug use among men who have sex with men: Implications for harm reduction. In C. Stoicescu (Ed.). *Global State of Harm Reduction 202*. London: Harm reduction International, 147-155.

Bowers. John R.; Branson, Catherine M.; Fletcher, Jesse B.; Reback, Cathy J. (2012), "Predictors of HIV sexual risk Behavior among men who have sex with men, men who have sex with men and womwn, and trnsgender women", *International Journal of Sexual Health*, 24, 290-302.

Breiding M.J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., & Mahendra, R.R. 2015. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Version 2.0*. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>

Buller, A. M., Devries, K. M., Howard, L. M., & Bacchus, L. J. (2014). Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 11(3), e1001609. doi: 10.1371/journal.pmed.1001609

Buss, David (1994). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. Nova Iorque: Basic Books.

Capaldi, D. (1999). The reliability of retrospective report for timing first sexual intercourse for adolescent males. *Journal Adolescent Health*, 11, 375–387.

Carvalho, H. (2008). *Análise de Multivariada de Dados Qualitativos: Utilização da Análise de Correspondências (SPSS)*. Lisboa: Sílabo.

Catania, J. A., Binson, D., Canchola, J., Pollack, L. M., Hauck, W., & Coates, T. J. (1996). Effects of interviewer gender, interviewer choice, and item wording on

responses to questions concerning sexual behaviour. *Public Opinion Quarterly*. 60, 345-375.

Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53–72.

Catania, J. A., Moskowitz, J.T., Ruiz, M., et al. (1996). A review of national AIDS-related behavioral surveys. *AIDS*, 10, 183–190.

Catania, J., McDermott, L., & Pollack, L. (1986). Questionnaire response bias and face to face interview sample bias in sexuality research. *Journal of Sexual Research*, 22, 52–72.

Catania, J.A., Binson, D., Van der Straten, A., et al. (1995). Methodological research on sexual behavior in the AIDS era. *Annual Review of Sex Research*, 6, 77–125.

Catania, J.A., Coates, T.J., Stall, R., et al. (1992) Prevalence of AIDS-related risk factors and condom use in the United States. *Science*, 258, 1101–1106.

Catania, J.A., Gibson, D.R., Chitwood, D.D., et al. (1990). Methodological problems in Cleland, J., Ferry, B. (1995) *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*. London, Taylor Francis.

Catania, J.A., Gibson, D.R., Marin, B., et al. (1990) Response bias in assessing sexual behaviors relevant to HIV transmission. *Evaluation and Program Planning*, 13, 19–29.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *Excessive alcohol use and risks to men's health*. Disponível em: <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/mens-health.htm> Acedido a: 15 Maio 2016.

Cleland, J., & Ferry, B. (Eds). (1995). *Sexual Behaviour and AIDS in the developing world*. London: Taylor and Francis.

Clement, U. (1990). Surveys of heterosexual behaviour. *Annual Review of Sex Research*, 1, 45–74.

Copas, A., Johnson, A.M., & Wadsworth, J. (1997) Assessing participation bias in a sexual behaviour survey: implications for measuring HIV risk. *AIDS*, 11, 783–790.

Conyers, Liza M. (2008), *HIV/AIDS and employment research: A need for an integrative approach*. *The Counseling Psychologists*, Sage, pp. 108-116. Disponível em <http://www.sagepub.com>

Crepaz N., Marks G., Mansergh G., Murphy S., Miller L.C., & Appleby, P.R. (2000). Age-related risk for HIV infection in men who have sex with men: examination of behavioral, relationship, and serostatus variables. *AIDS Education and Prevention*; 12:405–415.

Delamater J. (1974). Methodological issues in the study of pre-marital sexuality. *Sociological Methods Research*, 3, 30–61.

Departamento de Doenças Infeciosas do INSA, Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. (2014). Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014. In *Relatórios científicos e técnicos (Documento VIH/SIDA)*. 146. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).

Dias, I. (2016). A violência íntima entre casais do mesmo sexo: desafios teóricos e metodológicos. In Laura M. Nunes, Ana Sani & Sónia Caridade (Coord.). *Crime, justiça e sociedade: Visões Interdisciplinares*. Porto: Edições CRIAP, 25-53.

Diaz, R.M. (1998). *Latino gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior*. New York: Routledge.

Dilley, J. et al. (1998). Improved antiretroviral treatment does not affect sexual decision-making among the majority of men who have high risk sex with men. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 23130).

Dunne, M.P., Martin, N.G., Bailey, J.M., et al. (1997) Participation bias in a sexuality survey: psychological and behavioural characteristics of responders and non-responders. *International Journal of Epidemiology*, 26, 844–854.

Eisenberg, M. (2001). Differences in sexual risk behaviors between colleges students with same-sex and opposite sex experience: results from a national survey. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 575-589.

Elford, J. et al. (1998). New therapies for HIV and sexual risk behaviour among gay men in London. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 23106).

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), WHO Regional Office for Europe. (2015). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. Stockholm: ECDC.

Fisher, J. e Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 11, 455–474.

Fox, K. et al. (2001). Gonorrhoea in the HIV era: a reversal in trends among men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 91 (6), 959–964.

[Gallagher, C.](#), & [Laqueur, T.](#) (1987). *The Making of the Modern Body: Sexuality and Society in the Nineteenth Century*. Berkeley: [University of California Press](#).

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gonçalves, O. (2000). *Viver narrativamente- A Psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra, Quarteto Editora.

Greenacre, M. (2007). *Correspondence Analysis in Practice*, 2nd ed. London: Chapman & Hall / CRC.

Gribble, J.N., Miller, H.G., Rogers, S.M., et al. (1999). Interview mode and measurement of sexual behaviors: methodological issues. *Journal of Sexual Research*, 36, 16–24.

Guzman R., Colfax G.N., Wheeler S., Mansergh G., Marks G., Rader M., Buchbinder S. (2005). Negotiated safety relationships and sexual behavior among a diverse sample of HIV negative men who have sex with men. *JAIDS*, 38:82–6.

Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). Cluster Analysis. In *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*, 7th ed. (Upper Saddle River: Pearson Education), 477-536.

Halkitis, P., Parsons, J. & Wilton, L. (2003). Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behaviour. *Archives of Sexual Behaviour*, 32 (4), 351-357.

Halkitis, Perry N., Wilton, Leo, Wolitski, Richard J., Parsons, Jeffrey T., Hoff, Colleen C., & Bimbi, David S. (2005). Barebacking identity among HIV-positive gay and bisexual men: demographic, psychological, and behavioral correlates. *AIDS*, 19, S27-S35.

Harawa, N. T., Williams, J. K., Ramamurthi, H. C., Manago, C., Avina, S., & Jones, M. (2008). Sexual behavior, sexual identity, and substance abuse among low-income bisexual and non-gay-identifying African American men who have sex with men. *Arch Sex Behav*, 37(5), 748-762. doi:10.1007/s10508-008-9361-x

Herlitz, C.A.. & Steel, J.L. (2000). A decade of HIV/AIDS prevention in Sweden: changes in attitudes associated with HIV and sexual risk behaviour from 1987 to 1997. *AIDS*, 14, 881–890.

Hickson, F. et al. (1998). Treatment advances, risk taking and HIV testing history among gay men in the UK. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 14159).

Hobfoll, S. E. (1998). Ecology, community, and AIDS prevention. *American Journal of Community Psychology*, 26, 133–144.

Hospers, H., Kok, G., Harterink, P. et al. (2005). A new meeting place: chatting on the Internet, e-dating and sexual risk behaviour among Dutch men who have sex with men. *AIDS*, 19 (10), 1097-1101.

Houston, E., & McKirnan, D. (2007). Intimate partner abuse among gay and bisexual men: Risk correlates and health outcomes. *Journal of Urban Health*, 84 (5), 681–690.

INE, PORDATA. (2016) População residente do sexo masculino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%) em Portugal. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+masculino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-886](http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+masculino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-886)

INE. (2016). Taxa de desemprego, 1º trimestre de 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0005599&selTab=tab0

Johnson, A., Wadsworth, J., Wellings, K., & Field, J. (1994). *Sexual attitudes and lifestyles*. Oxford: Blackwell Scientific Press.

Johnson, W. D., Holtgrave, David R., McClellan, W. M., Flanders, W. D., Hill, A. N., & Goodman, M. (2005). HIV Intervention research for men who have sex with men: a 7-year update. *AIDS Education and Prevention*, 17(6), 568-589.

Kaufmann, J. C. (1996). *L'Entretien Compréhensif*. Paris:Nathan.

Kelly, J. et al. (1998a). AIDS treatment advances and perceived need to maintain safer sex practices among gay and bisexual men. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 23403).

Kelly, J. et al. (1998b). Protease inhibitor combination therapies and perceptions of gay men regarding AIDS severity and the need to maintain safer sex. *AIDS*, 121, 91–95.

Koblin, B., Torian, L., Vince, G. et al. (2000). High prevalence of HIV infection among young men who have sex with men in New York City. *AIDS*, 14 (12), 1793-2000.

Konings, E., Bantebya, G., Carael, M., et al. (1995). Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators. *AIDS*, 9, 375–382.

Kubicek, Katrina, McNeeley, Miles, & Collins, Shardae. (2015). Young Men Who Have Sex With Men's Experiences With Intimate Partner Violence. *Journal of Adolescent Research*. doi: 10.1177/0743558415584011

Kvale, S. (1996). *Interviews – An Introduction to qualitative research interviewing*. California: Sage Publications.

Lampe, F., Phillips, A., Rodger, A. & Apeakman, A. (2011). *Antiretrovirals, Sexual Transmission Risk and Attitudes (ASTRA) Study Group: Male Questionnaire*. Document available on request: <http://www.astra-study.org/astra/docs>

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

Lavoie, R., et al. (1998). Attitudes towards the new triple-therapies and safer sex: what a mix! 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 34277).

Leigh, B., & Stall, R. (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, 48 (10), 1035-1045.

Leserman J., Petitto J.M., Gu H., Gaynes B.N., Barroso J., Golden R.N., Perkins D.O., Folds J.D., & Evans D.L. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychol Med*. 2002 Aug. 32(6), 1059-73.

Letellier, P. (1994). Gay and bisexual male domestic violence victimization: Challenges to feminist theory and responses to violence. *Violence and Victims*, 9(2), 95-106.

Maticka-Tyndale, E.; Adam, Barry D.; Cohen, Jeffrey J. (2002). To work or not work: Combination therapies and HIV. *Qualitative Health Research*, Sage, 1353-1372. Disponível em <http://qhr.sagepub.com/content/12/10/1353.Short>

Mayer, Kenneth H.; Bekker, Linda-Gail; Stall, Ron; Grulich, Andrew E.; Colfax, Grant; Lama, Javier R. (2012). Comprehensive clinical care for men who have sex with men: na integrated approach. *Lancet*, 380, 378-87.

McFarlane, M., & St Lawrence, J.S. (1999). Adolescents 'recall of sexual behaviour: consistency of self-report and effect of variations in recall duration. *Journal Adolescent Health*, 25, 199–206.

Mooi, E., & Sarstedt, M. (2011). Cluster analysis. In *A concise Guide to Market Research. The Process, Data and Methods using IBM SPSS Statistics*. Berlin: Springer-Verlag .

Murphy, S.T. et al. (1998). Antiretroviral drugs and sexual behavior in gay and bisexual men: when optimism enhances risk. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 14137).

Mustanski, B. S., Newcomb, M. E., Bois, S. N. D., Garcia, S. C., & Grov, C. (2011). HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk, and Protector Factors, and Interventions. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 218–253.

Nardone, A., Dodds, J.P., Mercey, D.E., et al. (1998). Active surveillance of sexual behaviour among homosexual men in London. *Communicable Disease and Public Health*, 1, 197–201.

Nieves-Rosa, L., Carballo-Dieguez, A., & Dolezal, C. (2000). Domestic abuse and HIV-risk behavior in Latin American men who have sex with men in New York City. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 11 (1), 77–90.

Nixon, S. & Renwick, R. (2003). Experiences of contemplating returning to work for people living with HIV/AIDS. *Qualitative Research*, Sage, 1272-1290. Disponível em <http://qhr.sagepub.com/content/13/9/1272.refs.html>

Oliveira, S., Esteves, F & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research*, 229, 167-173, DOI 10.1016/j.psychres.2015.07.047.

Ostrow, D.G. et al. (1998). The impact of new combination HIV therapies on knowledge, attitudes, and behaviors among Chicago gay men. 12th World AIDS Conference, Geneva, June–July (Abstract 43260.)

Pampel, F. (2000). *Logistic Regression: A Primer*. Sage quantitative applications in the Social Sciences Series, 132. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose - PN VIH/SIDA. (2013). *Portugal Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose - PN VIH/SIDA. (2015). *Portugal Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Public Health England (2014). *HIV and STIs in men who have sex with men in London*. London: PHE.

Purcell D., Moss S., Remien R., Woods W., & Parson J. (2005). Illicit substance use, sexual risk, and HIV-positive gay and bisexual men: differences by serostatus of casual partners. *AIDS*, 19 (1), S37–47.

Ramos, M. & Carvalho, H. (2011). Perceptions of quantitative methods in higher education: Mapping student's profile. *Higher Education* 61, 629-647.

Rebak, C., Grant, D., Fletcher, J., et al. (2005). Text Messaging Reduces HIV Risk Behaviors Among Methamphetamine-Using Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 16 (7), 1993-2022.

Rodden, P., Crawford, J., & Kippax, S. (1995). Project male-call: Class differences in sexual practice. In P. Aggleton (Ed.), *AIDS foundations for the future. Social aspects of AIDS*. London: Taylor & Francis, 65-80.

Rogers J. (1982). The rescission of behaviours: inconsistent responses in adolescent sexuality data. *Social Science Research*, 11, 280–296.

Saewyc, Elizabeth, Skay, Carol, Richens, Kimberly, Reis, Elizabeth, Poon, Colleen, & Murphy, Aileen. (2006). Sexual Orientation, Sexual Abuse, and HIV-Risk Behaviors Among Adolescents in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1104-1110. doi: 10.2105/AJPH.2005.065870

Sanders, S.A. & Reinisch, J.M. (1999). Would you say you “had sex”if...? *JAMA*, 281, 275–277
Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. New York: Oxford University press.

Santos, A. (2012). Entre duas mulheres isso não acontece – Um estudo exploratório sobre a violência conjugal lésbica. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98, 3-24.

Savin-Williams R.C. (2006). Who's Gay? Does It Matter?. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 40–44.

Schneider, J., King, J, Macnab, G.M., et al. (1977). Hepatitis-B surface antigen and antibody in black and white patients with venereal diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 53, 372–374.

Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2002). Motivations associated with methamphetamine use among HIV men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 149-156. doi:10.1016/S0740-5472(02)00223-4

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. (2015). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências - Relatório anual - 2014*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90–132.

Spencer, L., Faulkner, A., & Keegan, J. (1988). *Talking about sex*. London: SCPR.

Stall R., Paul J., Greenwood G., Pollack L., Bein E., Crosby G., et al. (2001). Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction*, 96 (11),1589–601.

Symons, Donald (1979). *The evolution of human sexuality*. Oxford: Oxford University Press

Trapence, G., Collins, C., Avrett, S., Carr, R., Sanchez, H., Ayala, G. et al. (2012). From personal survival to public health: community leadership by men who have sex with men in the response to HIV. *Lancet*, 380(9839), 400-410. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60834-4

Trapence, G., Collins, C., Avrett, S., Carr, R., Sanchez, H., Ayla, G., Diouf, D., Buss, D. M. (1994). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.

UNAIDS (2014). The Gap Report. Geneve: UNAIDS.

UNAIDS. (2015). *UNAIDS Terminology Guidelines*. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf

United Nations Population Fund, Global Forum on MSM & HIV, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. (2015). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Population Fund.

Valleroy, L.A., MacKellar, D.A., Karon, J.M., et al. (2000). HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. *JAMA*, 284 (2), 198-204.

Van De Ven, P. et al. (2000). A scale of optimism-scepticism in the context of HIV treatments. *AIDS Care*, 12(2), 171-176.

Van Duynhoven, Y., Nagelkerke N., & Van De Laar, M. (1999). Reliability of self-reported sexual histories: test-retest and interpartner comparison in a sexually transmitted diseases clinic. *Sexually Transmitted Diseases*, 26, 33–42.

Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P., & Purcell, D. (2012). A Review of the Literature on Event-Level Substance Use and Sexual Risk Behavior Among Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1394-1410. doi:10.1007/s10461-011-0131-8

Widman, L., Golin, C. E., Grodensky, C. A., & Suchindran, C. (2013). Do safer sex self-efficacy, attitudes toward condoms, and HIV transmission risk beliefs differ among men who have sex with men, heterosexual men, and women living with HIV? *AIDS Behav*, 17(5), 1873-1882. doi: 10.1007/s10461-011-0108-7

World Health Organization (2015). *HIV and young men who have sex with men. A technical brief*. Geneve: WHO.

Wood, B., Goldbaum, G., Okita, K. (1998a). HIV/AIDS program report: changing sexual behavior reported by men who have sex with men attending Seattle’s main HIV counseling & testing site, 1988–1997. *HIV/AIDS Quarterly Epidemiology Report*, 28–30. Seattle: Washington State Department of Health.

Wood, R.W., Goldbaum, G., Okita, K. (1998b). Changing sexual behavior in men who have sex with men seen at a Seattle HIV testing site, 1988–1997. *12th World AIDS Conference*, Geneva, Junho-Julho (Abstract 23102).

Young, R.M., & Meyer I.H. (2005). The Trouble With “MSM” and “WSW”: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health*, 95, 1144–1149.