

SANDRA DO CARMO CAMPOS FERREIRA DE SÁ

PROJECTO DE DISSERTAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA DESPORTIVA

**“COMPORTAMENTOS, CONHECIMENTOS E ATITUDES
FACE AO VIH/SIDA: ESTUDO COM JOVENS ATLETAS DE
ALTA COMPETIÇÃO”**

2005

UNIVERSIDADE DO MINHO

Dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia do Desporto e da Actividade Física – sob orientação do Prof. Doutor José Cruz e co – orientação Prof. Doutor Leandro de Almeida.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste mestrado só foi possível devido ao apoio de diversas pessoas e de algumas Instituições, tais como:

Ao Prof. Doutor José Cruz, pela orientação, pelo material fornecido e pela fantástica forma de vida com que nos faz encarar as situações.

Ao Prof. Leandro Almeida, pela sua compreensão e pelo apoio que foi dando (muitas vezes via e-mail).

Ao Prof. José Barros pelos imensos questionários que passou aos seus alunos do Instituto Superior da Maia (ISMAI).

Ao Académico Basket Club, principalmente aos atletas que tornaram possível recolher muita informação fundamental para o meu trabalho.

Ao “povo” do atletismo, do Sporting Clube de Portugal, Futebol Clube do Porto, S. C. Braga, Centro de Atletismo da Madeira, S. L. Benfica, Boavista Futebol Clube, etc., que em muitos meetings e Campeonatos Nacionais disponham sempre de 5 minutos para preencherem os questionários.

Aos meus pais que sempre me apoiaram nos estudos e por permitirem-me “andar nas maluqueiras do atletismo”, bem como aos meus irmãos, cunhados (as) e sobrinhos (as).

Aos amigos pelos momentos divertidos e outros mais sérios e que sem eles a minha vida tornar-se-ia muito aborrecida: Cláudia Dias, Daniela Gomes, André, Rui Gomes, Isabel Viveiros, Helena, Sónia, Rita, Hélder e Marta.

Agradecer à Sameiro que desde dos meus 11 anos foi uma treinadora exigente e contribui muito para aquilo que sou hoje. Obrigada pela tua amizade.

Não posso também deixar de agradecer às Irmãs Adoradoras por permitirem-me ser parte integrante da sua obra (o quanto eu aprendi), um agradecimento especial para a Irmã Eusebia que partilhou as minhas angústias, incentivou-me e acima de tudo permitiu que eu “roubasse” algum tempo de serviço para acabar este trabalho.

Por fim quero agradecer ao “Jota” por todo o apoio e amor que me tem dado.

RESUMO

A modificação dos comportamentos de risco e o estudo dos factores psicossociais associados a tais comportamentos têm vindo a assumir um papel central no domínio da prevenção do VIH/SIDA. Com efeito, têm sido vários os factores psicossociais relacionados com práticas de risco, por um lado, e com a adopção de comportamentos e estratégias de protecção contra a infecção do VIH/SIDA. É o caso, entre outras, de variáveis como o grau de conhecimentos, as crenças e normas sociais partilhadas pelo grupo de pares e outros significativos, as atitudes favoráveis ou desfavoráveis relativamente a comportamentos de prevenção e protecção, a percepção de controlo e de eficácia pessoal na execução de comportamentos preventivos e as percepções relativamente aos custos e benefícios dos comportamentos de risco ou preventivos.

Nos últimos anos têm sido evidentes alguns modelos teóricos mais amplos e integradores dos factores e processos mediadores implicados nos comportamentos de risco e protecção face à infecção do HIV/SIDA. A este propósito três modelos têm-se destacado e assumido particular relevância no estudo e compreensão da prevenção do HIV/SIDA: a) a Teoria da Acção Racional e uma sua extensão, a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1988; Fishbein & Middlestadt, 1989); b) a Teoria Social Cognitiva e da Auto-Eficácia (Bandura, 1992,1994); e c) o Modelo da Informação, Motivação e Competências Comportamentais de Redução do Risco da SIDA (Fisher et al., 1992,1996; Fisher, 1998).

Paralelamente, a população de adolescentes e jovens adultos tem vindo a assumir uma preponderância crescente enquanto população-alvo das campanhas de informação e prevenção do VIH/SIDA.

Após a abordagem da etiologia, aspectos psicossociais e epidemiologia da SIDA, são analisados vários modelos teóricos de prevenção do VIH/SIDA. Por último, no estudo aqui apresentado centrou-se a atenção numa população específica de jovens adultos: os atletas de alta competição. Os objectivos centrais consistiram em identificar e relacionar variáveis psicossociais como comportamentos e práticas sexuais, conhecimentos, atitudes e crenças, com a intenção comportamental de utilização do preservativo na próxima relação sexual. Os resultados obtidos verificaram: a) a elevada prevalência de alguns comportamentos sexuais de risco e não seguros nos jovens atletas; b) a não existência de relações significativas entre o grau de conhecimentos e as outras variáveis psicossociais; e c) As percepções de controle pessoal e as expectativas de auto-eficácia, conjuntamente com outras variáveis atitudinais, cognitivas e motivacionais constituíam bons predictores do uso do preservativo. Finalmente, são também sugeridas algumas implicações práticas para a prevenção do VIH/SIDA.

ABSTRACT

Changing human risk behaviors and the study of psychosocial factors associated to such behaviors are assuming a growing role in the HIV/AIDS prevention domain. Several psychosocial factors have been related with risk practices and behaviors, as well as with the adoption of protection behaviors and strategies against HIV/AIDS infection. It is the case, among others, of variables such as the level of knowledgement about HIV/AIDS, beliefs and social norms shared by peer groups and significant others, attitudes concerning preventive and protective behaviors, perception of personal control and self-efficacy beliefs, and perceptions of costs and benefits or protective or risk behaviors.

Some recent integrative theoretical models have emerged in the literature on HIV and AIDS prevention. It is the case of the Theory of Reasoned Action and Planned Behavior, the Social Cognitive and Self-Efficacy Theory, and the Model of Information, Motivation and Behavioral Skills of AIDS Risk Reduction.

In addition, the adolescent and young adults population is assuming a growing relevance as a target of AIDS information and prevention programs.

After analysing the etiology, psychosocial and epidemic perspectives, several theories and models of AIDS prevention are presented. Following such approaches, a study with a specific and special young population (high competition athletes) is presented. The main goals of such study were concerned with the identification and relationships of psychosocial variables such as sexual behaviors, HIV/AIDS knowledge, attitudes and beliefs, with the behavioral intention of condom use in the next sexual encounter. Results suggest the following observations: a) the high prevalence of AIDS unsafe and risk behaviors; b) no significant relationships between AIDS knowledge and other psychosocial variables were found; and c) personal control beliefs and self-efficacy, with some other atitudinal, cognitive and motivacional variables, were found to be good predictors of condom use among young athletes. Finnaly, some practical implications for HIV/AIDS prevention programs are also suggested.

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

Figura 1	– Estimativa Mundial do VIH/SIDA em 2005 (Adultos e Crianças)-----	33
Figura 2	– Incidência anual de SIDA em Espanha. Registo Nacional de SIDA. Actualização a 30 de Junho de 2005-----	41
Figura 3	– Casos de SIDA diagnosticados em Espanha em 2004 Distribuição por categoria de transmissão Actualização a 30 Junho de 2005-----	42
Figura 4	– Factores que determinam o comportamento de acordo com a Teoria da Acção Racional-----	52
Figura 5	– Pirâmide onde se encontra o comportamento, de acordo com a Teoria Social – Cognitiva e Auto – Eficácia-----	55
Figura 6	– Agentes do Modelo de Crenças da Saúde-----	59
Figura 7	– Estádios do processo de mudança de acordo com o Modelo de Redução de Risco SIDA-----	63
Figura 8	– Componentes do Modelo de Informação/Competências Comportamentais/Motivação-----	66

Quadros

Quadro 1	– Casos de SIDA por ano de diagnóstico, grupo etário e sexo (masculino/feminino) – 01/01/1983 – 30/06/2005-----	37
Quadro 2	– Distribuição dos casos de SIDA por distrito de residência (01/01/19983 – 30/06/2005)-----	40
Quadro 3	– Características Demográficas da amostra-----	78
Quadro 4	– Comportamento sexual dos atletas-----	82
Quadro 5	– Comportamento dos atletas sexualmente activos nos últimos 3 meses-----	84
Quadro 6	– Comportamento dos atletas na última relação/encontro sexual-----	85
Quadro 7	– Estatísticas descritivas relativas às variáveis em estudos-----	86
Quadro 8	– Percentagens de respostas correctas ao questionário de conhecimentos sobre VIH nos EUA e em Portugal-----	87

Quadro 9	– Importância percebida das fontes de (in)formação sexual-----	89
Quadro 10	– Atitudes face à utilização do preservativo no próximo encontro sexual-----	89
Quadro 11	– Diferenças nas medidas das intenções em relação ao uso do preservativo no próximo encontro sexual-----	90
Quadro 12	– Inter- correlações entre as variáveis-----	91
Quadro 13	– Diferenças nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças em relação ao uso de preservativo entre atletas do sexo feminino e masculino-----	92
Quadro 14	– Diferenças em função da estabilidade da relação, nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças-----	93
Quadro 15	– Diferenças em função do nível de conhecimento, nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças-----	94
Quadro 16	– Diferenças nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças em relação ao uso ou não uso do preservativo nos últimos 3 meses-----	95
Quadro 17	– Diferenças nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças em função da intenção de usar ou não usar o preservativo no próximo encontro sexual-----	96
Quadro 18	– Sumário da análise de regressão múltipla: Intenção de usar preservativo na próxima relação sexual-----	97

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I Parte – PREVENÇÃO DA INFECCÃO PELO VIH/SIDA	3
Capítulo 1 – A INFECCÃO PELO VIH/SIDA	4
1.1 – Introdução	4
1.2 – Noções Gerais	4
1.2.1 – Aspectos históricos	4
1.2.2 – Ciclo Viral do VIH e o Sistema Imunitário	9
1.2.3 – Formas de Transmissão	16
1.2.4 – Comportamentos que Minimizam o Risco	19
1.2.5 – Grupos de Risco	22
1.3 – Aspectos Psicossociais	25
1.4 – Suporte Social	27
1.5 - Dados Epidemiológicos	28
1.5.1 – Mundo	29
1.5.2 – Europa	33
1.5.3 – Península Ibérica	35
Portugal	
Espanha	
Capítulo 2 – VIH EM ATLETAS DE ALTA COMPETIÇÃO	45
2.1 – Introdução	45
2.2 – Agentes de Prevenção	46
2.2.1 – Pares	47
2.2.2 – Treinadores	48
2.2.3 – Pais	49
2.2.4 – Mass Media	50
2.3 – Modelos Teóricos de Mudanças de Comportamentos	50
2.3.1 – Modelos Gerais	51
Modelo da Acção Racional	51

Modelo de Aprendizagem Social Cognitiva e Auto – Eficácia -----	54
Modelo de Crenças de Saúde -----	57
Modelo Transteórico -----	60
2.3.2 – Modelos Específicos de Redução de Risco para a infecção pelo VIH -----	61
Modelo de Redução de Risco de SIDA -----	62
Modelo Informação / Competência / Comportamentais Motivação-----	65
2.4 – Avaliação de Programas de Prevenção -----	69
II Parte – ESTUDO E INVESTIGAÇÃO-----	73
Capítulo 3 – PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM JOVENS ATLETAS DE ALTA COMPETIÇÃO: ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS, PRÁTICAS SEXUAIS, CONHECIMENTOS E ATITUDES-----	74
3.1 – Introdução -----	74
3.1.1 – Definição dos objectivos do estudo-----	76
3.2 – Metodologia-----	77
3.2.1 – Amostra - Sujeitos -----	77
3.2.2 – Instrumentos e medidas -----	78
3.3 – Resultados -----	82
3.4 – Conhecimentos e atitudes dos atletas face ao VIH/SIDA -----	86
Capítulo 4 – DISCUSSÕES E CONCLUSÕES -----	98
REFERÊNCIAS -----	102

ANEXOS ----- 117

- Anexo 1 – Número estimado de Pessoas infectadas com o VIH – Quadro Comparativo, final 2003 e 2001 (Adultos e Crianças).
- Anexo 2 – Casos de SIDA por área geográfica, idade na altura do diagnóstico, sexo e ano de diagnóstico (1999 – 2003), com ajuste por atraso de notificação e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003.
- Anexo 3 – Casos de SIDA por área geográfica*, sexo, grupo de transmissão e ano de notificação (1999 – 2003) e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003*.
- Anexo 4 – Casos de SIDA e taxas de incidência por milhão de habitantes, por país e ano de diagnóstico (1999 – 2003) com ajuste por atraso de notificação e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003.
- Anexo 5 – “Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção face à SIDA”
- Anexo 6 – “Questionário de Conhecimento do VIH”

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é provocada por um vírus que se propaga através de determinados comportamentos considerados de risco, tendo alcançado um grupo pequeno de indivíduos mas, que subitamente e silenciosamente se expandiu (Kalichman, 1998; Montagnier, 1994).

Esta doença tem sido a que mais preocupa a comunidade científica, preocupação relacionada com o aumento catastrófico do número de pessoas infectadas dos diversos grupos socioculturais, étnicos e etários, bem como pela inexistência de uma cura e de uma vacina.

Devido à gravidade da situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS; 1987) teve necessidade de efectuar, a nível mundial, um esforço para combater os efeitos sociais, económicos, demográficos e culturais da SIDA, criando para o efeito o Programa Global da SIDA (Teixeira, 1993). Os objectivos deste programa passam por combinar esforços de prevenção e mobilização de recursos, com o intuito de enfrentar os problemas que esta doença acarreta, quer para os sujeitos contagiados, quer para as suas famílias e para os técnicos de saúde. As principais tarefas deste programa estão relacionadas com a prevenção primária, secundária e terciária, visam por um lado, mudar os comportamentos que estão subjacentes à transmissão como forma de defesa da infecção, por outro lado, procuram incentivar os sujeitos já infectados a mudarem os seus comportamentos com o objectivo de não contaminarem outras pessoas. Com efeito, não obstante, da doença ser do foro biológico, a epidemia em si é um fenómeno psicossocial, pelo que é necessário adoptar e manter comportamentos preventivos que travem a infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (DiClemente, 1992).

Assim, a Psicologia é das ciências que em melhor posição se encontra para dar uma resposta eficaz aos problemas da SIDA com que o mundo foi confrontado (Teixeira, 1993). A contribuição dos Psicólogos ao estudarem o comportamento humano pode ser muito preciosa para a mudança de atitudes e de comportamentos, uma vez que, têm uma voz activa aquando do planeamento das campanhas preventivas e nas suas avaliações. Desta forma, têm a oportunidade de sensibilizar as pessoas à mudança comportamental, com o objectivo de travar a transmissão do vírus. De facto, apesar de ainda não ter encontrado uma cura ou vacina para travar os avanços dos vírus, os governos têm apostado muito na prevenção primária como forma de responder ao aumento do número de pessoas infectadas que, por sua vez, podem contaminar outras. Segundo Teixeira (1993), o grande objectivo da prevenção primária passa por reduzir o contágio e a propagação do VIH, pelo que, a Psicologia assume aqui um papel relevante, na medida em que pode contribuir de forma significativa para a mudança de

comportamentos e atitudes, evitando a transmissão do vírus. Contudo, foi necessário adaptar os programas de prevenção primária ao grupo a que se destinavam, sendo esta variabilidade importante porque um programa direccionado para os adolescentes terá que ser totalmente diferente de um programa direccionado para toxicodependentes, atletas, prostitutas, heterossexuais, etc. Em concreto, na criação destes programas é essencial ter em consideração as dinâmicas horizontais específicas de cada população. Se optarmos por colocar de parte esta premissa, poderemos cair no erro de criarmos programas desajustados às necessidades de cada grupo (Svenson & Hanson, 1996). A este respeito, como será abordado de forma mais detalhada noutro capítulo deste trabalho, a vertente da Psicologia que visa promover a saúde contribui com vários modelos, que pelo seu carácter geral ou específico, deram um contributo indispensável à mudança comportamental (Ribeiro, 1989). No entanto, há a necessidade que a Psicologia revise os modelos e as escalas de investigação que caracterizam as ciências do comportamento (Kelly, Murphy, Sikkema & Kalichman, 1993), devendo também incrementar, comparar e difundir planos efectivos que possibilitem o apoio emocional a quem ainda não está contaminado (Hulley & Hearst, 1989).

Apesar de todos os dias sermos testemunhas das mais variadas campanhas preventivas, apropriadas às realidades socioculturais, étarias e psicológicas dos elementos de uma determinada comunidade, não existe ainda uma preocupação em avaliar os resultados desses programas (Fisher & Fisher, 1996). Decorrendo do exposto anteriormente, este trabalho tem como objectivo mostrar os comportamentos, conhecimentos e atitudes face ao VIH de atletas portugueses de alta competição, mais concretamente, pretende-se analisar a forma como os comportamentos, conhecimentos e atitudes face ao VIH se relacionam, testando as hipóteses da Teoria da Acção Racional (TAR) e do Modelo da Informação/Competências Comportamentais e Motivação (ICCM) no que se refere ao uso do preservativo como estratégia de protecção do VIH/SIDA na população de jovens/adultos atletas de alta competição portugueses. Para o efeito, foram utilizados dois questionários – “Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção face à SIDA” e o “Questionário de Conhecimento do VIH” (Cruz, 1988).

I PARTE – PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VIH/SIDA

CAPÍTULO 1

A INFECCÃO PELO VIH/SIDA

1.1 – Introdução

A grande praga do século XXI, conhecida como VIH, ataca todo o sistema imunológico responsável pela defesa do organismo. A SIDA é também conhecida como sendo um vírus contagioso, propagando-se através de determinados comportamentos específicos, expandindo-se súbita e silenciosamente (Kalichman, 1998; Montagnier, 1994), o que lhe granjeou, rapidamente, o estatuto de epidemia internacional.

Na verdade, desde a Idade Média, aquando do aparecimento da Peste Negra – um “cocktail” de peste *bubónica spectemica* e pneumonia que matou 1/3 da população europeia (Kishlansky, Geary & O’Brien, 1991; Ziegler, 1969) – nunca uma outra epidemia tomou proporções tão grandes e devastadoras como o VIH.

A inteligência deste vírus tem sido, até ao momento, um obstáculo para todas as organizações que procuram uma cura, uma vez que VIH acaba sempre por vencer a tecnologia. Adicionalmente, como não há certeza em relação ou à sua progressão (Kalichman, 1998), este vírus tornou-se na mais letal de todas as epidemias até hoje conhecidas, já tendo dizimado, por todo o mundo, milhões de “ indivíduos, famílias, comunidades e sociedades”, continuando a infectar muitos mais, independentemente da idade, cor e estatuto social (Kalichman, 1998).

Para entendermos, um pouco melhor a história do VIH, teremos que recuar um pouco no tempo e percorrer o “curriculum” epidemiológico deste vírus: como e onde surgiu? E qual o seu curso?

1.2- Noções gerais

1.2.1- Aspectos Históricos

O primeiro caso, que tenhamos conhecimento, de infecção por VIH, surgiu em meados de 1950 na África Central, onde foram encontradas quantidades significativas de anticorpos com características específicas na corrente sanguínea de algumas espécies (Gallo, 1987;1988).

Em 1981, o vírus tinha chegado aos chamados países desenvolvidos, sendo identificado nos E.U.A o primeiro caso de VIH. O *Centre For Disease Control and Prevention* (CDC) declarou a existência de cinco jovens homossexuais, supostamente

saudáveis, com uma forma rara de pneumonia conhecida como *Pneumocystis Carinii* (Fauci, A. S., Macher, A. M., Longo, D.L., Lane, H. C., Rook, A. H., Masur, H., & Gelmann, E.P., 1984; Gallo, 1987). Mais tarde, o CDC identificou mais dez casos de indivíduos também homossexuais – com o sarcoma de Kaposi, conhecido como sendo uma rara forma de cancro. Todos eles apresentavam algo em comum, uma drástica diminuição dos linfócitos T4 (Montagnier, 1994; Schoub, 1994; Teixeira, 1993; Kalichman, 1998).

Por ser uma doença que surgiu em particular numa população de homossexuais, passou a ser conhecida por *Gay Compromise Syndrome* (GCS) ou por *Gay Related Imuno Deficiency* (GRID) (Montagnier, 1994; Weinberg, William & Prior, 1994), incidindo numa falsa crença de que era unicamente característico dos homossexuais.

Em termos cronológicos, é-nos impossível especificar uma data ou ano de forma a situar o aparecimento do VIH no homem, mas na ciência existem algumas teorias que tentam explicar como e quando surgiu esta doença (Kalichman, 1998).

A primeira teoria tenta introduzir a ideia de que a SIDA já existe no mundo há muito tempo e que só agora a reconhecemos, porém não recebe muitos apoiantes. Uma segunda teoria sustenta que o vírus evoluiu através de mutações de um antigo vírus de origem não-patogénica. Por fim, uma terceira teoria, que é de todas a mais plausível, visto que ainda continua a ser discutida, sugere a possibilidade do vírus ter surgido de um sistema conhecido por Zoonosis, segundo esta explicação, apesar do VIH ter surgido no sistema humano a sua origem não é humana, argumentos que são fundamentados no facto de que vírus similares terem sido descobertos em comunidades de macacos de áreas da região de África, onde o homem tomou, pela primeira vez, conhecimento do primeiro caso de VIH (Gondsmi, 1997), contudo, esta hipótese ainda não foi totalmente aceite. O VIH desenvolveu-se nos humanos que habitavam nas regiões da África Central, tendo-se propagado mais tarde para todos os cantos do mundo (Gallo, 1988; Mann & Tarantola, 1996), o que veio corroborar esta teoria. Os meios de transporte que o vírus usou para a sua proliferação foram viagens internacionais e de comércio transcontinental. Epidemiologicamente, existem dados que sustentam esta teoria.

No ano de 1982, o VIH foi encontrado em indivíduos, não homossexuais, num grupo exclusivo constituído por heroinómanos, hemofílicos, haitianos e homossexuais. Esta doença passou então a ser rotulada como sendo a doença dos quatro H, devido ao facto de nestes quatro grupos, em particular, se encontrar um elevado número de incidências (Costa, 1996; Weinberg., M.S., Williams, C.J. & Pryor, D.W., 1994). Esta nova descoberta veio deitar por terra a terminologia até então utilizada, que necessitou de uma reformulação por se concluir que esta doença não é característica dos homossexuais, mas sim, de um grupo de pessoas

muito mais extenso. Devido a esta descoberta, a doença passou a ser denominada, desde 1982, como VIH ou SIDA (Montagnier, 1994; Weinberg, M.S., Williams, C.J. & Pryor, D.W. 1994).

Os indivíduos que apresentavam esta síndrome, em particular, tinham em comum um débil sistema imunitário que progressivamente se tornava susceptível a inúmeras doenças ou infecções (e.g., gripe). O mundo defrontava-se com algo que sofria constantes mutações, incapacitando os cientistas de descobrir algo que combatesse este estranho e mortal vírus. O pouco conhecimento sobre esta nova praga fez com que, entre 1981 e 1990, fossem publicados mais de 32.700 artigos científicos sobre o VIH (Elford, J., Bor, R., & Summers, P., 1991). A pouca informação sobre este novo, mas letal vírus, era escassa, apanhou “desprevenido” o sistema imunitário, bem como as pessoas, provocando um aumento sem precedentes de infectados que não sabiam e nem se podiam defenderem (Montagnier, 1994). Como resultado deste investimento, muitos dos mistérios em volta deste vírus, até então desconhecido, vieram à superfície, proporcionando à ciência uma maior variedade de tratamentos para combater o VIH/SIDA (Kalichman, 1998).

Uma data a salientar é 1983, ano em que o agente responsável pelo vírus do VIH foi isolado e divulgado por Luc Montagnier juntamente e seus colaboradores. No EUA a proeza deveu-se a Gallo (Montagnier, 1994). O isolamento deste agente permitiu concluir que o VIH é um retrovírus pertencente ao grupo da *Cytopathia Lentiviruses* (Kalichman, 1998). Este retrovírus altera a composição genética das células, acabando por destruí-las (Hall & O`Grady, 1989) através de um processo complicado e denominado de transcriptase reversa (Rosemberg & Fauci, 1991). Nos finais dos anos 70, o *National Cancer Institute* (NCI) pesquisou e identificou o primeiro retrovírus humano, apelidado de vírus linfotrópico do tipo I (VHI) (kalichman, 1998), na versão inglesa é conhecido por HIV (Schoub, 1994).

Posteriormente, mais dois grupos foram incluídos e identificados como sendo grupos de risco – prostitutas e toxicodependentes – populações em que as formas de transmissão passariam pelos contactos sexuais e partilha de seringas, entre outros. Devido ao facto de esta doença estar associada a grupos específicos, ficou a ser conhecida como a doença que só “acontece aos outros”. Com efeito, as ilações erradas associadas ao VIH/SIDA fazem com que os heterossexuais criassem a ilusão que estão seguros e que não necessitavam de se preocupar, pois não se incluíam nos denominados grupos de risco. Como consequência não adoptavam comportamentos de prevenção, facilitando a propagação em cadeia do vírus (Coates, 1988), assim, por se refugiarem numa “falsa segurança”, bem como pelo facto de se envolverem sexualmente com vários parceiros, nos EUA estes indivíduos começaram por ser

designados de “Paciente Zero”. Estes sujeitos, sem o saberem, acabam por “ramificar” a doença por várias zonas de um país ou continente.

Os primeiros testes da SIDA foram realizados em 1985, tendo como função detectar, através da corrente sanguínea, a existência ou não de anti-corpos para o VIH. Desta forma, é possível avaliar o número de sujeitos que tenham mantido contacto com a doença e possam estar infectados (Montagnier, 1994). Em 1986 foi encontrada uma nova linhagem do retrovírus – VIH 2 – embora possuísse características diferentes, estava relacionada com o avanço da SIDA. Este novo retrovírus foi descoberto por Luc Montagnier, do Instituto Pastoral de França (Kalichman, 1998), com o apoio dos investigadores portugueses Odete Ferreira e J. Champlimaud (Montagnier, 1994). Os laboratórios do NCI descobriram uma segunda forma de leucemia causada pelo retrovírus VIH 2. A descoberta de dois retrovírus que provocam leucemia nos humanos trouxe respostas para questões que perduravam desde a década anterior ao aparecimento da SIDA (Kalichman, 1998). Recentemente, a OMS revelou que entre 1995 e 2000, o vírus aumentou em quatro vezes a sua resistência aos medicamentos.

A SIDA parece partilhar características quer do VIH 1 quer do VIH 2, facto que resulta na perda das células dos linfócitos T4 (Kalichman, 1998). Ambos os retrovírus – VIH1 e VIH2 – são propagáveis se associados a determinadas condições - contactos sexuais, partilha de seringas, contactos perinatais, transfusões de sangue - tornam-se numa “mistura” mortífera para qualquer organismo. Como este processo implica a proximidade com os fluidos corporais, os seus vestígios encontram-se em grandes quantidades no sêmen, sangue e secreções vaginais dos sujeitos infectados. Contudo, o vírus também foi encontrado em pequenas quantidades no suor, saliva, fezes e urina (Cardoso, 1999).

Neste panorama, o perigo tornava-se cada vez mais real e assustador, uma vez que a doença não se delimitava a uma população específica e se espalhara rapidamente, não conhecendo cor, estatuto social, lugar ou religião, começando por atingir personalidades como foi o caso de Freddy Mercury – vocalista do grupo musical Queen –, ou de Magic Johnson – jogador da NBA. O conhecimento de que estas pessoas que supostamente estariam protegidas estavam infectadas, provocou uma viragem no modo de encarar a SIDA (Cardoso, 1999). A nível nacional, temos o caso de António Variações, que em 1984 sucumbiu a esta doença, bem como, do actor António Viegas, permitiram que o VIH aos poucos ganhasse forma e, acima de tudo, ganhasse rosto, tornando-se cada vez mais difícil de ignorar. Em resumo, tornou-se claro que esta doença não deixava ninguém incólume, atingindo jovens, idosos, heterossexuais, homossexuais, artistas e desportistas, pessoas fisicamente saudáveis.

O importante não era saber quantas pessoas estariam infectadas, mas sim que comportamentos é que permitiam ser infectadas e, por conseguinte, transmitir o vírus

(Weinberg et al., 1994). Por outras palavras, convinha descobrir qual o padrão de comportamentos que o indivíduo seguia, relegando para segundo plano os chamados “grupos de risco” (Cardoso, 1999).

Assim, não obstante, toda a atenção até ao momento tem sido dada aos grupos considerados de “alto risco”, visto a incidência de infecção ser maior neste grupo. No ano de 1986 houve necessidade de ver esta doença por um outro prisma. Essa mudança passa pela transformação e sensibilização a nível de comportamentos e atitudes nos grupos que actualmente são considerados de “baixo risco” e que poderão, devido aos seus comportamentos, tornarem-se em grupos de “alto risco” (e.g., jovens, heterossexuais com vários parceiros, adolescentes que estão na fase da curiosidade sexual; atletas, etc.) (Cruz et al., 1997). Assim sendo, surge a necessidade de enfrentar o VIH não como a doença dos “gay”, nem centrarmo-nos, em particular, nos grupos que apresentam os níveis de incidência mais elevados e, que têm sido reconhecidos como “grupos de risco” (Cruz, J.F.A., Vilaça, M.T., Sousa, A.C., Gomes, A.R., Melo, B., Araújo, M.S., Dias, C.S., Freitas, M.C. & Ruivo, M.L., 1997), mas sim rejeitar esta ideia estigmatizada de praga “gay” e encarar a SIDA como uma doença prioritária a nível de saúde pública (Weinberg et al., 1994).

Os comportamentos adoptados pelas pessoas são o principal factor que explica o elevado número de infectados, pelo que a intervenção psicológica tem sido uma mais valia para a compreensão dos factores comportamentais, mas também, pela necessidade de intervir junto a grupos e comunidades de modo a fornecer-lhes estratégias de prevenção e reeducação (Cruz, 1986; Cruz & Vilaça, 1986).

Podemos mesmo considerar que o grande objectivo passa, neste momento, por sensibilizar a população para a gravidade desta doença, uma vez que a sua propagação para os heterossexuais se deveu à simples razão de estes recorrerem à prostituição, bem como a relações ocasionais com vários (as) parceiros sem o uso do preservativo (Costa, 1996). Para evitar, uma maior propagação do VIH, é essencial estarmos conscientes que este vírus é controlável através de mudanças de comportamentos e atitudes da população, que continua a ter comportamentos de risco apesar de saber como se transmite a doença, o que permite que a doença se expanda de forma extremamente rápida (Kalichman, 1998).

Paralelamente, a propagação do vírus está também relacionada com o aumento de viagens entre continentes; mudanças a nível de comportamentos (essencialmente sexuais) nos últimos 20 anos, em consequência de uma maior liberdade sexual e devido a um aumento drástico de toxicódependentes (Costa, 1996). O número de indivíduos infectados com o VIH aumentou drasticamente, pelo que urge tomar medidas para evitar uma catástrofe a nível

mundial, evitando que se perca o controlo da situação caso não se encontre uma resposta para este problema (Kalichman, 1998).

Actualmente, o VIH pode ser considerado um dos maiores e mais importantes duelos travado pela humanidade, especialmente devido aos aspectos relacionados com o lento processo da própria infecção, colocando um desafio a todos aqueles que, directa ou indirectamente estão a trabalhar numa eventual cura. Uma compreensão de como se processa a doença do VIH-SIDA, torna-se uma questão essencial para se entender as ramificações psicológicas da doença e não só (Kalichman, 1998). Essa compreensão passa por perceber todo o processo envolvido, facilitando, em termos futuros, um combate efectivo e eficaz a esta “praga” do século XXI, uma vez que não existe (ainda) cura ou vacina. Na verdade, só existe um rol de medicamentos que permite prolongar e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que caíram nas “malhas” do VIH (Cardoso, 1999).

O VIH “é uma questão multifactorial que envolve problemas médicos, biológicos, legais, religiosos, políticos, e de um modo geral, todas as facetas do comportamento humano”, alcançando medidas catastróficas a nível de epidemia, atingindo todos os países (Costa, 1996; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998). A Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS, 1998 a), com base em dados do OMS, afirmou que em todo o mundo já foram infectadas cerca de 42 milhões de pessoas (Cardoso, 1999), o que não inclui aqueles casos que não chegam ao conhecimento público, ou em que simplesmente, não existe qualquer estatística, uma vez que quem contrai esta doença, para não ser estigmatizado, não informa as entidades responsáveis.

1.2.2. Ciclo Viral do VIH e o Sistema Imunitário

O VIH é constituído por um núcleo que contém material genético. Na maior parte das vezes este material genético é o ácido *DEOXYRIBONUCLEIC*, designado por ADN, que é revestido por uma “capa” proteica. O retrovírus também possui a sua própria “capa” proteica, que faz parte integrante do ácido *RIBONUCLEIC* (Kalichman, 1998).

A sua composição, a epidemiológica e os sintomas característicos da doença, sugerem que o VIH é resultante de uma infecção viral (Levy, J.A., Kaminsky, R.M., L.S., Morrow, W.J., Steimer, K., Luciw, P., Dina, D., Hoxie, J., & Oshiro, L., 1985).

O vírus ao entrar no organismo, começa por se apoderar de todo o sistema imunitário, penetrando nos linfócitos T4 espalhando a substância gorda e colocando o seu ARN na célula humana (Cardoso, 1999), o que provoca a sua perda (Kalichman, 1998).

Com efeito, os linfócitos T4 têm as mesmas características ou assumem as mesmas funções do hospedeiro, tornando-se vulneráveis a qualquer infecção (e.g., uma simples gripe). As células dos linfócitos T são destruídas a partir do momento em que se dá a “invasão” do vírus no organismo ou nas células hospedeiras. A tarefa do vírus torna-se muito mais facilitada, uma vez que existem mil e uma formas de destruir os linfócitos (Kalichman, 1998). Mais concretamente, após a “invasão”, a infecção retroviral escolhe uma célula alvo onde procede à conversão do RNA em ADN através de uma transcriptase reversa, um processo efectuado por uma enzima que tem precisamente como função “transformar” o RNA em ADN, permitindo que o seu material genético passe a ser integrado no material genético das células T e nas células hospedeiras. As células hospedeiras assumem um papel importante na proliferação do vírus, uma vez que é aqui que o vírus se instala, procedendo à sua multiplicação ou mantendo-se num estado de “hibernação” até que acabe de se reproduzir. A partir deste momento o sujeito encontra-se já infectado com o vírus, passando a ser “classificado” como seropositivo.

Segundo Teixeira (1993), existem três tipos de situações a que um indivíduo infectado com VIH está mais vulnerável: infecções oportunistas, tumores e encefalopatias VIH.

As primeiras – infecções oportunistas – surgem a partir do momento em que o sistema imunitário é “invadido” pelo vírus. Os linfócitos T muito débeis, proporcionam que bactérias como fungos, vírus e/ou protozoários, provoquem doenças, já que o organismo não possui nenhum tipo de resposta defensiva, quando reage já é demasiado tarde. De todas as infecções, a *Pneumocystis carinii* é a mais habitual, começando por atacar os pulmões do indivíduo infectado com o VIH. Os tumores desenvolvem-se com maior facilidade e expandem-se com maior rapidez, porque, mais uma vez, o sistema de defesa do nosso corpo “está adormecido” não consegue combater e destruir as células neoplásicas (e.g., sarcoma de Kaposi, que era um cancro muito raro). Por último, surgem as encefalopatias VIH que atacam o Sistema Nervoso provocando sérios danos nos sujeitos infectados, destruindo progressivamente toda a capacidade cerebral do indivíduo (Hall & O`Grady, 1991).

Existem dois tipos de testes que permitem identificar sujeitos infectados com o VIH. Um primeiro género de testes possibilita a detecção de material genético do VIH e um segundo tipo permite a detecção de anticorpos do VIH, que permitem através de análises ao sangue, determinar a presença de anticorpos para antígeno (VIH). Estes últimos testes têm a vantagem de serem mais fáceis, mais seguros e mais acessíveis que os primeiros, sendo os mais populares o *Enzyme Linked Immuno – Sorbent Assay* (ELISA) e o *Western Blot* (Cardoso, 1999).

De uma forma geral, o *ELISA* é mais requisitado para detectar anticorpos, mas, neste teste, contudo, o facto do resultado ser positivo não deverá ser considerado decisivo, há a possibilidade dos falsos positivos. O segundo teste, *Western Blot*, tem como finalidade confirmar o resultado do primeiro teste, permitindo também detectar anticorpos de forma mais pormenorizada, o que atenua a presença dos falsos positivos. Assim, para um indivíduo ser considerado portador do vírus do VIH terá que ter resultados positivos em ambos os testes (Kelly & Lawrence, 1998; Paton, 1990; Costa, 1996; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998).

A existência de falsos positivos, que poderão surgir num ou noutra teste, está relacionada com o processo usualmente conhecido por “período de janela”: o sujeito poderá estar infectado com o vírus do VIH, mas ainda não produziu anticorpos que possam ser detectados pelos testes. Este período em que se formam anticorpos ocorrerá num período três a seis meses, podendo prolongar-se por mais tempo (Costa, 1996). Por isso, quando o resultado é negativo, é necessário repetir o teste três meses depois.

O “período janela” normalmente caracteriza-se por uma elevada concentração do vírus, presente quer no sangue quer no plasma, sendo conhecido por viremia; de seguida há um declínio da sua replicação (Tindall, Imric, Donovan, Penny, & Cooper, 1992).

Para além dos dois teste acima citados, uma nova tecnologia veio posteriormente revolucionar a indústria de testes do VIH. Inicialmente, começam por surgir os chamados testes “caseiros”, muito parecidos com os testes de gravidez, e disponíveis a partir de 1990. Posteriormente, surgiu também o *Single Use Diagnostic System* (SUDS), que permite obter resultados em 10 a 15 minutos (Kassler, 1997).

Por outro lado, convém referir a importância dos chamados “falsos negativos”, considerados uma via perigosa e silenciosa de transmissão mas aos quais não é dada muita atenção. Os falsos negativos são pessoas que não são dadas como infectadas quando o estão na realidade, o que se deve ao facto da amostra de sangue ter sido recolhida durante o período de incubação do vírus (Kalichman, 1998). As células, no período de replicação do vírus, são o esconderijo perfeito para esse efeito, uma vez que estando bem camuflado, o organismo não o ataca, assim, o sujeito já está contaminado mas não manifesta qualquer sintoma porque o vírus está num período de latência nos linfócitos T, assim como em outras células por um longo período de tempo sem qualquer manifestação. Quando toda a informação sobre o material viral genético estiver integrada no sistema da célula hospedeira, o indivíduo encontra-se num período de infecção latente do VIH (Bednarik & Folks, 1992, Fauci, 1986; Weber & Weiss, 1988).

A partir do momento em que surge, até à sua última fase, a infecção provocada pelo VIH passará por diversas etapas, quer estejam ou não de acordo com o quadro sintomático do

sujeito ou mesmo com o trabalho efectuado em laboratório (Cardoso, 1999). Na bibliografia científica, estas fases são descritas por vários autores de forma distintas (e.g., Montagnier, 1994; Kalichman, 1998; Costa, 1991; Teixeira, 1993; Guerra, 1994), podendo existir ou não sub-fases. Estes autores têm em comum os termos usados na caracterização das fases gerais da doença, que englobam uma fase aguda; uma fase de latência; a Linfadenopatia Progressiva Generalizada; o Complexo Relacionado com a Sida e Sida) (Cardoso, 1999), que serão descritas de forma mais detalhada.

Na altura da infecção o indivíduo é confrontado, na maioria dos casos, com uma infecção de fase aguda, – mais recentemente conhecida como primo-infecção, esta tem em média a duração de algumas semanas, acabando por desaparecer naturalmente (Cardoso, 1999). O tempo médio desde a exposição à fase aguda da doença vai de 2 a 4 semanas, os sintomas duram por norma entre 1 a 2 semanas (Carr & Cooper, 1997). Por estes motivos, existe alguma dificuldade em diagnosticar em laboratório a infecção primária do VIH (Schacker, Collier, Hughes; Shea, & Corey, 1996, citados por Kalichman, 1998). Esta dificuldade de diagnóstico reside no facto de existirem pessoas que, mesmo estando contaminadas, não apresentam qualquer tipo de sintomatologia; quando esta surge, normalmente não lhe é dado muito significado por ser similar aos sintomas de uma gripe, esta fase, também é conhecida por infecção viral. Por esta altura o organismo já apresenta uma quantidade viral significativa, pois o seu ADN já contagiou todas as células T com a mensagem viral. Quando o organismo do sujeito já se encontrar infeccionado, os linfócitos, como já estão estimulados, facultam a infecção. Os macrófagos também são atacados e, sendo uma das “zonas” predilectas para a multiplicação do vírus, não cumprem a sua principal função, que passa pela eliminação de tudo o que é estranho ao organismo.

Nesta fase aguda da doença, em que há infecção primária de VIH, é muito comum os sujeitos apresentarem erupções na pele (feridas), febres persistentes, dores de cabeça, dores musculares e articulares, letargia, mal-estar, diarreia, dor de garganta, sonolência, dores na zona circundante aos olhos, irritabilidade à luz ou vómitos, entre outros sintomas (Tindall, Carr; & Cooper; 1995; Tindall, Imrie, Donovan, Penny, & Cooper, 1992). Estudos efectuados, revelaram que entre 53% a 93% dos sujeitos experienciaram uma resposta aguda face à infecção do VIH (Carr, & Cooper, 1997). O organismo, mal se sente ameaçado, produz anticorpos – um processo mais conhecido como seroconversão. Contudo, devido à debilidade do sistema imunitário, o desenvolvimento de anticorpos depende deste se encontrar forte (Kalichman, 1998; Teixeira, 1993). Os anticorpos produzidos pelo sistema imunitário indicam a presença de determinado vírus, mas estes não assumem qualquer papel no que diz respeito a mecanismo de defesa ou de protecção do organismo (Osborn, 1989).

Alguns autores não chegam a consenso no que diz respeito à duração da seroconversão. Segundo Teixeira (1993) vai de 4 a 6 semanas; mas Webber e Pinching (1986) Jeffries (1986) e Green (1989) falam num período de 8 a 16 semanas.

Após à infecção aguda e à seroconversão, há um período bastante longo em que não existe qualquer manifestação por parte do vírus, entrando o organismo num período de latência. Nesta altura, o sujeito apresenta geralmente um quadro assintomático, isto é, clinicamente não apresenta sinais de infecção, mas existe grande probabilidade de transmissão do vírus (Hulley & Hearst, 1989; Schoub, 1994). Nesta fase da infecção existe uma quantidade viral elevada, mas numa fase em que existe maior solidez do quadro assintomático do doente, os níveis baixam (Kalichman, 1998). Durante o período de latência, o facto de se encontrar numa fase assintomática não significa que exista inactividade microbiológica (Pantaleo, G., Graziosi, C., & Fauci, A. S. (1993). Na verdade, o VIH está muito activo e aloja-se nos nódulos linfáticos, com o objectivo de se reproduzir (Temin & Bolognesi, 1993; Cardoso, 1999). O mais preocupante e perigoso desta doença é precisamente este processo lento e silencioso de transmissão, pois muitas vezes as pessoas com aspecto saudável são portadoras do vírus sem o saberem (Hulley & Hearst, 1989). Mais uma vez, a literatura não está de acordo com a respectiva duração desta etapa. Costa (1996) aponta para um período de 6 meses a 5 anos, enquanto que para outros autores esta fase vai de 1 a 15 anos (Friedman, Franklin, Freels, & Weil, 1991; Schechter, M. T., Craib, K. J. P., Le, T. N., Montaner, J. S. G., Douglas, B., Sestak, P., Willoughby, B., & O'Shaughnessy, M.V., 1990).

Apesar de todas as características semelhantes entre VIH1 e VIH2, visto que apresentam uma origem comum (Gallo, 1998), no VIH2 a fase de “sono” parece ser mais prolongada que a fase de “sono” do VIH 1 (8 a 13 anos para o VIH1 e 10 a 15 anos para o VIH2). Porém, o perigo no VIH 2 é tão iminente quanto o provocado pelo VIH 1 (Schoub, 1994; Montagnier, 1994). Neste período de latência é normal aparecerem sintomas relacionados com a infecção de características biológicas, como é o caso dos gânglios cervicais e axilares (aumento em cerca de 5 a 25%), a que se dá o nome Linfadenopatia Generalizada Persistente (LGP) (Montagnier, 1994; Schoub, 1994; Teixeira, 1993). Ainda durante esta fase dá-se um processo designado por Complexo Relacionado com a Sida (CRS). Este complexo processo, é caracterizado por febres, mal-estar, perda de peso, sudorese, diarreia, gânglios inchados, cansaço, faringites e formas graves de herpes e candidíase, indicando um lento e penoso caminho até à descoberta da doença (Teixeira, 1993; Schoub, 1994; Guerra, 1994). Muitas vezes, o diagnóstico só é possível devido à inexplicável persistência e presença de determinados sintomas, por norma associados às infecções usuais, que levam à descoberta da doença (Cardoso, 1999). Quando o indivíduo se encontra nesta

última etapa do VIH, caracterizado como SIDA, surgem algumas doenças oportunistas, como é o caso da toxoplasmose e a pneumonia por *Pneumocystis carini*. Estas doenças aparecem porque o sistema imunitário se encontra debilitado, se todas as suas funções estivessem a funcionar em pleno, o sistema imunitário combateria sem problema estas doenças. A encefalite é também uma das várias doenças que as pessoas infectadas apanham – cerca de 20% -, passando em pouco meses para uma condição demencial (Schoub, 1994; Montagnier, 1994). Na recta final da doença, já o vírus dizimou os linfócitos T4 da corrente sanguínea e assiste-se a um aumento da carga viral. O indivíduo começa a entrar em atrofia muscular, os intestinos perdem a sua principal função (absorver nutrientes), e o sujeito começa a perder peso drasticamente (Montagnier, 1994). Durante este processo e de todas as fases, o sistema neurológico apresenta-se imunologicamente funcional (Teixeira, 1993), mas com o decorrer da doença o sujeito vai apresentar algumas complicações neurológicas, incluindo demência, alterações de personalidade, encefalites e psicoses (Costa, 1996).

Regra geral, o tempo médio de vida da pessoa, após ter entrado nesta fase, é de 1,5 a 2 anos (Schoub, 1994; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998).

Segundo Vlahov, D., Graham, N., Hoover, D., Flynn, C., Bartlett, J., Margolick, J., Lyles, C., Nelson, K., Smith, D., Holmberg, S., & Farzadegan, H. (1998), existem determinados marcadores que nos permitem aperceber da transição do VIH para a Sida: a) número elevado de carga viral; b) decréscimo nas células de ajuda (linfócitos T); c) concentração em excesso dos linfócitos T4 no sistema imunitário comparativamente a outras células.

Convém salientar que a doença e os sintomas dela resultantes variam de pessoa para pessoa que a sua longevidade vai depender de: a) da força do vírus; b) a dose de vírus transmitida; c) tempo de exposição ao vírus; d) resposta imunológica de cada indivíduo (Kalichman, 1998). Segundo Montagnier (1994), outros factores como o escalão etário em que se encontra a pessoa – quanto mais velha a pessoa na altura da transmissão maior a velocidade evolucionar- também vão influenciar a rapidez de proliferação do vírus.

Outros factores que poderão explicar a longevidade do sujeito estão relacionados com: a) factores sociodemográficos; b) estado de saúde do sujeito a nível geral; c) a alimentação; d) história de outras patologias recentes; e) causas imuno-genéticas; f) altura do ano; ou g) a simultaneidade de outras doenças e a sua reinfestação (Conhen & Willianson, 1991; Solomon, Kemeney, & Temoshok, 1991). Além disso, existem hábitos que poderão estar relacionados com o rápido acelerar ou regressão da doença, como é o caso do álcool e do tabaco, bem como de uma atitude mais positiva ou negativa (Cardoso, 1999).

Estudos efectuados relataram que, 5 a 10% dos sujeitos que contraíram o vírus, passam a ser portadores de SIDA após quatro anos; 10 a 25%, após 6 anos; 30 a 40% após 8 anos e 50% das pessoas após 10 anos (Kalichman, 1998; Schoub, 1994).

É durante a fase aguda do VIH, que os medicamentos podem prevenir a infecção. O *Zidovudine* (AZT) é um fármaco que muito tem ajudado no combate contra a progressão do VIH, sendo um dos medicamentos anti-retrovíricos com mais sucesso nesta área (Kalichman, 1998). O AZT é administrado a pessoas e a animais que estão expostos à infecção do VIH, tendo como objectivo, por um lado, a redução da taxa de infecção, e por outro, a diminuição da carga inicial do vírus, podendo ter um efeito positivo a nível do prognóstico (Carr & Cooper, 1997; Gerberding, 1997). Este medicamento poderá também ser utilizado na prevenção da infecção, em várias situações que expuseram o sujeito ao VIH, como é o caso das lesões provocadas pela chamada “picada de agulha” na pele. Um estudo efectuado mostra que pessoas com lesões de “picada de agulha” que foram sujeitas ao tratamento com AZT reduzem o risco de transmissão em 80% (Gerberding, 1997). A sua função passa por aumentar o número de linfocitos T4, provocar baixa actividade do VIH, reduzir o aparecimento das doenças oportunistas e ajudar na melhoria do estado geral de saúde do indivíduo (Kalichman, 1998).

Outra forma de “combater” a progressão do VIH, passa por disponibilizar protocolos de profilaxia de pós-exposição (PPE) que inclui a administração de uma combinação anti-retrovírica, 3TC. O AZT e o 3TC deverão ser aplicados uma ou duas horas após a exposição do sujeito ao vírus. Outra situação onde o PPE poderá ter efeito é a administração do AZT de forma a prevenir a transmissão peri-natal, uma vez que reduz a carga viral (Kalichman, 1998).

Contudo, estes novos avanços para a prevenção da transmissão do VIH trouxeram algumas preocupações, na medida em que a administração deste medicamento após a relação sexual com a intenção de prevenir uma eventual transmissão, pode levar a um menor cuidado, a uma maior complacência por parte dos sujeitos no que respeita ao sexo seguro. Dilley, Woods e McFarland (1997), num estudo efectuado com 54 homens, constataram que 26% estavam menos preocupados em contrair o VIH e 15% estavam mais dispostos a correr riscos a nível de comportamento sexual, devido aos novos avanços.

Segundo a OMS, estima-se que perto de 42 milhões pessoas sejam portadoras do VIH (casos notificados) e 10.4 milhões tenham desenvolvido SIDA (sendo que 75% destas pessoas vivem em África, 8% habitam na América do Norte, 7% na América Latina e Caraíbas e 6% na Ásia) (Mann & Tarantola, 1996; Kalichman, 1998).

1.2.3. Formas de Transmissão

Até à data, as células infectadas com VIH foram isoladas, permitindo encontrar alguns indícios que possibilitaram conhecer melhor esta doença. O vírus aproveita qualquer rompimento na pele humana para se introduzir no organismo humano (Hulley & Hearst, 1989; Montagnier, 1994). Assim, foram encontradas grandes quantidades do vírus no sangue, secreções vaginais, sémen e leite materno que funcionam como “auto-estradas” para a sua disseminação, e em menores quantidades na saliva e urina (Glasner & Kaslov, 1990; Levy, 1992).

Existem quatro formas de transmissão: a) de pessoas para pessoas através de comportamentos sexuais; b) através da partilha de seringas ou material usado na preparação e injeções de drogas; c) de mãe para filho durante a gravidez, na gestação, parto e aleitamento; e d) através de transfusões sanguíneas em que o sangue esteja contaminado.

As relações homossexuais envolvendo sexo anal foram as primeiras a serem identificadas como meio de transmissão do VIH, sendo a razão número um para a existência de um número tão elevado de casos entre os homossexuais. Para tal contribuiu o facto de um dos primeiros casos conhecidos de SIDA, nos EUA, ter envolvido dois homens (Kalichman, 1998). O risco neste tipo de relações, envolve dois factores: a) há vascularização do tecido anal e b) o ânus não está preparado para a penetração, uma vez que não é uma zona tão lubrificada como a cavidade vaginal o que provoca feridas e sangramento.

Um estudo longitudinal, realizado por Kingsley e colaboradores (1987) confirmou que as relações anais receptivas foram as primeiras onde surgiram os primeiros casos de infecção por VIH. Ainda, segundo este estudo os dois meios mais eficazes de proliferação da doença são as relações homossexuais e a partilha de material usado na preparação e injeção da droga, em terceiro lugar aparecem as relações heterossexuais. A este nível, as relações vaginais são as que mais estão envolvidas no grande aumento do VIH em todo mundo, tornando-se num grande risco para a mulher/homem e para os seus respectivos parceiros (Nicolosi, 1994; Kalichman, 1998; Wijgert & Padian, 1993). A transmissão do vírus é muito mais facilitada de homem para mulher, cerca de duas a vinte vezes em comparação com relações mulher-homem (Wijgert & Padian, 1993; Montagnier, 1994; Nicolosi, A., Musicco, M., Saracco, A., Lazzarin, A., & The Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission, 1994). Este risco está relacionado com o facto de a área de exposição da mucosa vaginal, ser bastante elevado.

Por outro lado, a transmissão do vírus através de relações orais-genitais é biologicamente possível a partir do momento em que o sémen ou os fluidos vaginais estejam

em contacto com a mucosa oral (Baba et. al., 1996, cit. por Kalichman, 1998). Ainda assim, as hipóteses de transmissão através do sexo oral são mínimas, uma vez que a quantidade do vírus na saliva é reduzido e também porque a saliva está equipada com enzimas que inibem o vírus (Bergey, E., Cho, M., Blumberg, B., Hammarskjold, M. L., Rekosh, D., Epstein, L., & Levine, 1994; Fox, Woiff, Yeh, Atkinson, & Baum 1989; McNeely, T., Dealy, M., Dripps, D., Orenstein, J., Eisenberg, S., & Wahl, S., 1995). No entanto, a inexistência de dados epidemiológicos que garantam esta forma de contágio não nos permite afirmar que os sujeitos infectados, o tenham sido, ou não, através de prática de sexo oral, uma vez que a estes sujeitos estão associadas outras práticas sexuais (anais/vaginais). Estudos, mostram que para as várias formas de sexo oral o risco difere, sendo mais elevado em relações onde o contacto envolve boca-pénis do que boca-vagina, e ainda mais se existirem lesões nos órgãos genitais (Kalichman, 1998).

Outra área que está a evoluir bastante em termos de transmissão, diz respeito aos materiais utilizados na utilização e/ou injeção de drogas. A transmissão do VIH ocorre quando o material (e.g., seringas, agulhas) infectado é utilizado e partilhado por outras pessoas na preparação da droga, o que se torna perigoso porque logo após a injeção existe um efeito de aspiração do sangue para a seringa, havendo a possibilidade deste ser de novo injectado no sujeito que partilha o material infectado (Hulley & Hearst, 1989; Kalichman, 1998). Na primeira década do aparecimento do VIH (anos 80), estima-se que 40% de toxicodependentes tenham partilhado seringas e agulhas (Magura, S., Grossman, J. I., Lipton, D. S., Siddiqi, Q., Shapiro, J., Marion, I., & Amann, K. R., 1989). Para complicar ainda mais a situação, as *shooting galleries*, esquema que vulgarmente é usado em países como os EUA, os toxicodependentes “alugam” ou pedem o material emprestado. Uma vez infectados, ficam, perfeitamente “aptos” para transmitir o vírus às pessoas com quem mantêm contacto sexual (Kalichman, 1998).

No caso de mulheres infectadas, levanta-se a questão da mãe transmitir ou não a doença ao filho, sendo que muitas das mulheres (ente 20% a 40%) dos chamados países subdesenvolvidos que não fazem qualquer tipo de tratamento transmitem o vírus aos seus filhos, contudo, o risco de transmissão do VIH2 é menor comparativamente ao VIH1 (Adjorolo-Johnson, E. G., DeCock, K., Ekpini, E., Vetter, K., Sibailly, T., Brategaard, K., Yavo, D., Doorly, R., Whitaker, L., Ou, C., George, J., & Gayle, H., 1994). A transmissão dá-se através da placenta, ou do contacto do bebé com os fluidos vaginais da mãe durante o trabalho de parto (Rosenberg & Fauci, 1991; Ryder & Hassig, 1988). O facto do vírus se encontrar presente no leite facilita ainda mais sua transmissão (Hulley & Hearst, 1989; Hankins, 1993; Kalichman, 1998; Montagnier, 1994; Teixeira, 1993). Nestes casos, o

anteriormente referido AZT revela-se um anti-retrovírico que administrado às mulheres grávidas, diminui entre 2 a 3 terços o risco de transmissão do vírus, mostrando-se desta forma um meio eficaz de prevenção na transmissão, de mãe para filho (Kalichman, 1998).

Uma outra forma de transmissão, até há pouco desconhecida, efectua-se através das transfusões de sangue e seus derivados. O facto de ser um meio de transmissão desconhecido fez com que, em particular no início da epidemia, em cada unidade de sangue recebida cerca de 95% das pessoas tenham corrido o risco de serem infectadas. Nos EUA as transfusões de sangue foram o principal risco de transmissão entre 1978 e 1984, altura em que se disponibilizou o teste de anticorpos e o programa de controlo para dadores de sangue, que vieram reduzir a transmissão da doença através das transfusões. Mais concretamente, o controlo de dadores veio ajudar os hemofílicos, controlando as transmissões neste grupo em particular, já que são pessoas com uma predisposição à infecção devido à sua necessidade de efectuarem grandes transfusões de sangue. Com o total desconhecimento da sua seropositividade, muitas destas pessoas transmitiram o vírus aos seus respectivos parceiros sexuais (Kalichman, 1998). Só nos EUA na década de 80, 50% a 65% dos casos de morte nos hemofílicos foi devido ao VIH (Dew, Ragni, & Nimorwicz, 1991).

Uma outra forma conhecida de infecção por VIH atinge os profissionais hospitalares (e.g., enfermeiros, médicos, etc.) e é denominada na literatura como nosocomial (Kalichman, 1998). O perigo encontra-se, sobretudo, para os profissionais que têm contacto com o sangue de pessoas infectadas, permitindo, no caso de terem feridas abertas ou se as mucosas forem salpicadas pelo sangue infectado dos pacientes, serem contagiadas.

Na transmissão sexual, os elementos específicos desta transmissão incluem, segundo a literatura existente, as doenças sexualmente transmitidas (DST) (Kalichman, 1998; Montagnier, 1994; Wijgert & Padian, 1993; Hankins, 1993), os perigos existentes aquando das relações sexuais durante o período menstrual (Kalichman, 1998; Wijgert & Padian, 1993; Hankins, 1993), o uso de cremes ou espermicidas (Wijgert & Padian, 1993; Kalichman, 1998), os inúmeros parceiros sexuais (Wijgert & Padian, 1993; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998); e a tomada de contraceptivos orais (Wijgert & Padian, 1993; Hankins, 1993).

As DST, em particular as que provocam úlceras (Sífilis, Cancroide e Herpes Simples) bem como as que estão relacionadas com a deterioração das mucosas (Clamídia e a Gonorreia) favorecem a entrada do vírus no sistema imunitário. Esta situação é delicada, uma vez que durante esta fase existe uma maior concentração de linfócitos, elevando o número de células potencialmente infectadas pelo VIH (Cardoso, 1999). A sua rápida proliferação também está associada a factores relacionados com o estado de saúde da pessoa, contexto sociodemográfico, alimentação, *background* a nível de outras doenças, e época do ano, etc.

(Cohen & Williamson, 1991; Solomon, Kemeny, & Temoshok, 1991, citados por Kalichman 1998).

Por vezes o medo, compreensível mas ignorante, bloqueia qualquer raciocínio mais lógico em relação a esta doença e às suas formas de transmissão. A falta de informação adequada sobre esta doença, bem como a falta de estruturas físicas e emocionais, pelo peso negativo que está associado ao VIH fazem com que a sociedade esqueça que existem formas de “não transmissão” (Hulley & Hearst, 1989; Kalichman, 1998; Teixeira, 1993). Segundo estes autores, a transmissão do vírus não se efectua através dos contactos sociais (e.g. abraço), nem através das vias respiratórias ou digestivas, não se difunde através do suor, saliva, lágrimas, fezes, urina ou até mesmo se as pessoas forem picadas por insectos. As principais fontes de transmissão advêm do sangue humano, secreções vaginais, sémen e através do leite materno; o vírus foi encontrado, em quantidades mínimas, na saliva e na urina (Glasner & Kaslow, 1990; Levy, 1992, cit. por Kalichman 1998), contudo, no contacto da saliva, através de beijos, a transmissão só se efectua se existir sangue.

Uma das questões que se coloca passa por percebermos porque é que uns países são mais atingidos do que outros em termos de disseminação do VIH. Existem inúmeros motivos que explicam o porquê de uma maior prevalência do VIH em países sub-desenvolvidos, comparativamente aos países industrializados. Assim, segundo Kalichman (1998), Montagnier (1994) e Catania, J.A., Chitwood, D.D., Gibson, D.R. & Coates, T.J., (1990) a disseminação do vírus numa determinada zona está associada a quatro factores importantes: a seroprevalência, a eficiência da transmissão, a multiplicidade de parceiros, e por último, a infectividade.

Seroprevalência é designada como a taxa de infecção que estabelece a probabilidade de uma pessoa não infectada vir a relacionar-se com uma pessoa infectada. A eficiência da transmissão do VIH ocorre com maior facilidade em relações anais e vaginais, comparativamente ao sexo oral, bem como na partilha de material de injeção. Por outro lado, quanto maior o número de parceiros de uma pessoa, maior a probabilidade de infecção, já que um deles poderá estar infectado. Por último, a infectividade refere-se ao estágio da doença em que se encontra o sujeito, se está ou não em tratamento, a durabilidade de uma pessoa infectada, bem como a possibilidade de transmitir o vírus a outras pessoas.

1.2.4. – Comportamentos Que Minimizam o Risco

De uma forma geral, como temos vindo a constatar ao longo deste trabalho, parece ser unânime entre os diversos investigadores quais os comportamentos de risco que levam à

proliferação do vírus, bem como, as estratégias utilizadas para a redução do risco (Hulley & Hearst, 1989; Hankins, 1993; Kalichman, 1998; Montagnier, 1994; Teixeira, 1993).

Segundo Kalichman (1998), no que diz respeito à transmissão sexual, as estratégias de redução do risco passam por as pessoas adoptarem dois grandes tipos de práticas: “sexo seguro” e de “sexo mais seguro”.

A prática de “sexo seguro” caracteriza-se por comportamentos sexuais onde não existem troca de fluidos nem penetração, mas existam contactos que se traduzem em abraçar, beijar, tocar ou massajar, entre outros. Por “sexo mais seguro” entendem-se todos os comportamentos levados a cabo pelas pessoas como forma de reduzir, mas sem eliminar, os riscos de contágio do VIH. O uso do preservativo, tem sido até hoje a estratégia preventiva mais eficaz no caso de transmissão sexual (Cardoso, 1999). Existem dois tipos de preservativos: o masculino e o feminino. Este último é composto por poliuretano e é extremamente lubrificado, mas foi retirado do mercado nacional pela pouca aceitação e adesão por parte do público feminino. Contudo, em diversos países o preservativo feminino é muito usado, dado que permite à mulher um maior controlo sobre a situação (Kalichman, 1998). Diversos testes laboratoriais que têm sido efectuados para aumentar a resistência do preservativo ao vírus, têm mostrado que preservativos feitos de látex são mais impermeáveis ao VIH e outros retrovírus, bem como a agentes patogénicos como é o caso das DST's (Conant, Hardy, Sernatinger, Spicer, & Levy, 1986, cit. por Kalichman, 1998; Parazzini, D'Oro, Nald, Bianchi, Craefemberg, Mezzanote, Pansera, Schena, Vecchia & Franceschi, 1995; Cardoso, 1999). Ao contrário destes, os preservativos à base de membranas naturais (e.g., intestinos de carneiro) não são eficazes em termos preventivos, que devido aos poros que possuem.

Porém é necessário consciencializarem-se as pessoas que, apesar do preservativo diminuir a probabilidade de contágio do VIH, não é eficaz a 100%, pois não elimina inteiramente a possibilidade de transmissão do vírus. Factores como rupturas, e perda do preservativo durante o acto sexual explicam algum do fracasso associado a este anticoncepcional na prevenção eficaz do VIH.

Com efeito, um estudo efectuado por O'Grady e colaboradores (1993), 13% dos homens já tinham estado sujeitos a rupturas no preservativo e 14% perderam o preservativo durante o acto sexual. Para que a sua eficácia esteja garantida é necessário: em cada acto sexual usar um novo preservativo; deixar um reservatório de sémen no topo; verificar que não fica ar entre o preservativo e o pénis; colocar o preservativo desde o início do pénis até ao final deste (junto aos testículos); no caso de uso de lubrificantes, ter o cuidado de usar os que são à base de água e não à base de óleos (estes facilitam a ruptura do preservativo)

(Kalichman, 1998). Uma das estratégias mais eficazes para minimizar o risco de contágio passa pelas pessoas adoptarem uma postura mais assertiva e eficaz em termos de exigência do uso do preservativo aos seus parceiros, e comunicar-lhe quais os comportamentos que mais deseja e os que não deseja (Cardoso, 1999).

Segundo Kalichman (1998), é extremamente difícil exigir do outro comportamentos sexuais seguros, dado que as pessoas são elas próprias desonestas no que diz respeito quer à sua saúde sexual (e.g., seropositividade), quer em relação à sua história sexual passada e futura (e.g., mais que um parceiro sexual). Torna-se assim necessária uma maior abertura em termos comunicativos entre os casais, passando por uma maior honestidade entre eles. No caso de transmissão através da troca de material injectável, o contágio acontece se existir a partilha das mesmas seringas por várias pessoas, principalmente quando são usadas drogas intravenosas. Campanha de sensibilização (e.g., campanha de troca de seringas) para esta população em particular, foi uma das estratégias escolhidas para prevenir a transmissão. Pretende-se acima de tudo veicular a ideia de que se o sujeito usar apenas os seus utensílios ou se estes forem devidamente desinfectados, a transmissão por VIH não acontecerá (Lacerda, 1992; Kalichman, 1992).

Relativamente à transmissão mãe para filho, esta é maior quando a progenitora já se encontra infectada, risco que pode ser diminuído (O'Brien et al., 1992, citados por Kalichman, 1998). Muitas das mulheres (40%) que se encontram grávidas só têm conhecimento que são portadoras do VIH após o primeiro exame pré-natal (Montagnier, 1994). Uma das formas de atenuar o risco de contágio à criança passa por administrar AZT à mãe. Os resultados têm-se mostrado bastantes satisfatórios, dado que a possibilidade de transmissão diminuiu de 25% para 8% (Montagnier, 1994; Kalichman, 1998; Teófilo, 1998; Cardoso, 1999). Outra preocupação que se coloca, no caso de uma mulher grávida seropositiva é na altura do parto tentar diminuir ao máximo o risco de contágio ao bebé. Esse risco pode ser diminuído se, durante o parto normal, as vias genitais forem devidamente limpas de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas – substâncias como virucidas especiais – se controlarem cortes auxiliares durante o parto (que poderão provocar sangramento – episotomias -) se desinfectar o cordão umbilical antes de o retirar da criança, e por último, se limpar a criança logo após o nascimento (Montagnier, 1994; Cardoso, 1999). Nestes casos em que a mãe é seropositiva são necessários cuidados redobrados na altura de amamentação da criança, dado que no leite materno existe uma grande concentração de células infectadas com VIH; deve ser evitado dar leite materno ao bebé, só se devendo recorrer a esta forma de alimentação numa situação de subnutrição (Hulley & Hearst, 1989; Wijgert & Padian, 1993; Hankins, 1993; Teófilo, 1998; Kalichman, 1998; Cardoso, 1999).

Nos técnicos de saúde, que estão diariamente em contacto com um número elevado de pessoas com grande probabilidade de estarem contaminadas, existe necessidade de uma maior preocupação com a prevenção. Assim, a OMS (1994) lançou fascículos de ensino para os profissionais hospitalares e foram desenvolvidos protocolos de administração de tratamento anti-VIH após uma exposição (Kalichman, 1998; Cardoso, 1999).

No entanto, caso não exista uma mudança de consciências, associada a uma mudança das atitudes e comportamentos face ao VIH, a humanidade continuará a debater-se com este inimigo invisível. Ainda assim e apesar de tudo, já possuímos bastantes conhecimentos de como poderemos evitar cair nas suas “malhas”. Com efeito, a Sida é uma situação patológica em que o comportamento humano cumpre um papel etiológico essencial, dado que permite controlar ou erradicar a infecção do VIH (Cardoso, 1999), sendo uma das estratégias de eliminação do risco de contágio mais eficaz (e.g., uso do preservativo). Porém, alguns estudos revelaram uma resistência, por parte dos sujeitos, neste processo preventivo de transmissão do VIH. Numa investigação realizada por Cruz, Vilaça, Sousa, Gomes, Melo, Araújo, Dias, Freitas & Ruivo, 1997) com estudantes universitários, por exemplo, 9.5% dos sujeitos inquiridos relataram usar sempre o preservativo nas relações (anal/vaginal), mas 66.7% referiram nunca o usar. De forma semelhante, num estudo realizado por Lucas (1993) 60.1% dos inquiridos mencionam não usar preservativo em relações ocasionais, 26.2% relataram que usaram sempre e 18.7% referiram não utilizarem nunca; no que diz respeito ao contacto sexual de troca (prostituição), 30.7% das pessoas referiram utilizar preservativo sempre, enquanto 8.5% nunca utilizavam.

Numa investigação realizada com mulheres, foram identificados quatro factores que explicam o porquê da resistência ao uso do preservativo, todos eles relacionados com atitudes negativas no seu uso: objecção do parceiro, baixa percepção do risco de contágio e de história sexual do parceiro, perda de prazer sexual e embaraço no que diz respeito ao sexo em geral e em relação à utilização do preservativo em particular (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Shepherd, 1994; Cardoso, 1999).

1.2.5. – Grupos de Risco

Ainda que o vírus se possa propagar por todas as áreas geográficas e demográficas, não distinguindo velhos nem novos, ricos ou pobres, existem populações que são mais atingidas do que outras. As populações em risco de serem infeccionadas pelo vírus, são definidas com base em dois critérios: a taxa de prevalência do VIH e os comportamentos de risco (Kalichman, 1998). O risco de disseminação é tanto maior quando os vários factores se

conjugam tais como: a seroprevalência, a eficiência da transmissão, a multiplicidade de parceiros e a infectividade. Quanto maior é a seroprevalência do VIH numa sub população maior se torna o risco de infecção, assim os comportamentos de risco são o melhor veículo para que o HIV se desloque para as células dos linfócitos T.

Dado que nesta altura não se justifica falar em grupos de risco, uma vez que o vírus não discrimina nenhum ser humano, existem determinados comportamentos em determinadas subpopulações, que fazem com que sejam identificadas como as que representam o maior número de infecção por VIH bem como maior número de casos de SIDA (Kelly, 1995; Kalichman, 1998).

Em termos de populações que apresentam estas características específicas, encontramos os homossexuais e bissexuais. Foi neste grupo que nos E.U surgiu um maior número de casos de VIH. As taxas de seroprevalência do VIH também são mais elevadas, ou seja o risco de infecção do VIH é mais elevado em homens que têm relações anais com homens quando não é usado qualquer tipo de protecção (Kalichman, 1998). Desde de 1985 que as taxas de transmissão do VIH entre a população homossexual e bissexual têm vindo a diminuir, em particular nos E.U. (Kalichman, 1998). Em Portugal, segundo a CNLCS (2005), foram diagnosticados no primeiro semestre 172 casos em que 48,4% da transmissão está relacionada com comportamentos “toxicodependentes”, 32,5% refere-se à transmissão junto dos heterossexuais, 13,5% diz respeito à transmissão devido a comportamentos homossexuais e as restantes categorias totalizam 1,9% dos casos notificados. Segundo Kalichman (1998) o decréscimo do número de casos não é notório nos grandes epicentros do VIH, nomeadamente nas minorias étnicas (e.g. entre o ano de 1994 e 1995 em San Francisco, o número de casos de Gonorreia aumentaram na comunidade homossexual) (Kalichman, 1998).

Os toxicodependentes devido à partilha de seringas e agulhas apresentam-se, como outro grupo que permite a transmissão do VIH. A maior parte das vezes as mesmas agulhas e seringas (Lacerda, 1992) são utilizadas por um elevado número de sujeitos, sendo esse equipamento de novo usado por outros consumidores, facultando assim, a disseminação do vírus. O uso de material contaminado na preparação e utilização de drogas, ocorre quase sempre num contexto privado e/ou íntimo, facilitando a transmissão da doença ao seu companheiro sexual, no seu círculo de amigos bem como a estranhos com quem se poderá relacionar (Kalichman, 1998).

Este grupo é caracterizado por ter uma cultura muito própria onde a troca de sexo por droga, é perfeitamente aceitável (Roehrich, Wall, & Sorensen, 1994. Segundo Chitwood, D. D., McCoy, C. B., Inciardi, J. A., McBride, D. C., Comerford, M., Trapido, E., McCoy, V., Page, J. B., Griffin, J., Fletcher, M. A., & Ashman, M.A. (1990), reunindo-se em “shooting

galleries”, onde as taxas de seroprevalência do VIH é muito elevada. È neste grupo que a mudança de comportamentos é mais complexa. Como existe uma necessidade imediata de satisfação, a ressaca tolda-lhes o raciocínio não existindo tempo nem paciência para esperarem por novas seringas, a dependência é tal que os comportamentos de prostituição são uma consequência deste consumo (Guerra, 1998), logo estabelece-se uma ligação entre consumo de droga e risco de infecção do VIH (Schoenbaum, Weber, Vermund, & Gayle, 1990).

Nos casos dos heterossexuais a transmissão do vírus tem contribuído de forma muito significativa para o aumento de casos do SIDA no Mundo. Na Europa, o número de casos da SIDA através da transmissão do VIH por homens e mulheres heterossexuais, aumentou de 11% em 1990 para 16% em 1995 (Mann & Tarantola, 1996). Constituem o grupo de maior prevalência na maioria dos países Africanos, explicação dada para este factor, passa pelas relações vaginais e anais sem qualquer protecção.

O número de casos de VIH entre os heterossexuais em Portugal têm vindo a diminuir, dos 348 casos de SIDA detectados em 2001 (correspondendo a 36,2%), em 2002 424 (correspondendo 43,8%), em 2003 foram notificados 379 casos (correspondendo a 45,6%) e em 2004 os casos baixaram para 329 (correspondente 51,2%) (CNLCS, 2005).

Entre os heterossexuais, a mulher oferece um maior risco de infecção do VIH devido à sua composição física, mais evidente na adolescência, motivada pela imaturidade a nível dos órgãos genitais, a transmissão é mais eficaz de homem para mulher do que vice-versa (Wijgert & Padian, 1993; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998; Cardoso. A, 1999). Neste grupo, por exemplo, nos E.U., especialmente em mulheres adolescentes, a SIDA é a principal causa de morte (Kalichman, 1998).

Os adolescentes são dos grupos, que apesar de não apresentarem uma prevalência elevada em casos de SIDA e/ou VIH, são dos que apresentam mais comportamentos de risco quer pelo número de gravidez em idades precoces, quer pelo aumento das DST'S, bem como o aumento do consumo de estupefacientes (Cardoso. A., 1999). Hoje em dia os adolescentes envolvem-se em relações sexuais cada vez mais cedo, sendo este comportamento agravado pelo simples facto de não usarem o preservativo tornando-os, assim, mais expostos ao VIH e as DST (Kirby & Kalichman, 1994).

Se junto dos adultos é complicado estes darem respostas racionais, em termos de controlo sexual, tendo, supostamente, já nesta área planos mais estáveis de forma a controlarem a sua vida emocional e sexual, para os adolescentes esta tarefa é muito mais complicada dado o confronto precoce com a sexualidade (Hingson & Struning, 1992;

Struning & Hingson 1993; Cardoso.A., 1999) e a falta de experiência em negociar o uso do preservativo.

A adolescência é uma das fases da vida em que os jovens são confrontados com novas experiências, descobertas a vários níveis (e.g. físico, psicológico, social, emocional), aquisição de autonomia e de confronto com novos desafios, e caso não exista um bom suporte social (e.g. respostas assertivas, em que “ensina” aos adolescentes a que é que devem dizer sim) a probabilidade de entrarem em comportamentos de risco é elevada (DiClemente, 1992; Gold, D., 1996; Bowser & Wingood, 1992).

Várias entidades preocupadas com o aumento do número de incidências de VIH entre os adolescentes e jovens adultos, apostaram em campanhas educativas e preventivas, contudo, até aos dias de hoje têm-se mostrado infrutíferas. Esta resistência poderá ser explicada pelo estado desenvolvimental associado aos valores e atitudes dos adolescentes, estes factores funcionam como um “travão” à mudança comportamental desejada (Kalichman., 1988).

Devido à existência destes comportamentos na adolescência, muitos dos adultos que hoje se encontram na casa dos 30 anos, foram infectados nessa altura (Flora & Thoresen, 1989; Hein, 1992; Kalichman, 1998). Alguns estudos recentes vêm de certa forma corroborar a ineficácia destas campanhas, dado que mostram que as mudanças de comportamentos entre os estudantes adolescentes e os jovens adultos são pouco visíveis ou nulas. (DiClemente et al., 1990; Fisher & Misovich, 1990; Cardoso.A., 1999).

1.3.1. – Aspectos Psicossociais

Poucas pessoas conseguem enfrentarem as implicações que advêm de um diagnóstico de infecção pelo VIH, situação para a qual se não existir uma boa rede de suporte social, tornar-se-á mais difícil para a pessoas lidar com a sua nova (PGS - OMS, 1994). Devido ao seu carácter letal, incurável e transmissível a SIDA provoca grande impacto psicológico e emocional, sobretudo por ainda, a sua transmissão, estar associada a comportamentos homossexuais e toxicodependentes (Montagnier, 1994; Schoub, 1994; Cardoso, A., 1999), bem como a um estigma que muitas vezes leva o sujeito a isolar-se.

Uma pessoa infectada com o VIH é exposta a uma resposta de discriminação, sentimento de culpa, de abandono e de evitamento por parte da comunidade (Montagnier, 1994; Cardoso, A., 1999), situação que não é desencadeada pelas características intrínsecas do indivíduo, mas pelas características do grupo com qual essa pessoa se identifica (Bandura, 1992; PGS - OMS, 1994). Apesar de toda a informação disponível sobre as formas de transmissão do vírus, a sociedade continua a rotular os seropositivos “acusando-os” de serem

os principais responsáveis de estarem infectados”, discriminando-os de tal forma que deixam de ter controlo sobre as suas vidas (dificuldade em arranjar emprego; difícil acesso ao tratamento; recusa de serviços públicos, perda ao nível das suas relações pessoais etc.) (PGS - OMS, 1994; Cardoso, A., 1999). Todos os seus projectos de vida têm que ser abandonados.

A seropositividade provoca um sentimento de “dependência, desespero, perda de controlo”, afectando todas as áreas de um indivíduo e dos seus familiares bem como das pessoas que directamente vão lidar com o sujeito infectado (PGS - OMS, 1994; Teixeira, 1993).

Quando é notificado à pessoa que está infectada com o vírus do VIH, surge um conjunto de reacções emocionais, todas elas diferentes em cada fase de infecção, que colocam o sujeito num estado de choque e de letargia. Ter conhecimento de que se é seropositivo, conduz o sujeito para um outro mundo, um mundo incompreendido, sabendo que exteriormente ainda não é doente, mas no seu íntimo sente-se como tal (Montagnier, 1994; Cardoso, 1999).

A pessoa tem consciência que a sua vida a partir desse momento será pautada por inúmeras visitas ao hospital, vários exames e muitas destas pessoas portadoras do VIH ou SIDA, por vezes, pertencem a grupos que já por si todos os seus elementos são estigmatizados socialmente (PGS – OMS, 1994). Sabe que sentirá e confrontará a mesma luta de milhões de pessoas sabe que estará sujeito às mesmas ameaças, sofrerá os efeitos de ser discriminado e sentirá que de dia para dia está a ser dizimado e destruído silenciosamente e o medo começa a sufocá-lo (Catalan, 1988; Ostrow, 1989; Kalichman, 1998).

Por vezes o facto de entrarem num processo de denegação face à doença, não vêem necessidade de procurarem ajuda, aconselhamento, tratamento. Como doença terminal que é, as reacções serão idênticas às encontradas em outras doenças fatais, levando muitas vezes o sujeito a alienar-se e a não confiar em ninguém com medo da sua situação se tornar conhecida (Cardoso, 1999; PGS – OMS 1994). Contudo a SIDA, comparado com as outras doenças fatais, tem a particularidade de ser altamente contagiante e debilitar o sujeito, em termos de estética assume proporções repulsivas e o facto de colocar o sujeito infectado como alvo de estigma social leva-o a rejeitar a notícia da sua seropositividade e desencadeia-se o processo de luto (Cardoso, 1999; Kalichman, 1998; Guerra, 1994). Segundo Cotovio, 1996 a ideia mais assustadora para um sujeito infectado, encontra-se relacionado com facto de com ele haver um corte geracional, ou seja, se o sujeito tem como objectivos dar continuidade “ao seu nome” não o deverá fazer dado que ao tentar produzir vida simultaneamente provoca a morte.

Assim o sujeito deverá ter a sua disposição uma estrutura capaz de possibilitar aconselhamento desde a prevenção e controlo, bem como fornecer apoio e informação aos

que se encontram contagiados pelo VIH/SIDA e outras doenças associadas (PGS - OMS, 1994). Neste sentido o conselheiro deverá estar receptivo a pessoas, infectadas pelo VIH, provenientes de múltiplas culturas e com antecedentes distintos, como também deve apoiar estas pessoas que se encontram em risco a compreenderem o que lhe poderá acontecer a si e aos seus significativos se não optarem por uma mudança dos comportamentos de risco. O conselheiro deverá ter em conta a idade da pessoa uma vez que estes sentimentos e experiências, já por si são difíceis de ultrapassar, por um adulto quanto mais por um jovem adolescente (Ouakinin, 1993). Assim sendo, as estratégias adoptadas deverão permitir uma reorganização do esquema mental do sujeito e estabelecer um novo projecto de vida e para isso é exigida à pessoa uma maturidade emocional que os jovens não possuem (Cardoso, 1999; Kalichman, 1998).

1.4 – Suporte Social

Vários estudos efectuados nesta área falam da importância que as relações interpessoais assumem quer na prevenção quer no “aliviar” do stress emocional que normalmente está associada ao tratamento de algumas doenças crónicas (Cobb, 1976).

Segundo Green (1993) suporte social designa o número e o tipo de contactos que um determinado individuo possui, aspectos funcionais dessas relações e a percepção de qualidade ou se esse suporte é adequado. O suporte social ajuda a pessoa a encontrar as melhores estratégias de coping, permite um aumento de auto – estima do sujeito e fornece-lhe a sensação de pertencer a uma rede mais alargada (Linn, Lewis, Cain, & Kimbrough, 1993; Wolf et. al., 1991, citados por Kalichman, 1998).

Aquando da notícia da seropositividade de um sujeito, que por vezes tentam esconder a doença, o abalo emocional não o atinge somente a ele, mas também afecta a família e amigos. Este sofrimento para além de arrastar o drama de começarem a conviver diariamente com um seropositivo, vai revelar o passado dessa pessoa: a sua homossexualidade, toxicoddependência ou até relações extraconjugais (Cardoso, 1999). Nesta situação, existe sempre relativa ambivalência no que diz respeito aos sentimentos nutridos para com o seropositivo, sentimentos esses que muitas vezes os familiares e amigos não conseguem lidar (Kelly & Murphy, 1992; Guerra, 1994). A depressão e ansiedade por norma estão associadas a esta doença, pelo que limita o sujeito infectado em estabelecer/manter relações, bem como o afasta das pessoas que podem funcionar como potenciais fontes de suporte social (Shinn, Lehmann, & Wong, 1984; H. A. Turner, Hays, & Coates, 1992, citados por Kalichman, 1998). O acompanhamento psicológico nesta fase torna-se essencial, uma vez que as pessoas

sentem-se que não estão capazes de controlar os seus sentimentos e atitudes, pelo que a sua exteriorização, facilita e proporciona uma forma mais segura para lidar com eles, sem colocarem em jogo a própria saúde (Guerra, 1994; Cardoso, 1999). O suporte social para além de dar uma sensação de pertença a um lugar, também ajuda a promover os comportamentos saudáveis dado que leva o sujeito infectado a procurar e aderir ao tratamento (House, Landis, & Umberson, 1998).

Um profissional de saúde, independente do seu nível de qualificação, a qualquer momento poderá ser uma importante peça na rede de suporte social do sujeito infectado pelo VIH. Segundo Cardoso (1999), e o Programa Global da SIDA (PGS) e OMS (1994), os técnicos de saúde que acompanham estas pessoas, sofrem alguns problemas característicos (e.g. medo irracional) que se irão reflectir na relação que vai estabelecer com o doente seropositivo.

Uma vez que falamos de uma doença fatal, por mais informados que os técnicos de saúde se encontrem, podem se sentir “incomodados” por atitudes e medos irracionais ou ainda enfrentarem frustrações e depressões, características que se encontram em pessoas (e.g. enfermeiros e médicos) que lidam diariamente com sujeitos infectados colocando-os em perigo constante (CDC, 1987; Guerra, 1994).

Todas as pessoas que lidam com o sujeito infectado, quer familiares, amigos e técnicos de saúde, colocam constantemente as suas emoções, sentimentos e valores em risco. Sheridan (1989) e o CDC (1987) alertam para a necessidade de educar os técnicos, desde de formação e aconselhamento para lidarem com os seus medos e atitudes irracionais e para os apoiar no seu trabalho. Caso estes medos não sejam desmistificados poderemos estar a contribuir para a criação de uma sistema de saúde ineficaz na resposta às pessoas infectadas onde o respeito pela vida e pela morte é fundamental.

1.5 – Dados Epidemiológicos

A pandemia VIH/SIDA foi considerada uma catástrofe mundial pela OMS, dado que esta epidemia adquiria implicações sérias na saúde, economia, na sociedade e na política de todos os países (PGS - OMS, 1994).

A nível epidemiológico e segundo Montagnier (1994), a infecção pelo VIH dá-se em três fases distintas. Numa primeira fase, o vírus apareceu nos E.U.A, Canadá, Austrália, Europa Ocidental, Norte de África e por fim América Latina através das relações homossexuais e bissexuais e do uso de drogas injectáveis (década de 70). Na segunda fase, inverte-se a situação, face à forma de transmissão relativamente à primeira fase, uma vez que

se assiste a um aumento do número de casos junto dos heterossexuais, sobretudo na África Sub – Sahariana, não existindo distinção entre homens e mulheres (o número de mulheres infectadas, em algumas zonas, chegar a superar o número de homens). Em meados da década de 80 surge a terceira fase, tendo o seu início na Europa Ocidental e no Médio Oriente. Contudo é no Sudoeste Asiático que a epidemia toma proporções assustadoras, por um lado devido ao seu rápido desenvolvimento na última década e por outro lado devido à densidade populacional (Cardoso, 1999). Em 1998 a OMS estimava que o número de casos seriam de 300.000, actualmente podemos falar em 40 milhões (casos notificados) de pessoas infectadas onde o número continua a aumentar em zonas já afectadas. Esta pandemia assume contornos diferentes de outras epidemias do passado pelo simples facto que após um crescimento do número de infectados, por norma existe uma fase de estagnação, algo que não verifica no SIDA (Montagnier, 1994).

De seguida apresentaremos os dados estatísticos referentes à evolução da infecção pelo VIH/SIDA, focalizando mais a nossa atenção na Península Ibérica, com especial atenção para Portugal. Como já referimos anteriormente, os números de casos que iremos apresentar dizem respeito aos casos notificados, pela que epidemia que é, os números poderão ser em maior escala do que aqueles que são referenciados pelas estatísticas oficiais (Cardoso, 1999); também o número de casos de SIDA engloba pessoas que já estão infectadas com o vírus há pelo menos 10 anos antes, pelo que é impossível sabermos a totalidade de sujeitos infectados pelo VIH (Kalichman, 1998).

1.5.1 – Mundo

O Mundo enfrenta um grande desafio que tem vindo a aumentar de geração em geração, há já 20 anos. Nenhuma outra epidemia se transformou, em tão pouco tempo, numa ameaça sem precedentes com efeitos tão nefastos e longos, levando-a a ser encarada como uma “emergência mundial”. A SIDA encontra-se disseminada por todos os cantos do planeta, no entanto existem países que são mais afectados do que outros (Ver fig. 1). Esta situação agravou-se mais nos países subdesenvolvidos, onde o grau de pobreza a pouca acessibilidade aos centros (tratamentos) hospitalares os catapultou para os primeiros lugares em termos epidemiológicos. A epidemia continua a agravar-se nos países africanos, na Europa Oriental e Ásia onde o número de outras epidemias, associadas a SIDA é elevado.

A OMS e a UNAIDS (Organismo das Nações Unidas para o combate à SIDA) estimam que, no final de Dezembro de 2003, contabilizando adultos e crianças, o número de

infectados seja de 34 a 36 milhões de pessoas, no entanto em 2005 os valores foram superiores, atingindo os 40 milhões de infectados em todo o mundo (cit. por CNLCS, 2005 a).

ÁFRICA

A África Sub-Sahariana é o local onde se torna mais evidente a “feminização” da epidemia do VIH/SIDA, com cerca de 57% de mulheres infectadas e 75% correspondem a jovens raparigas. Calcula-se que só nesta área se encontram mais de 2/3 de pessoas infectadas com o VIH (cerca de 25 milhões) (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c). As estimativas ainda indicam que só no ano 2003, 3 milhões de pessoas ficarão infectadas com o vírus e 2,2 milhões morrerão devido à infecção pelo VIH. A faixa etária dos 15 – 24 anos é a mais afectada com 6,9% das mulheres e 2,1% dos homens infectados nesse mesmo ano.

Este número alarmante de pessoas infectadas, principalmente junto das mulheres, deve-se às relações heterossexuais, uma vez que estas jovens por norma têm companheiros muito mais velhos, com grande probabilidade de se encontrarem infectados, bem como devido às desigualdades de sexo, as mulheres têm muitas dificuldades em negociar o uso do preservativo (OMS, citados por CNLCS, 2005a).

Enquanto que em alguns países a prevalência de números de casos de SIDA se mantêm estável, noutros países os números têm aumentado, como por exemplo em Madagáscar e Suazilândia. O Uganda é dos países que têm vindo a diminuir a prevalência de casos de SIDA a nível nacional, no entanto isto não implica que o número de novas infecções não cresça (ONUSIDA, citados por CNLCS, 2005c). O continente Africano conta (finais de 2003 e 2001, segundo dados da OMS, cit. por CNLCS, 2005a) com 25 milhões de casos de SIDA (Ver Anexo 1), com a Sudáfrica, Nigéria, Republica Unida da Tanzânia e Zimbabué a apresentarem o maior número de pessoas infectadas. O Norte de África, juntamente com o Médio Oriente, apresentam cerca 480 000 pessoas infectadas com um intervalo de 200 000 e 1 400 000 (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c). Nesta zona, para além de não existir um controlo efectivo e sistemático, também não existe controlo junto dos grupos mais específicos, entre os quais se encontram os toxicod dependentes e homossexuais. Na maioria dos casos a principal via de transmissão é efectuada através da utilização de material infectado na injeção e preparação de drogas intravenosas (sobretudo na Líbia, Bahrein e Oman), bem como do relacionamento heterossexual (e.g., Sudão) (OMS, cit. por CNLCS, 2005a).

ÁSIA

A seguir ao Continente Africano, esta é a segunda zona mais afectada com cerca de 7 400 000 milhões de pessoas infectadas com o vírus da SIDA (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c). Os principais factores que colocam as mulheres mais expostas à infecção pelo VIH/SIDA em África, são similares na Ásia meridional e sudoriental, contudo o impacto a nível global nesta região é menor, uma vez que na maioria dos países o vírus se concentra nos consumidores de drogas intravenosas. Nos finais de 2003, as mulheres representavam 28% das pessoas infectadas, notando-se uma ligeira subida em relação a 2001.

Estima-se que em 2003 faleceram, aproximadamente meio milhão de pessoas com SIDA e que o dobro (cerca de 1,1 Milhão de pessoas) irá contrair o vírus.

A faixa etária mais afectada nos finais de 2003, é a dos 15 – 24 anos onde se verificou que 0,3% das mulheres e 0,4% dos homens encontravam-se a viver com o VIH (OMS, cit. por CNLCS, 2005a). Neste caso o modo de transmissão principal é a utilização de material infectado envolvido na injeção e preparação de drogas, homossexuais, profissionais de sexo e seus clientes, bem como os parceiros sexuais que estão envolvidos com todos eles (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c).

AMÉRICAS

Na América Latina e no Caribe existem cerca de 600 000 de pessoas infectadas (Ver fig. 1) (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005a), em que a faixa etária mais afectada continua a ser a dos 15 – 24 anos, onde 2,9% das mulheres e 1,2% dos homens se encontram a viver com VIH, nos finais de 2003 (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c).

As vias de transmissão predominantes, em relação aos principais países da América do Sul, continuam a ser o consumo de drogas intravenosas (e.g. Brasil e Peru), seguido da prática de relações sexuais homossexuais e heterossexuais. Na América Central a infecção por consumo de drogas intravenosas é relativamente baixa, contudo a prevalência do VIH é elevada entre os profissionais do sexo (e.g., Nicarágua com 1%; Panamá com 2%; El Salvador com 4%; Guatemala com cerca de 5% e por fim as Honduras com 10%). Um país que merece a nossa especial atenção é o Peru, uma vez que na faixa etária dos 18-29 anos 9% dos homens mencionaram que pelo menos um, dos seus 3 últimos companheiros, foi um homem e que nesse acto sexual não foi usado o preservativo (o que acontece em 70% dos casos entre relações homossexuais) (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c).

Em relação ao Caribe, o principal modo de transmissão é através das relações heterossexuais, concentrando-se essencialmente, nos profissionais do sexo. O país mais afectado pela epidemia é o Haiti, onde a prevalência do VIH atinge os 5,6% de casos.

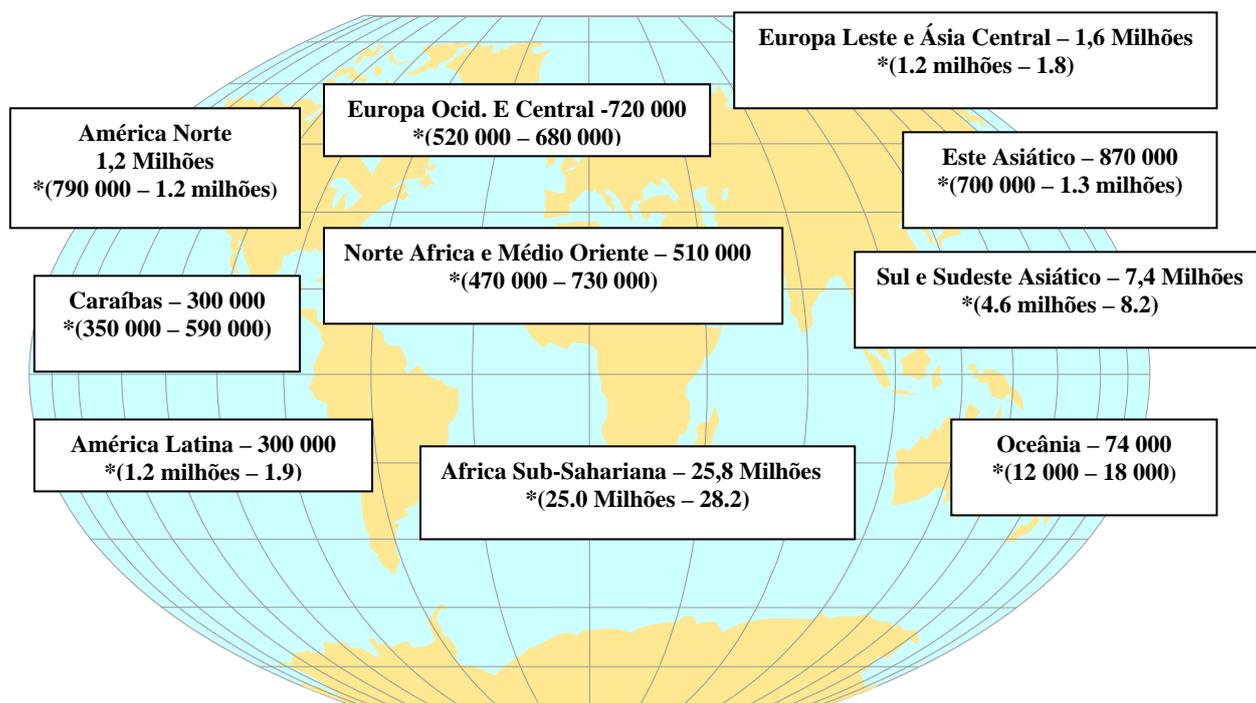
OCEANIA

Na Oceânia, e a Austrália após uma diminuição considerável em termos de novos casos de diagnóstico do VIH, voltou a um período em que o número de casos aumentou: dos 650 casos declarados em 1998 passou para 800 casos em 2002 (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c). No total na Oceânia encontram-se notificados cerca de 32 000 casos de VIH, onde a maior parte dos infectados surgem na Papua Nova Guiné com cerca de 16 000 pessoas infectadas, seguida da Austrália com cerca de 14 000 infectados e por fim a Nova Zelândia com 1 400 infectados (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c).

O modo de transmissão preferencial do VIH efectua-se, essencialmente através das relações homossexuais. Entre os anos de 1997 e 2002, sobretudo na Austrália e Nova Zelândia, dos 85% dos casos diagnosticados dos homens tinham precedentes em termos de relações sexuais homossexuais. Porém existem outras formas de transmissão como é o caso do consumo de drogas intravenosas (com cerca de 3,4% de casos) e as práticas sexuais heterossexuais (cerca de 8,5%) (ONUSIDA, cit. por CNLCS, 2005c).

A Papua Nova Guiné, contudo, apresenta a maior prevalência de números de casos de VIH e o vírus desenvolve-se de forma drástica entre a população heterossexual. È de referir os elevados níveis de propagação de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST'S), que são indicadores de padrões de comportamentos que facilitam a transmissão de VIH, onde 43% das mulheres grávidas da Oceania são portadoras de uma infecção provocada por uma DST.

Fig.1 – Estimativa Mundial do VIH/SIDA em 2005 (Adultos e Crianças)



(Adaptado CNLCS - UNAIDS, 2005 a)

* - Estimativa esperada de Adultos e Crianças a viver com SIDA no final de 2003

1.5.2 – Europa

Ao nível do continente Europeu (Occidental e Central) são contabilizados cerca de 720 000 casos de pessoas, incluindo adultos e crianças, a viver com a SIDA em 2005. É necessário referir que os dados, referentes à Europa, variam conforme a área geográfica: a Europa Occidental e Central encontram-se bastante menos afectada comparativamente à Europa de Leste e Ásia Central, estimando-se que nesta região o número de pessoas infectadas seja de 1.6 milhões, contudo a região mais afectada é o Sul e Sudeste Asiático com 7.4 milhões de pessoas infectadas (Ver fig. 1) (UNAIDS, cit. por CNLCS, 2005).

De acordo com ECEMA (2005) 4.9 milhões de pessoas (adultos e crianças) foram infectados com o VIH, 40.3 milhões encontram-se a viver com VIH e 3.1 milhões de pessoas morreram devido ao vírus da SIDA (UNAIDS/OMS, cit. por CNLCS, 2005).

Na Europa Occidental e Central os grupos etários mais afectados são dos 30-39 anos (com um total de 118 345 casos), dos 20-29 anos (com um total 59 160 casos), dos 40-49 (com um total de 48 974), dos 50 em diante (com um total de 28 724 casos), dos 13-19 (com um total de 1 492 de casos), dos <13 anos encontramos um total 3 663 de casos. Na região Centro o grupo etário mais afectado é dos <13 anos (com um total de 6 629 de casos), 30-39

(com cerca de 2 233 casos), contudo desde 1999, têm-se verificado um decréscimo de casos em todas as faixas etárias, em ambos os sexos comparativamente à zona Oeste da Europa. Na Europa de Leste o grupo etário dos 30-39 é o que apresenta o maior número de casos (com um total de 3 140), 20-29 (com 2 398 casos), de salientar que nesta parte da Europa desde 1999 tem existido um acréscimo do número de casos notificados (ECEMA, 2005). (Ver Anexo 2)

Encontram-se ainda diferenças a nível dos grupos mais afectados: no caso do sexo masculino, a mais afectada é notoriamente a dos 30-39 anos (com 100 442 casos), logo de seguida da dos 20-29 (45 901 casos), 40-49 (com 44 952), + 50 (com 25 671), 13-19 (com 1 424 casos) e <13 anos (com 5 897 casos). No que se refere ao sexo feminino, os escalões etários mais afectados são 30-39 (com 23 276), 20-29 (com 17 004 casos), <13 (com 4 580). No que diz respeito às vias de transmissão, também variam de acordo com a região da Europa em que nos encontramos. Na Europa Ocidental e Central a principal via de transmissão, no caso dos homens, passa pelo contacto homossexuais/bissexuais com 4 330 casos (correspondente a 30%), no caso das mulheres a via predominante de transmissão passa pelo contacto heterossexual com 4 887 casos de SIDA (91%). Na região Centro 413 pessoas foram infectadas através de comportamentos heterossexuais (44%), 247 (27%) através de material contaminado na injeção e preparação de drogas intravenosas, 178 (19%) através de contactos homossexuais/bissexuais. Nas mulheres a principal via de transmissão (com 171 casos – 41%) diz respeito aos contactos heterossexuais. Na Europa de Leste os números de pessoas infectadas foi através de contactos heterossexuais, que tiveram um aumento, (de 5181 em 2001 para 7689 em 2003 (+ 48%), no entanto houve uma diminuição nos casos de SIDA através do uso de material contaminado na injeção e preparação de drogas, passando de 56 661 em 2001 para 19 605 em 2003 (-65%). Também os números relacionados com o nascimento de crianças com SIDA através da mãe, têm aumentado em 2003 com 4934 casos (17%) comparativamente a 2002 onde foram notificados 4200 casos (Ver Anexo 3).

Considerando os dados das várias áreas geográficas, podemos constatar a diversidade de casos de SIDA na Região Europeia. Na Europa Ocidental nos anos 80, na fase inicial da epidemia, as principais vias de transmissão faziam-se através das relações Homossexuais e Bissexuais, bem como através dos comportamentos de partilha de material de injeção e preparação de drogas. No entanto, actualmente, a via de transmissão de SIDA mais frequente encontra-se nas relações heterossexuais, especialmente devido aos emigrantes de África Sub-Sahariana que se deslocaram para a Europa Ocidental, explicando a elevada e desproporcionada incidência de casos de SIDA nesta região da Europa. Devido ao número elevado das populações envolvidas, o homo/bissexuais e toxicod dependentes, continuam a ser

consideradas os principais grupos de risco, comparativamente, aos heterossexuais. Estima-se que nos finais de 2003 na Europa Ocidental, vivam 580 000 pessoas infectadas com o vírus da SIDA.

Apesar de uma explosão precoce de casos de SIDA entre os consumidores de drogas injectáveis na Polónia e uma grave epidemia nosocomial nas crianças na Roménia, a Europa Central encontra-se com um baixo nível de incidência em termos epidemiológicos. Na Polónia os toxicod dependentes permanecem como o grupo predominante em termos de via de transmissão, no entanto na zona dos Balcãs e outros países da Europa Central, a via de transmissão preferencial encontra-se nos homossexuais/bissexuais.

A Europa de Leste já há vários anos que tem sofrido uma rápida propagação de casos de SIDA, especialmente entre os toxicod dependentes, no entanto o número de novos diagnósticos de casos de SIDA estão a diminuir. A situação torna-se ainda mais alarmante devido ao número elevado de jovens infectados com SIDA, tornando-os potenciais “transmissores” do vírus aos seus parceiros, uma vez que a incidência de casos de SIDA entre os heterossexuais está a aumentar. Desta forma, torna-se necessário um tratamento antiretroviral efectivo junto destas populações, caso contrário tornar-se-ão, gravemente doentes com SIDA (Ver Anexo 4).

Na cerimónia em que foi lançado em livro as conclusões do II Congresso Virtual HIV/AIDS e apresentação pública da SIDA/net, conclui-se que no de 2000 a incidência de casos de SIDA por milhão de habitantes foi superior na Europa Ocidental com 22 milhões, sendo 5 vezes mais ao número de casos da Europa Central e 8 vezes mais ao da Europa do Norte (CNLCS – AIDS Portugal, 2005).

1.5.3 – Península Ibérica

Portugal

Portugal assume especial importância neste estudo epidemiológico, por um lado porque se trata do país da União Europeia com a maior incidência de casos de SIDA (cerca de 105,8/milhão em 2001) (CNLCS, 2005); por outro lado pela utilidade que estes dados possam ter para reflectir na prevenção que tem sido implementada a nível nacional.

De acordo com a CNLCS (2005), encontram-se notificados, no período de 30 de Junho de 2005, um total de 12 210 casos SIDA diagnosticados em Portugal desde de 1983, entre os quais já teriam falecido 6 277 (51,4% dos casos diagnosticados).

No entanto se contabilizarmos o número de casos notificados das pessoas que se encontram nas várias etapas da infecção, temos um total de 27 013. Em todos os estádios

encontramos um factor comum, que diz respeito ao facto de o maior número de casos notificados estarem relacionados com a infecção através do consumo de drogas (toxicodependentes) que constitui 46,8% de todas as notificações. No que diz respeito à transmissão através de relações heterossexuais, coloca-se em segundo lugar com 35,4% dos casos, a transmissão por contacto sexual homossexual masculina apresenta 11,7%; em relação às outras vias de transmissão correspondem um total de 6,1%. È de salientar que existe uma inclinação progressiva crescente em relação à transmissão sexual heterossexual.

De seguida apresentaremos, segundo dados da CNLCS (2005), de que forma os 12 210 sujeitos infectados se encontram distribuídos em termos de idade, sexo, vias preferenciais de transmissão e residência geográfica.

Nos anos de 1983/93 a 2000 observou-se uma diminuição notória dos casos diagnosticados, indo de 2 063 (total acumulado de 1983 a 1993) para 973 em 2000. Esta tendência parece manter-se nos anos seguintes, no ano de 2004 verificou-se 642 casos baixando para 172 em 2005.

Em relação as faixas etárias mais afectadas são a dos 30-34 anos com um total de 2 598 casos (correspondendo a 21.3%), dos 25-29 com um total de 2 487 casos (correspondendo a 20.4%) e dos 35-39 anos com um total de 2 068 casos que corresponde a 16.9%, dos 40-44 com um total de 1 314 casos que corresponde a 10.8%, dos 20-24 com um total de casos 1 071 que corresponde a 8.8%, dos 45-49 com um total de casos de 844 que corresponde a 6.9% do conjunto de casos diagnosticados desde 1983. Isto significa que 85.1% correspondem aos grupos etários entre os 20 e os 49 anos. È a partir dos 15 anos que se notam grandes diferenças entre os dois sexos (ver Quadro 1), nomeadamente no sexo masculino encontram 1 0081 casos diagnosticados, para 2 125 casos no sexo feminino a que correspondem 82.5% e 17.4%, respectivamente (casos diagnosticados desde 1983).

È de salientar as diferenças existentes a nível dos grupos etários mais afectados, no sexo masculino a faixa etária mais afectada é a dos 30-34 anos com 2 219 casos diagnosticados (que corresponde a 22.0% do total de casos em relação ao seu sexo), enquanto que no sexo feminino a faixa etária mais afectada é a dos 25-29 anos com 479 casos diagnosticados (correspondendo a 22.5% do total de casos do seu sexo).

Quadro 1 – Casos de SIDA por ano de diagnóstico, grupo etário e sexo(masculino)

01/01/1983 – 30/06/2005

																Total*	
	1983/93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Desc.	Total	Nº	%
0-11 m	7	5	2	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	18	43	0.4
1-4 A	4	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	26	0.2
5-9 A	8	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	12	19	0.2
10-12A	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0.0
13-14A	8	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	14	0.1
15-19A	24	8	19	6	6	9	9	6	4	4	1	3	0	0	99	150	1.2
20-24A	160	74	77	96	68	86	89	51	40	35	14	12	4	0	806	1 071	8.8
25-29A	321	133	161	185	202	182	188	177	148	133	85	69	16	5	2 005	2 487	20.4
30-34A	342	118	146	185	211	204	211	185	182	163	144	109	16	3	2 219	2 598	21.3
35-39A	279	77	103	142	134	154	143	140	155	172	127	97	30	6	1 750	2 068	16.9
40-44A	206	51	73	63	75	74	89	97	108	97	106	66	25	0	1 130	1 314	10.8
45-49A	139	40	35	39	49	49	64	47	63	75	54	47	14	1	716	844	6.9
50-54A	98	27	19	38	35	31	44	37	39	33	42	42	10	0	495	581	4.8
55-59A	56	10	19	20	19	22	18	26	20	25	26	21	8	2	292	356	2.9
60-64A	45	14	5	10	16	15	8	13	23	23	25	23	4	1	225	285	2.3
65+ A	28	7	13	14	14	21	11	20	21	29	38	25	2	1	244	298	2.4
Desc.	14	5	1	1	2	6	5	2	1	2	3	1	1	1	45	51	0.4
Total**	1 744	570	677	805	832	844	880	801	805	793	665	515	130	20	10081	12 210	100

Total* – Números de casos de SIDA e percentagens no Sexo Feminino e Sexo Masculino

Total** – Contém 4 casos de sexo não referido

Quadro 1 (Cont.) – Casos de SIDA por ano de diagnóstico, grupo etário e sexo(feminino)

																Total*	
	1983/93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Desc.	Total	Nº	%
0-11 m	10	2	5	2	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	25	43	0.4
1-4 A	4	5	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	16	26	0.2
5-9 A	2	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	7	19	0.2
10-12A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0.0
13-14A	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	14	0.1
15-19A	11	2	3	7	3	3	4	4	5	6	2	0	0	1	51	150	1.2
20-24A	42	20	27	31	17	22	30	14	18	16	15	6	6	0	264	1 071	8.8
25-29A	74	37	31	45	39	44	48	45	30	33	32	15	5	1	479	2 487	20.4
30-34A	56	21	27	35	31	26	38	35	23	25	29	24	7	2	379	2 598	21.3
35-39A	44	10	15	24	33	27	24	30	25	33	25	19	8	1	318	2 068	16.9
40-44A	26	8	9	12	9	10	19	16	18	15	18	19	5	0	184	1 314	10.8
45-49A	12	2	5	6	4	13	16	8	12	14	16	15	5	0	128	844	6.9
50-54A	13	3	4	5	5	7	7	5	9	5	9	14	0	0	86	581	4.8
55-59A	8	1	3	7	6	7	2	4	3	11	3	5	3	1	64	356	2.9
60-64A	9	1	3	2	2	5	5	7	5	7	9	3	2	0	60	285	2.3
65+ A	6	4	2	1	5	6	2	3	5	7	6	6	1	0	54	298	2.4
Desc.	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	6	51	0.4
Total**	319	118	137	179	156	174	200	172	155	175	165	127	42	6	2 125	12 210	100

Total* – Números de casos de SIDA e percentagens no Sexo Feminino e Sexo Masculino

Total** – Contém 4 casos de sexo não referido

(Adaptado: CNLCS, 2005)

No caso dos homens a segunda faixa etária mais afectada é a dos 25-29 anos com um total de 2 005 casos (correspondendo a 19.8% do total de casos em homens), nas mulheres a segunda faixa mais afectada é a dos 30-44 com um total de 379 casos (correspondendo a 17.8% do total de caso das mulheres).

Na questão das vias de transmissão, as mais comuns são a dos “toxicodependentes”, seguida das relações “heterossexuais” e por fim as relações “Homo ou Bissexuais”. Na categoria “homo ou Bissexuais”, no que diz respeito à incidência de casos, tem-se verificado um decréscimo bastante acentuado até 1997 verificaram-se 1 151 casos (correspondendo a 20.7% de casos de SIDA nesse ano), em 2001 verificou-se 57 casos (correspondendo a 5.9% dos casos desse ano), em 2004 cerca de 50 casos o que corresponde a 7.7%. de casos de SIDA diagnosticados. De acordo com os casos diagnosticados até Junho de 2005 (dados cumulativos), os atribuídos a esta categoria de transmissão correspondem a 13.5% (referente a indivíduos do sexo masculino).

Na categoria dos “toxicodependentes”, verifica-se uma descida significativa da incidência de casos: de 1983 a 1997 observaram-se 2 484 casos, em 2001 cerca de 510 casos, em 2005 cerca de 66 casos (correspondendo respectivamente a 44.8%, 53.1% e 38.3% dos casos de SIDA diagnosticados em cada ano). Tendo em consideração todos os casos de SIDA diagnosticados até 2005 (dados cumulativos), correspondem a esta categoria 48.4%.

Na categoria dos “heterossexuais” foram diagnosticada 1 437 casos até 1997, em 2001 348 casos e em 2004 foram diagnosticados 329 casos (correspondendo respectivamente 25.9%, 36.2% e 51.2%). Tendo em consideração todos os casos de SIDA diagnosticados até 2005 (dados cumulativos), correspondem a esta categoria 32.5%.

Nas categorias de transmissão através de “mãe-filho”, “Transfusionado” e “Hemofílicos”, nota-se uma diminuição de casos diagnosticados, tendo em consideração todos os casos de SIDA diagnosticados até 2005 (dados cumulativos), correspondem as esta categorias respectivamente, 0.6%, 0.5% e 1.1%.

De acordo com os autores Montagnier (1994) e Kalichman (1998), no caso das mulheres as principais vias de transmissão ocorrem com maior risco durante as relações sexuais.

Das 12 210 pessoas diagnosticadas com casos de SIDA, já morreram 6 277, correspondente a 51.4%.

O Quadro 6 permite-nos reconhecer e apontar a nível nacional a distribuição dos casos de SIDA e dos números de mortes por área de residência. De todos os distritos Lisboa destaca-se com 5 115 casos, seguido do Porto com 2 716 e Setúbal com 1 685 que corresponde respectivamente a 41.8%, 22.2% e a 13.8% do total de casos de SIDA em

Portugal. Portalegre, Beja e Bragança são os distritos que apresentam menos casos de SIDA, respectivamente com 23 casos (que corresponde a 0.1%), 35 casos (que corresponde a 0.2%) e 41 casos que corresponde a 0.3% dos casos de SIDA do país.

Em relação ao número de óbitos mantêm-se os mesmos distritos, Lisboa com 2 729 (que corresponde a 43.4% do total de mortes), Porto com 1 435 (que corresponde a 22.8% do total de mortes e por fim Setúbal que apresenta 793 (que corresponde a 12.6% da totalidade dos casos de morte). No que diz respeito aos portugueses que habitam no estrangeiro, os mais afectados são os que vivem em África com cerca de 55 casos, seguido do continente Europeu com 26 casos notificados. O total de casos dos emigrantes portugueses são cerca de 95, correspondendo 0.7% dos casos de SIDA. Até 30 de Junho de 2005 os casos de SIDA em Portugal eram de 12 210, dos quais 416 foram provocados pelo vírus VIH2 e 174 dos casos referem-se a infecção relacionada com o vírus VIH1 e VIH2.

Como já referimos o primeiro caso de SIDA apareceu pela primeira vez e teve a sua maior incidência no continente Africano. Segundo a autora Guerra (1998) os portugueses desde cedo mantiveram relações estreitas com este continente (e.g. retorno dos ex-colonos de África), logo é natural que se tenha assistido a um aumento do vírus, a nível geral nos diversos países do continente Europeu. Uma vez que os portugueses das ex-colónias mantiveram comportamentos que reflectem os costumes de um povo (e.g. idade em que iniciam a actividade sexual; utilização ou não do preservativo; presença de outras patologias, etc.) que vão facilitar as vias de transmissão da doença.

Portugal é referenciado desde 1998 como o principal país da União Europeia em que apresenta os piores resultados a nível da Saúde Pública, especialmente em relação à SIDA, verificando-se uma elevada incidência nas categorias toxicodependentes e heterossexuais (CNLCS – AIDS Portugal, 2005 b).

Quadro 2 – Distribuição dos casos de SIDA por distrito de residência*
(01/01/1983 – 30/06/2005)

Residência	Casos	Mortes
Portugal	11 896	6 157
Aveiro	246	136
Beja	35	18
Braga	233	121
Bragança	41	15
C. Branco	69	41
Coimbra	204	115
Évora	85	37
Faro	414	194
Guarda	45	26
Leiria	272	151
Lisboa	5 115	2 729
Portalegre	23	13
Porto	2 716	1 435
Santarém	260	100
Setúbal	1 685	793
V. Castelo	87	43
Vila Real	44	26
Viseu	137	69
Açores	70	39
Madeira	115	56
Estrangeiro	95	53
África	55	31
Europa	26	13
Améri.Norte	5	2
Améri. Sul	9	7
Ásia	0	0
Oceânia	0	0
Desconh.	219	67
Total	12 210	6 277

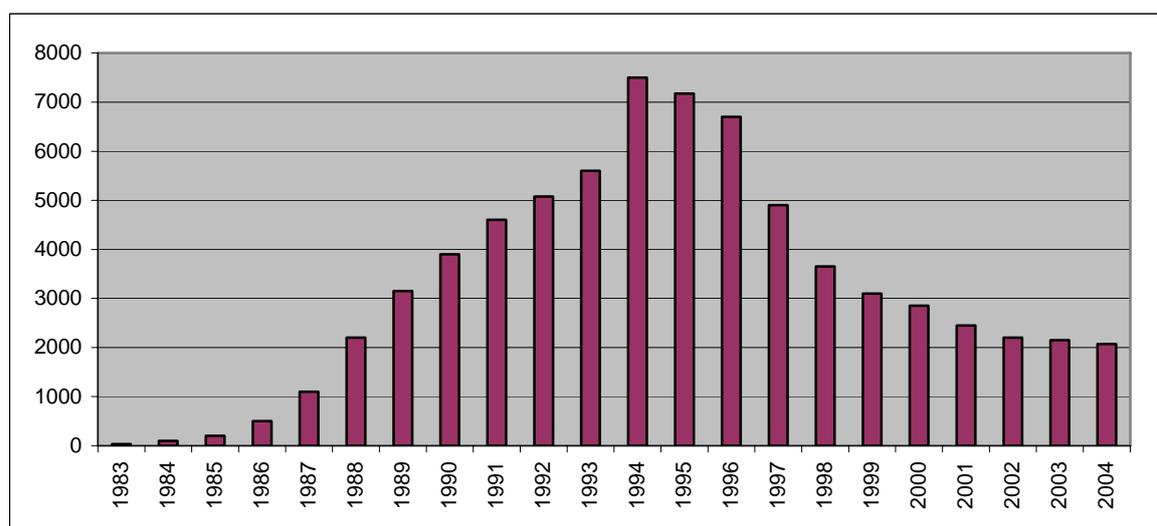
*Residência à data da notificação

(Adaptado de CNLCS, 2005)

Espanha

Em Espanha até 1999 foram notificados cerca de 54 964 de casos de Sida (Cardoso, A., 1999), no entanto a partir dessa data não se encontram disponíveis ou notificados quaisquer dados referente ao VIH neste país (Ver Anexo 4). (ECEMA, 2005). De acordo com Centro Nacional de Epidemiologia (2005), no ano de 2004 foram notificados em Espanha 2 071 casos de SIDA, havendo uma diminuição em 6,6% comparativamente com o ano de 2003 (2 218 casos). No que diz respeito ao sexo masculino no ano de 2003 registou-se uma descida de 10,3%, no entanto nas mulheres houve um aumento de 8% de casos notificados. No primeiro semestre de 2005, estima-se que foram diagnosticados um total de 1 251 casos, números que podem sofrer alterações quando se contabilizar todas as notificações de casos de SIDA (ver fig. 2).

Fig. 2 – Incidência anual de SIDA em Espanha. Registo Nacional de SIDA. Actualização a 30 de Junho de 2005.



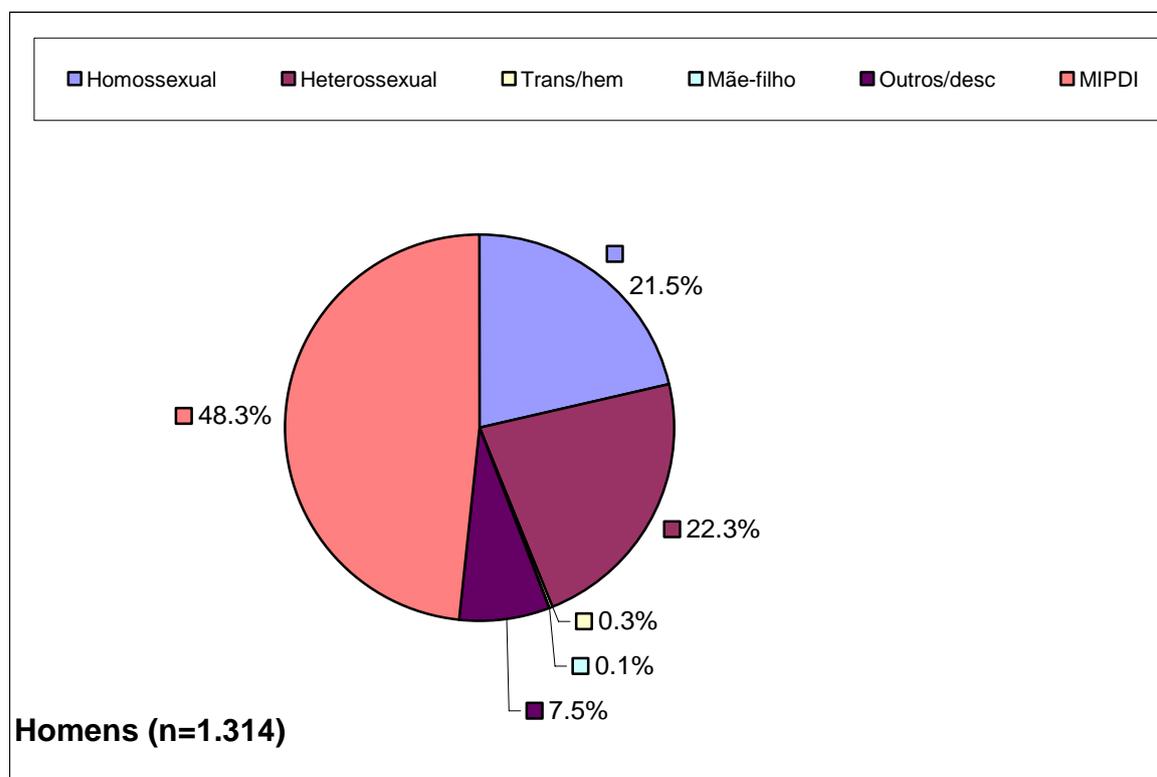
Fonte: (Adaptado CNE, 2005)

Nos anos de 2003 e 2004 os casos notificados, referentes à partilha de materiais envolvidos na injeção e preparação de drogas injectáveis, verificou-se uma descida em cerca de 12%. No entanto, ainda dentro desta categoria, 80% dos casos de SIDA são homens. Os casos de SIDA contraídos através de relações heterossexuais não protegidas desceram cerca de 1,9%, os casos relacionados com relações homossexuais entre homens aumentaram 1,8%. A incidência do número de casos de SIDA através da transmissão mãe-filho mantém-se abaixo dos 10 casos desde de 2002, ficando-se em 2003 por 8 casos e em 2004 por quatro casos (CNE, 2005).

Em Espanha a incidência de casos de SIDA diminuiu em cerca de 69%, com um significativo decréscimo entre os anos 1997 e 1999 e um decréscimo mais moderado até 2001. A partir de 2002 continuam a diminuir, mantendo-se abaixo dos 10% (ver fig. 2). A idade média da descoberta de diagnóstico de SIDA subiu à faixa etária dos 40,3 anos, a proporção de casos de SIDA, na faixa etária menores de 13 anos, situa-se entre os 0.2%. dos 46,3% das pessoas que desenvolveram SIDA em 2004, foi através da partilha de material envolvido na injeção e preparação de drogas injectáveis afectando 48,3% dos homens e 39,4% das mulheres. Os sujeitos que contraíram a infecção através de relações heterossexuais não protegidas correspondem a 29,2% dos casos, sendo mais frequentes nos homens do que nas mulheres. A terceira via de transmissão mais frequente tem sido as relações homossexuais entre homens, que corresponde a 21,5% dos homens (ver fig. 3).

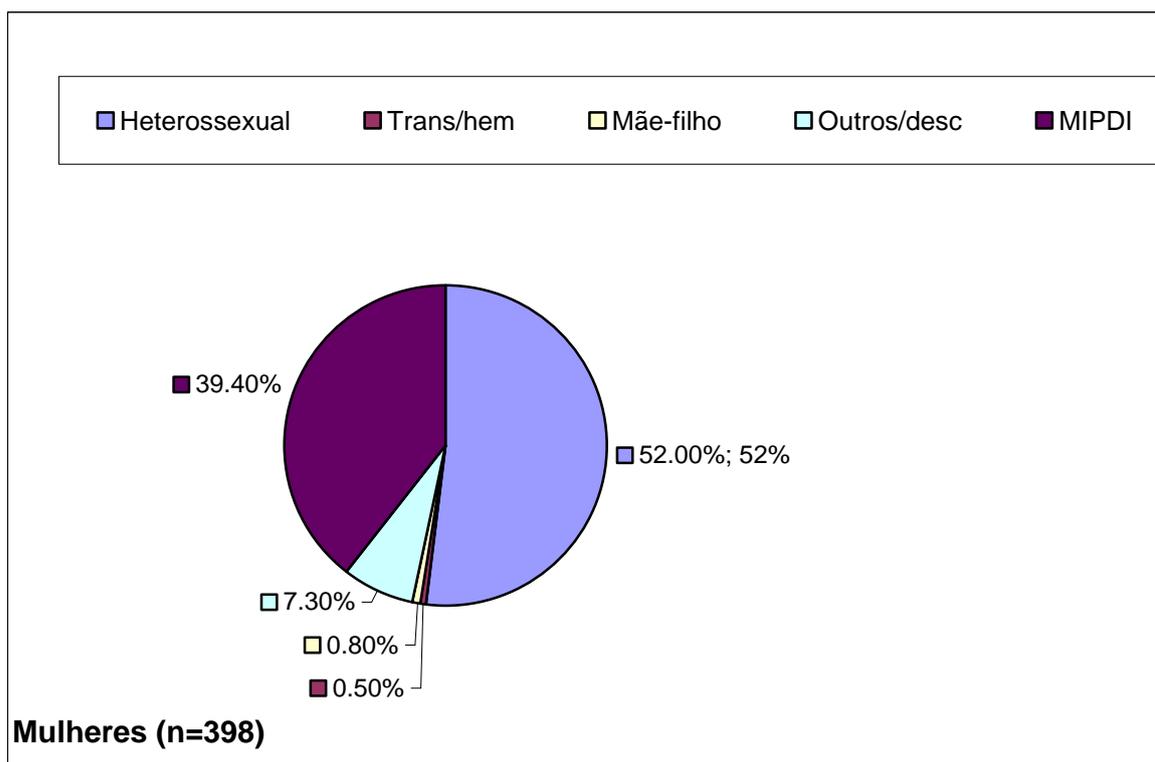
Das 19 comunidades autónomas, as mais atingidas em termos de casos de SIDA são Baleares, La Rioja e Madrid, respectivamente com cerca de 33%, 27,1% e 20,6%. As regiões menos afectadas são Galicia, Cast-La Mancha e Castilla Y León, respectivamente com 2,2%, 4,3% e 5,3% dos casos de SIDA do país.

Fig. 3 – Casos de SIDA diagnosticados em Espanha em 2004. Distribuição por categoria de transmissão. Actualização a 30 Junho de 2005.



Fonte: (Adaptado CNE, 2005)

Fig. 3 (cont.) – Casos de SIDA diagnosticados em Espanha em 2004. Distribuição por categoria de transmissão. Actualização a 30 Junho de 2005.



Fonte: (Adaptado CNE, 2005)

Tendo em consideração os dados apresentados, referentes à Península Ibérica, é de salientar que Espanha sempre apresentou uma taxa de incidência elevada, respectivamente nos anos de 1994 a 1997, no entanto esta taxa tem vindo a diminuir desde de 2000. Em relação às principais vias de transmissão em Espanha, também se tem verificado uma diminuição nos casos de SIDA, nomeadamente no uso de materiais de injeção, nas relações homossexuais e transmissão mãe-filho

Em Portugal, tem-se assistido a um cenário completamente diferente, uma vez que, no que diz respeito às principais vias de transmissão, os comportamentos de partilha de materiais de injeção ainda, apesar de pequena descida de casos de SIDA a partir de 2004, constituem 48,4% dos casos notificados até 2005, seguido das relações heterossexuais que apresenta uma tendência evolutiva crescente e preocupante.

Portugal é o país da Europa Ocidental que apresenta o maior número de casos (104 casos por milhão de habitantes), referente ao ano 2000, seguindo-se de Espanha com 63 casos por milhões de habitantes, Itália com 32 casos e por fim a França com 26 casos. Portugal não apresenta, até à data qualquer indício de estabilidade, porque ao contrário de outros países da União Europeia, a incidência tem aumentado de ano para ano de forma expressiva, passando

em 1993 de 55,8 casos/milhão de habitantes para uns assustadores 105,8 casos por milhão de habitantes em 2001. De acordo com CNLCS (2005), aquando da apresentação dos aspectos epidemiológicos, a nível nacional, constatou-se que para o mesmo ano, nos casos do VIH assintomáticos, foram notificados valores na casa dos 257,5 por milhão de habitantes. Ainda segundo esta entidade até Dezembro de 2001 estavam previstos 18 995 de infectados, no entanto dada a progressão do vírus estima-se que o número de casos chegará aos 35 000 a 40 000 de infectados, sendo mais do dobro, mencionado pela CNLCS.

De acordo com Kalichman (1998), o facto de o número de casos/óbitos de SIDA estarem a baixar em muitos países, este fenómeno deve-se, essencialmente, ao acesso que as pessoas têm aos novos tratamentos retrovirais existentes e não tanto pelo facto de se ter dado uma diminuição do número de pessoas infectadas.

CAPÍTULO 2

Atletas Face ao VIH/SIDA

2.1 – Introdução

A transmissão do VIH têm-se proliferado por todas as esferas da vida do homem, uma das áreas que ainda não abordamos e que também aparece como potencial grupo de risco, surge no contexto desportivo. Neste contexto em particular, a preocupação passa por um atleta com VIH transmitir o vírus aos seus adversários durante a competição e/ou evento desportivo (Gary, 1992; Le - Blanc, 1993). Acontecimentos, relativamente recentes, como foi o caso de Magic Jonhson, veio levantar a atenção para várias questões no que diz respeito aos riscos de contágio de atletas a outros indivíduos, envolvidos, directamente ou indirectamente, na competição desportiva. Uma questão que se levanta vai no sentido de verificar as consequências da prática desportiva em atletas seropositivos? Outra questão passa por avaliar se os atletas seropositivos deverão ser permitidos a competir ou não (McGrew, Dick, Scniedwind, 1996), bem como as precauções a tomar num evento/competição desportiva, no caso de participarem atletas contaminados, com o objectivo de reduzir os riscos de transmissão aos adversários (Gioannini & Dal Conte, 1996; Mast & Goodman, 1997; McGrew et al., 1996). Estudos realizados demonstram-nos que o risco de transmissão, somente ocorre, no caso de existir uma lesão de pele ou uma exposição e/ou contacto da membrana mucosa com sangue, dado que o contágio em acidentes percutâneo junto aos atletas é baixo. É de realçar que nem todas as modalidades desportivas são propensas à transmissão do VIH, contudo urge tomar medidas preventivas no sentido de consciencializar os agentes desportivos para que sejam evitados acidentes onde possam ocorrer ferimentos com materiais cortantes, exposição da pele e mucosas ao sangue e às secreções. Um estudo efectuado nos E.U. (Forman, Dekker, Javors, & Davison, 1995), conclui que os atletas masculinos, em comparação com rapazes que não praticam desporto de competição, envolvem-se mais rapidamente em comportamentos sexuais de risco (e.g. maior número de parceiros; maior consumo de álcool e droga durante a relação sexual, etc.). Este mesmo estudo, em relação às atletas femininas, sugere que em relação as raparigas que não praticam qualquer desporto, se envolvem em comportamentos de risco mais seguros.

Por vezes a ambição desmedida por um momento de fama e glória, leva a que muitos atletas assumam comportamentos de risco tais como “cair” nas malhas do doping como meio para atingir mais rapidamente e eficazmente elevadas performances, como é o caso dos

esteróides – anabolizantes. Este comportamento coloca em risco os atletas, na medida em que partilham seringas que poderão estar contaminadas (Lenaway, Guilfoile, & Rebchook, 1992).

A partilha deste material, como é o caso das agulhas, na injeção dos esteróides na corrente sanguínea, colocam os atletas em risco elevado de contraírem o vírus do VIH, bem como de contraírem outras doenças patogénicas como é o caso da Hepatite B. Dado que os atletas não abdicarão de recorrerem ao doping, nomeadamente à injeção de esteróides, estes devem estar muito bem informados e motivados para o uso adequado e seguro do equipamento (Fisher. J & Bryan A., 1999).

2.2 – Agentes de Prevenção

Quando falamos em adopção de comportamentos sexuais, seguros bem como da renúncia de comportamentos sexuais de risco, implica por parte das pessoas a busca de informação e o questionar da sua sexualidade de uma forma mais vasta e complexa (Ouakinin, 1993; Cardoso, 1999). A sociedade desempenha um papel decisivo e importante na educação sexual dos jovens (Perry, Kelder e Komro, 1993 citados por Cardoso, 1999) na medida em que os vários contextos podem funcionar ou como oportunidades, barreiras, reforços ou ainda como modelos. Desde muito cedo os adultos “educaram” os mais jovens, no que diz respeito à educação sexual, (Moore e colaboradores, 1996), com um discurso muito moralista, em que o objectivo passava por os mais novos seguirem os conselhos dos adultos (e.g. pais, igreja). Nesta altura falar em sexo, estava ligado a “coisas do diabo”, portanto a curiosidade sempre foi silenciada por informação errada (Cardoso, 1999). Somente no início de século XX é que surge uma nova perspectiva de encarar a educação sexual, esta nova abordagem baseava-se mais em questões relacionadas com a saúde e também pela crescente progressão das ciências médicas (Kalichman, 1998; Cardoso, 1999). As ciências médicas à medida que vão intervindo em doenças que aos longos dos séculos assolaram o mundo, como foi o caso da Peste Negra e da Sífilis, foram tendo cada vez mais credibilidade da sociedade. A educação sexual centrada numa abordagem mais moralista, que predominou nas últimas décadas, cai por terra muito devido ao surgimento do vírus do VIH/SIDA (Cardoso, 1999). Esta mudança implica que outros agentes que não a Igreja, por exemplo, assumam um papel importante na educação sexual dos mais jovens (Moore e colaboradores, 1996; Cardoso, 1999; PGS – OMS, 1994) como são o caso dos amigos, dos treinadores (visto que muitas crianças desde muito cedo participam em actividades físicas fora da escola), os pais, Mass Media, escola e os técnicos de saúde que já foram abordados anteriormente.

Contudo é preciso muito cuidado, uma vez que muita da informação que é veiculada por estes agentes é contraditória o que pode provocar demasiada confusão nos jovens e dificuldades no processo de tomada de decisão na sua vida sexual.

2.2.1 – Pares

Muitas pessoas procuram nos pares e amigos a informação que necessitam para tomar qualquer decisão, nomeadamente em relação ao seu comportamento sexual. A educação realizada no meio dos amigos promove mudanças de comportamentos, quer do indivíduo quer do próprio grupo, pela simples razão de se identificarem com os membros do grupo a que pertencem (Cardoso, 1999; Kalichman, 1998). Empatia, acessibilidade, partilha de valores, maior confiança e o facto de pertencerem à mesma cultura (Kalichman, 1998) são características que proporcionam uma melhor coesão inter – pares uma vez que se identificam tornando a comunicação mais frequente. A adolescência é das fases em que o ser humano é mais sensível à influência dos seus amigos, quer pelos valores que dividem e a própria cultura fazendo com que determinadas características influenciem as respostas pessoais de cada um, quer em termos sexuais (tanto na forma como percebem a ameaça do VIH e a sua prevenção (Bowser & Wingood, 1994) ou em termos de consumo de drogas. Muita da eficácia dos programas preventivos devem-se em parte ao envolvimento dos pares/amigos na fase de planeamento e implementação (Moore e tal., 1996). Contudo a influência dos pares também pode ser de carácter negativo (Perry et al., 1993) sobretudo quando esta está associada a comportamentos sexuais de risco, abuso de álcool/drogas e comportamentos de agressividade (por vezes gratuita). Ainda para este autor, os jovens que poderão integrar estes programas não têm necessariamente que ser encarados como líderes, mas colegas populares a quem os restantes colegas respeitam e vejam como potencial modelo a copiar.

Em Portugal 88% dos rapazes e 84% das raparigas, quando têm dúvidas em termos sexuais, apontam os amigos como principal recurso para se informarem (Pereira, 1993); num estudo similar realizado por Cruz e colaboradores (1997) a imprensa/T.V. aparecem como principais fontes de informação relevando para segundo lugar os amigos. Mesmo na questão do uso do preservativo, a opinião dos pares é importante e vai influenciar o seu uso ou não na próxima relação.

2.2.2 – Treinadores

È na prática de uma modalidade desportiva que vamos encontrar um facto realmente brilhante, que não se verifica em mais nenhum outro contexto ou domínio, que é encontramos um número elevado de pessoas (e.g. crianças, jovens, adultos) “que voluntariamente se sujeitam e “subjugam” à autoridade de uma pessoa: o seu treinador (Chelladurai, 1984, cit. por Cruz, J., & Gomes, A., 1996). Torna-se cada vez mais urgente, devido às características que estão associadas à prática desportiva (especialmente nos desportos de contacto físico), a educação dos atletas, em relação ao VIH, com o objectivo de os informar quais os comportamentos de risco que devem ser evitados (Fauci, A.S. & Lane, H.C., 1991; Basil, R., 1996). No entanto a tarefa de educar atletas torna-se difícil, uma vez que foram ensinados, de geração em geração, da “normalidade” de se ter vários (as) companheiros (as) (Hamel, R., 1992). È da competência da equipa médica/psicológica e do próprio treinador, aquando da descoberta de um atleta infectado, informá-lo da sua situação e do perigo que representa para os seus colegas/adversários em termos de transmissão do VIH, e em caso de considerarem que o risco de infecção é elevado, deverão persuadir o atleta infectado à não participação desportiva (Mitten, M.J., 1993) ou até ao seu abandono, garantindo sempre um acompanhamento adequado à sua condição.

Após o anúncio de “Magic” Johnson sobre a sua condição de atleta infectado, os responsáveis da NBA desencadearam campanhas de informação juntos dos atletas (Goldsmith, M.F., 1992), os técnicos desenvolveram e implementaram um programa de educação relacionado com o VIH, direccionado a todos os atletas das equipas profissionais de basquetebol norte-americanas. Até à data, somente existiu um caso de contágio do VIH entre atletas num evento desportivo no ano de 1989 (Torre, Sampietro, Ferraro, Zeroli & Speranza, 1990). O acidente ocorreu durante um choque de um jogador de uma equipa italiana contra o seu adversário, consumidor de drogas e seropositivo, resultando em lesões na zona das sobrancelhas nos dois atletas (Torre et al., 1990). Contudo muitos autores colocam em questão se a transmissão do VIH por este atleta, resultou deste choque (Loveday, C., 1990).

Em suma, o treinador deverá ser sensível não só às necessidades inerentes à prática da modalidade, mas também preocupado e atento ao desenvolvimento psicossocial dos atletas (Cruz, J.F., & Gomes, A., 1996).

2.2.3 – Pais

Segundo Pereira (1998) os pais assumem um papel muito relevante no desenvolvimento dos seus filhos, principalmente na fase da adolescência em termos da Educação Sexual. Ainda segundo este autor, os pais, por vezes reagem, quer de forma negativa/positiva aos interesses que uma criança começa a exprimir, nomeadamente no que diz respeito à descoberta do seu corpo. Nesta altura os pais assumem uma postura mais rígida e tornam-se mais indisponíveis para conversarem com os seus filhos quando o tema é a sexualidade. Ao tomarem esta postura, transmitem aos filhos que o tema da sexualidade é algo “que não é bom” e que é um “pecado”.

Desde muito cedo que as crianças vão confrontando os pais com questões relacionadas com a sexualidade, possibilitando assim um canal de comunicação fundamental para as questões que serão colocadas na fase da adolescência (Cardoso, A. 1999). Estes meios de comunicação deverão ser trabalhados numa fase mais precoce na vida das crianças e não somente na fase da adolescência, uma vez que muitos adolescentes ao descobrirem a sua sexualidade afastam-se dos adultos vivendo num mundo só deles, o que poderá ser um problema (Moore, S., Rosenthal, D. & Mitchel, A., 1996). Ao surgir este afastamento, os adolescentes procuram aos seus pares e quando surge uma tomada de decisão (a nível sexual) já não incluem os desejos dos pais nem os questionam (Moore et al., 1996). Estas circunstâncias vão impossibilitar os pais de participarem de forma activa na educação sexual dos seus filhos, bem como não poderão participar na prevenção das DST (Cardoso, 1999) ou ainda porque sentem-se atrapalhados ao abordar esta temática, ou porque constatarem que os seus filhos já sabem tudo e ainda porque têm medo que ao abordar este assunto lhes estejam a “dar luz verde” para experimentarem (Moore et al., 1996).

Estas poderão ser apontadas como as razões que possam explicar o afastamento dos pais para abordarem a sexualidade, preferindo de certa forma que este tema seja discutido nas escolas e nos centros de atendimento familiar.

Moore e colaboradores (1996) acreditam que os pais têm o direito de expressarem os seus valores e pontos de vista, mas não deverão impô-los aos seus filhos como se tratassem de seres inanimados, porque desta forma estão a delimitar as possibilidades de os seus filhos adquirirem os seus próprios princípios morais.

2.2.4 – Mass Media

Desde do aparecimento da rádio até ao aparecer da Televisão é indiscutível a influência que exercem sobre as pessoas. Na área da educação sexual dos jovens, os meios de comunicação podem ter uma influência positiva ou negativa. Os meios de comunicação, rapidamente se aperceberam que falar de sexualidade traz muitas vantagens, nomeadamente em termos de audiências (Moore et. al., 1996), séries como “Morangos com Açúcar” e ainda “New Wave” que abordem esta temática ao adoptarem um padrão de comportamentos de Sexo mais Seguro servem como exemplo para os jovens praticarem Sexo Seguro. Foram efectuados estudos em Portugal para avaliar até que ponto os meios de comunicação (e.g. rádio, T.V., revistas, livros, etc.) são um meio muito procurado pelos jovens para se informarem sobre a sexualidade. Segundo Pereira (1993) 44% dos rapazes recorrem mais à T.V. e às leituras para se informarem, enquanto que 34% das raparigas usam a T.V. e 59% recorrem à leitura; num estudo efectuado por Cruz e colaboradores (1997) a imprensa e a televisão obtêm uma pontuação muito elevada quando se fala deles como fonte de informação e formação sexual. Uma das formas de beneficiar da informação que advém dos meios de comunicação, sem nos preocupar se essa informação vai ser benéfica ou não para os jovens, passa por desenvolver nos jovens uma atitude crítica face às mensagens que lhes é transmitida (Cardoso, 1999).

A Internet é mais um meio poderosíssimo que surgiu na vida dos jovens, proporcionando-lhes mais uma forma de explorarem e de se informarem, bem como trocaram informação e experiência com outros pares, bastando para isso ter um computador, sendo visto por muitos como um potencial meio de promover comportamentos seguros e da saúde em geral (Moore et. al., 1996; Cardoso, 1999).

2.3 – Modelos Teóricos de Mudança de Comportamentos

Os investigadores que estão envolvidos na área da prevenção são unânimes ao afirmarem que só fornecer informação para combater este vírus não chega (Kirby & DiClemente, 1994; DiClemente & Peterson, 1994; Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994; Bandura, 1989, 1992, 1994). Nesta área o mais complicado é criar intervenções que influenciem outros agentes que estão implicados nas mudanças comportamentais (DiClemente & Peterson, 1994). Ainda segundo estes autores, os estudos devem ter como base modelos que estejam relacionados com as ciências comportamentais, uma vez que fornecem dados importantes para o reconhecimento dos elementos que estão envolvidos nas mudanças comportamentais.

Ciências, como a Psicologia do Comportamento, desenvolveram inúmeros modelos de Mudança de Comportamentos, incrementados em contextos específicos, mas cujo os princípios gerais podem ser aplicados a outras áreas e temáticas. Contudo devido à especificidade do vírus do SIDA, nomeadamente dos comportamentos que estão envolvidos na sua transmissão, houve necessidade de criarem novos modelos.

Todos os modelos, quer dos mais gerais aos mais específicos, sofreram influências dos vários ramos da Psicologia (e.g. Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Social, Psicologia Comunitária, etc.), com o principal objectivo de criar obstáculos à progressão do vírus.

2.3.1. Modelos Teóricos Gerais

Apresentamos de seguida os modelos que têm sido adaptados à prevenção do VIH como é o caso do modelo da Acção Racional, o da Aprendizagem Social Cognitiva e Auto-Eficácia, o das Crenças de Saúde e por fim o modelo Transteórico.

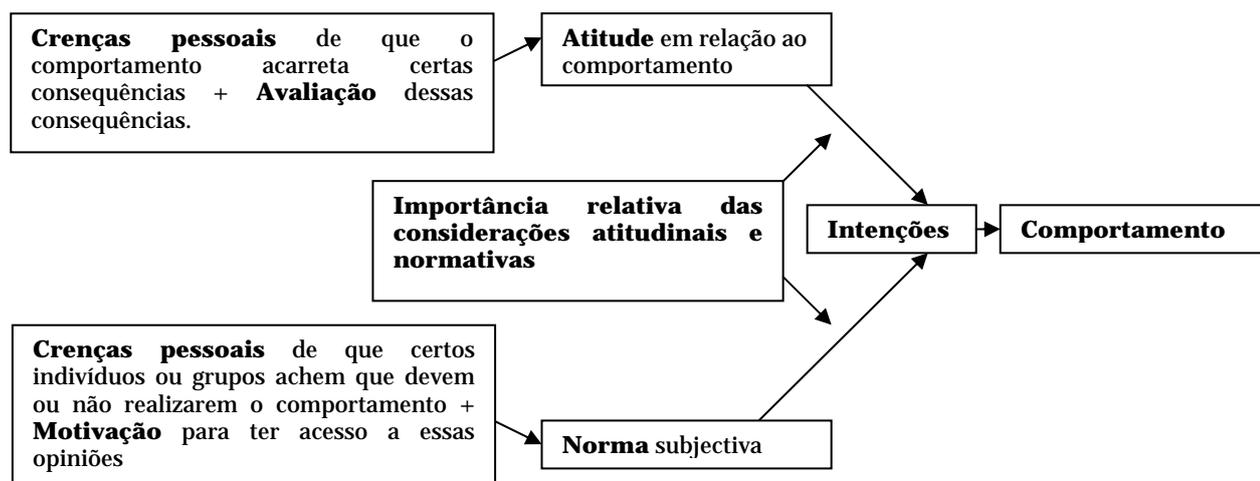
Modelo da Acção Racional

Em 1997 surgiu a Teoria da Acção Racional (Fishbein & Middlestadt, 1989; Fishbein, et al., 1994) que pretende expor um modelo geral do comportamento humano, dado que este está totalmente dependente das relações estabelecidas entre três factores: crenças, atitudes, intenções e comportamentos. É possível verificar na Figura 4 que a teoria assenta num grupo de conjecturas que criam vínculos entre os três factores já referenciados, ou seja ligações entre comportamentos e intenções, entre intenções e o resultado da interacção entre atitudes e normas subjectivas e entre atitudes e normas subjectivas e crenças comportamentais e normativas.

A grande tónica desta teoria é que as pessoas ao receberem a informação que se encontra disponível, irão processá-la de forma racional a fim de tomarem uma decisão. Segundo os autores, a mudança comportamental vai ser encarada, sobretudo, como uma mudança ao nível das estruturas cognitivas que estão subjacentes ao comportamento do indivíduo (Fishbein & Middlestadt, 1989).

Vários autores têm recorrido a este modelo de forma a aplicá-lo a comportamentos relacionados à prevenção do VIH como é o caso de Fishbein e Middlestadt (1989), Fishbein e colaboradores (1994) e Cruz e Vilaça (1986).

Figura 4 – Factores que Determinam o comportamento de acordo com a Teoria da Acção Racional.



(Adaptado de Fishbein e Middlestadt (1989) e Fishbein e colaboradores (1984)).

A premissa deste modelo assenta em três componentes importantes: a selecção dos comportamentos que vão ser modificados, as intenções como principais determinantes desses comportamentos e por fim as atitudes e normas como determinantes das intenções.

A primeira componente do modelo – selecção dos comportamentos vai funcionar como o mote de ensaio da intervenção sobre o comportamento seleccionado. Para que a intervenção tenha os resultados esperados, é essencial que esta incida sobre os comportamentos de alto risco, com o objectivo de que a mudança enfraqueça a viabilidade de o indivíduo ser infectado (Fishbein & Middlestadt, 1989; Fishbein, et al., 1994). Ainda de acordo com os autores é indispensável que a selecção do comportamento seja sobre comportamentos específicos ao invés de recair sobre um conjunto de comportamentos, bem como é necessário a definição dos comportamentos de acordo com 4 factores: alvo, acção, contexto e tempo.

A escolha do comportamento alvo, vai depender da distinção que irá ser efectuada entre comportamentos, categorias comportamentais e por último entre consequências e objectivos. Os primeiros deverão ser actos particulares (e.g. usar o preservativo), o segundo factor – categorias comportamentais – são consideradas como as consequências assentes num ou mais actos (e.g. prática de sexo mais seguro), por fim as consequências/objectivos que derivam da aderência a um ou mais comportamentos (e.g. ser seronegativo/seropositivo).

Esta teoria reforça que a intervenção, que visa a mudança comportamental, só terá sucesso se o sujeito tiver ciente que essa mudança depende da sua vontade.

Kalichman (1998), alerta para algo de extrema importância que passa pela ambiguidade na interpretação, ou seja nas campanhas preventivas que apelam à prática de sexo mais seguro, é necessário explicar e definir cuidadosamente a que se referem em termos de mudanças comportamentais. De acordo com os autores da Teoria da Acção Racional este problema poderá ser superado se a intervenção se focar num comportamento exclusivo e observável. A ambiguidade de interpretação poderá ser colmatada se existir uma participação entre os investigadores comportamentais, a classe médica e de epidemiologistas habituados com a prevenção e tratamentos das DST'S, com o objectivo de reconhecerem os comportamentos de risco de forma a desenvolverem meios infalíveis de comunicação e intervenções capazes de influenciar os determinantes do comportamento (Fishbein, et al., 1994).

Para a identificação das necessidades de um determinado grupo alvo é indispensável a identificação dos comportamentos mais controversos nesse grupo e qual a melhor forma de termos acesso a essa população.

No que diz respeito à predição dos comportamentos partindo das intenções, o determinante directo do comportamento vai definir a intenção do indivíduo tem em o executar, devendo, contudo, esse comportamento encontrar-se sob o domínio da própria pessoa (Cruz & Vilaça, 1996). Nesta componente, é fundamental diferenciar entre intenção de usar determinado comportamento, intenção de realizar uma categoria de comportamentos e por fim a intenção de alcançar um determinado objectivo e ou consequência.

A última componente da Teoria da Acção Racional fala na aptidão de se prever as intenções baseando-se nas atitudes e normas subjectivas que o indivíduo possui em relação a ter “esse” comportamento. De acordo com os autores, os determinantes das intenções estão interligadas com os factores favorável / desfavorável das suas atitudes em relação ao comportamento e a percepção da pressão normativa que as pessoas significativas vão exercer para a execução do comportamento (Fishbein & Middlestadt, 1989; Fishbein, et al., 1994).

Como já abordamos anteriormente, este modelo dá muita primazia às estruturas cognitivas, sobretudo das crenças comportamentais e das avaliações subjacente a atitude, tal como a estrutura cognitiva das crenças normativas e de factores motivacionais para aderir a que estas estabeleçam a norma subjectiva, especialmente na preparação das intervenções preventivas bem como para garantir o seu sucesso (Fishbein & Middlestadt, 1989; Fishbein, et al., 1994).

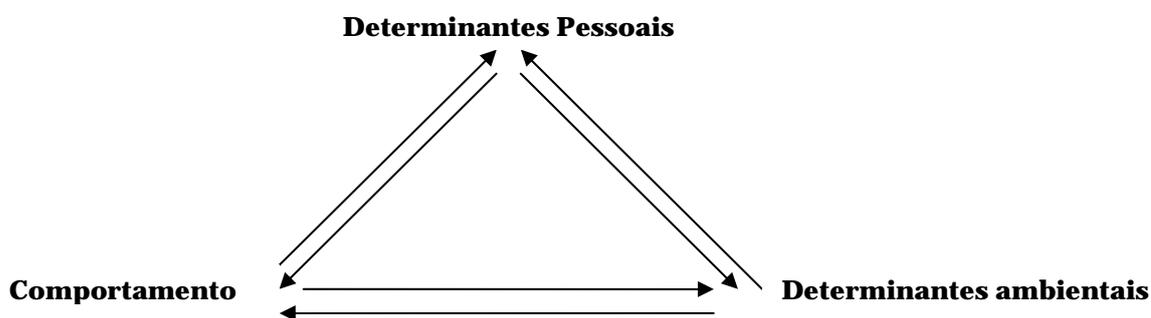
Para Fishbein e colaboradores (1994) este modelo refere ainda a importância de que um determinado comportamento se deve encontrar sob controlo atitudinal ou normativo e se proceda à identificação das crenças mais evidentes subjacentes às atitudes e normas

subjectivas de um grupo de indivíduos, para que estes acedam à mudança comportamental ou até mesmo ao reforço de um comportamento saudável. Assim segundo estes autores, e indo de encontro à opinião de outros autores (e.g. Kalichman, 1998), as mensagens preventivas devem ter um impacto, nomeadamente ao nível das crenças das pessoas. Variados autores em estudos apresentados têm referido a importância de determinadas variáveis que se encontram patentes na Teoria da Acção Racional. Svenson e Hanson (1996) apoiam a importância das normas percebidas como contra o uso do preservativo e da falta de comunicação entre parceiros, onde está envolvida a exposição de si e dos outros. De acordo com Fisher (1988) refere a utilidade da previsibilidade das intenções baseado nas crenças normativas, caracterizando a rede social como possuidora de normas estáveis ou instáveis com comportamentos preventivos comparativamente a comportamentos de protecção face ao VIH, em que os indivíduos terão acesso ao suporte social para realizarem de forma mais fácil esses comportamentos ou até mesmo serem “castigados” caso não os tenham. No entanto alguns autores apontam críticas a este modelo, nomeadamente no que se refere à componente social. De acordo com Kashima, Gallois e McCamish (1992) apesar das normas sociais serem bons preditores, pensam que também poderiam englobar as normas pessoais e comportamentais. As normas pessoais e comportamentais podem ser diferentes mediante o resultado da comunicação que pode se realizar quer entre os amigos ou um entre um líder de opinião de um determinado grupo (Vilaça, 1994), ao passo que as normas subjectivas a comunicação já se encontra circunscrita ao parceiro sexual. Outra das críticas que fazem relativamente a este modelo, passa por este ser excessivamente racional (estruturas cognitivas), estrutura, que em determinados grupos não é explorada da forma mais correcta (e.g. adolescentes e jovens) principalmente quando se fala em emoções, dado que estas não são mediadas de um modo racional, nesta faixa etária (Cardoso, 1999).

Modelo da Aprendizagem Social Cognitiva e Auto – Eficácia

O modelo da Aprendizagem Social Cognitiva e Auto – Eficácia, assenta na teoria Social – Cognitiva da Aprendizagem de Bandura (1989, 1992; 1994) tendo como base dois pressupostos importantes a modelagem e a auto – eficácia. De acordo com este modelo o comportamento integra uma disposição em pirâmide em que os seus elementos são interactivos entre si e é constituída por Comportamentos, Determinantes Pessoais e Influências Ambientais (Figura 5).

Figura 5 – Pirâmide onde se encontra o comportamento, de acordo com a teoria Social – Cognitiva e Auto – Eficácia



(Adaptado de Bandura, 1992)

A partir do momento em que pretendemos que um comportamento seja modificado, deve-se dar ao indivíduo razões para fazer a mudança, fornecer-lhe os meios, recursos e o suporte social essenciais (Cardoso, 1999). Para que a mudança comportamental se efectue, a pessoa terá que estar munido de uma série de habilitações, extremamente motivado e possuidor de uma capacidade auto-directiva, estes Determinantes Pessoais, que englobam factores cognitivos, afectivos e biológicos, encontram-se no topo da estrutura triádica. Como complemento e para que a mudança seja eficaz, é necessário uma boa rede social para que o sujeito a realize (Influências Ambientais). Como já referimos anteriormente, esta teoria baseia-se na aprendizagem por imitação e observação de modelos como forma de adoptar comportamentos saudáveis, tendo especial relevância ao nível da execução dos programas preventivos junto das populações de adolescentes e jovens adultos.

Segundo o autor (Bandura, 1989, 1992 e 1994) não basta o indivíduo ser possuidor de competências auto – reguladoras se não é capaz de as empregar de forma eficaz e constantemente sempre que se depara com momentos mais complicados. É necessário que o indivíduo confie nas suas capacidades de que é capaz de controlar o seu comportamentos (auto – eficácia percebida). Este conceito está relacionado com a convicção que a pessoa tem em relação ao controlo que possui (ou não), em relação à motivação que tem, comportamentos e o próprio contexto social. A aplicabilidade deste modelo à prevenção do VIH, relaciona-se com o facto de que para existir a mudança comportamental desejada, é preciso existirem competências de regulação pessoal e social, bem como a percepção de uma óptima à auto – eficácia em relação ao controlo a exercer em áreas como é o caso da sexualidade e da troca de material para uso de drogas intravenosas (Cardoso, 1999).

Assim de acordo com este modelo, mais importante que modificar um comportamento é elevar os níveis de eficácia interpessoal com o objectivo de diminuir as probabilidades de infecção por VIH. Esta tarefa torna-se mais complicada no momento em que maiorias das pessoas têm comportamentos muito rígidos, automáticos e mecânicos tornando, assim, difícil a mudança em termos de eficácia interpessoal.

Se um sujeito tiver níveis muito baixos de auto-eficácia percebida, os factores sociais e afectivos (e.g. sedução, coerção, aceitabilidade social, pressão social, medo de rejeição, embaraço e constrangimento), podem elevar as possibilidades desse sujeito se envolver em comportamentos de risco.

Qualquer programa que tenha como objectivo a mudança comportamental deverá, de acordo com a teoria da Aprendizagem Social Cognitiva e Auto – Eficácia, atender a 4 aspectos importantes com o intuito de influenciar os factores que compõem a pirâmide, sendo eles: a informação; competências auto – reguladoras e auto – protectoras; treino das competências sociais e aumento da resistência de auto – eficácia e criação de apoio social e de um ambiente reforçador das mudanças desejáveis (Bandura, 1992).

A informação deve ser bem planeada porque é dela que o sujeito vai adquirir consciência e conhecimento em relação às formas de transmissão do vírus do VIH, conhecendo, assim, a sua natureza. Quanto mais informação a pessoa tiver mais contribui para aumentar os sentimentos de auto – eficácia, permitindo que o sujeito tome medidas preventivas.

Em relação ao segundo factor, o objectivo é fornecer ao sujeito as competências necessárias para que as coloque em prática no caso de se deparar com situações mais ou menos complexas. Segundo Bandura (1992) o processo de modelagem permite às pessoas, através do visionamento de vídeos ou de “role playing”, a aquisição de competências e de conhecimentos como forma de aprenderem a lidarem com situações onde estão envolvidos os outros ou situações em que esteja só o próprio, para que se proteja contra a infecção pelo VIH.

O terceiro factor vai “treinar” o indivíduo para aumentar as competências sociais e aumentar a resistência de auto – eficácia, após identificarem essas competências vão exercitá-las através da simulação. Para que a prática simulada (role play) seja 100% eficaz é fundamental que os sujeitos estejam convictos da sua eficácia para que o esforço empregue seja o suficiente nos contextos que poderão colocar à prova as suas capacidades.

Por último o quarto factor está relacionado por um lado com a formação da rede social/suporte social e por outro com a criação de um ambiente que propício e reforçador para que se dê a mudança desejada. O indivíduo só procederá a uma mudança de comportamento, quando vê que o seu comportamento actual coloca em risco a sua saúde, pelo que as

estratégias que foram adquiridas tornam-se importantes, para que a mudança ocorra e porque o sujeito acredita nas suas capacidades para controlar a situação. Estas mudanças não acontecem num contexto isolado, mas sim num ambiente onde a interacção entre os indivíduos ocorre, numa rede de influências sociais. A influência social de uma determinada rede, nomeadamente nos adolescentes, é a principal causadora de alguns comportamentos de risco no que diz respeito a infecção pelo VIH (e.g., relações sexuais sem preservativo), mas não só (e.g., fumar, beber, etc.). Muitas vezes, com receio que os seus companheiros, os jovens não vão insistir para a prática de comportamentos seguros. Segundo Moore e colaboradores (1996) outro factor negativo está relacionado com o facto de o sexo seguro ser considerado como falso, desavergonhado, retirar o prazer sexual ou até indica que o sujeito não é corajoso o bastante para correr riscos.

De acordo com Bandura (1989, 1992) a influência social é mais eficaz se for exercida por elementos do próprio grupo de pertença do que se for exercida por elementos exteriores ao grupo. Quando as campanhas se baseiam na comunidade têm como principal vantagem uma maior mobilização das redes formais e informais de influência na transmissão de conhecimentos e na promoção de comportamentos saudáveis, devendo estas campanhas serem adaptadas às características de grupo (Bandura, 1994).

São vários os estudos que têm acrescentado a Teoria da Acção Racional à Teoria da Aprendizagem Social, principalmente a noção de auto – eficácia.

Modelo de Crenças de Saúde

Por volta da década de 50 os profissionais de Saúde Pública desenvolveram o Modelo de Crenças de Saúde, com o objectivo de compreender o que leva as pessoas a envolverem-se nos programas de rastreio e vacinação. Com o avançar do tempo este Modelo serviu, também, para perceber as reacções das pessoas aos sintomas bem como quais os seus comportamentos perante o diagnóstico de uma doença, neste caso em relação às prescrições médicas (Cardoso, 1999).

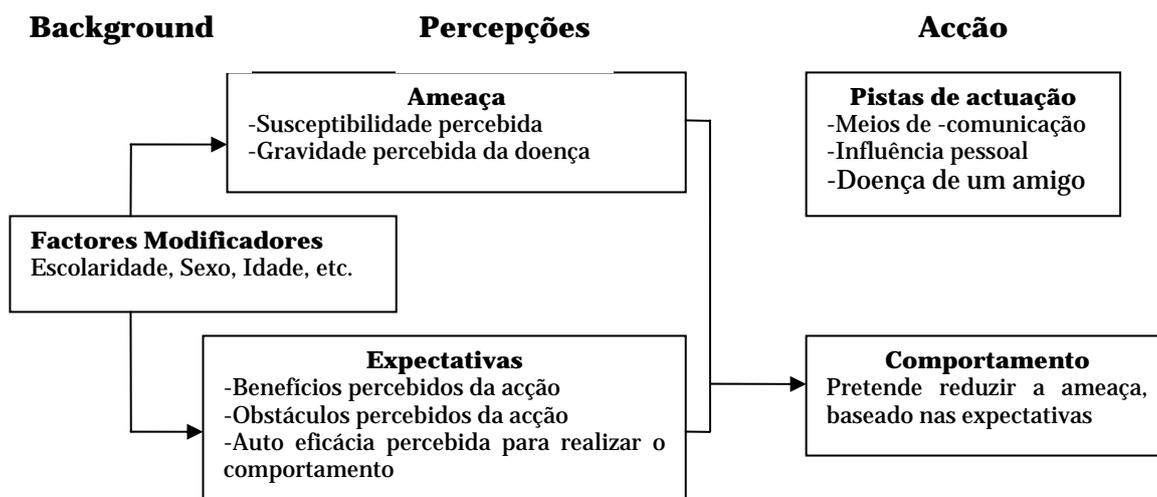
Kirscht e Joseph (1989), Hingson e Struning (1992), Struning e Hingson (1993) e Rosenstock, Strecher e Becker (1994) (citados por Cardoso, 1999) têm analisado em que medida este modelo poderá se aplicar à infecção pelo VIH, dado que o Modelo de Crenças de Saúde tem sido, nas últimas décadas, o mais utilizado para compreender os comportamentos dos indivíduos em relação à saúde. O indivíduo ao tomar conhecimento de que é portador de uma determinada doença, adoptará um comportamento que lhe possibilite prevenir, controlar ou até mesmo suprimir a doença, tendo para isso que: encontrarem-se melindrosos face à

doença; a doença terá resultados negativos para o indivíduo; ao adoptar esse comportamento poderá diminuir a gravidade da doença; ao adoptar tal comportamento, o sujeito, terá mais benefícios que custos. É um modelo de cariz racional cognitivo (Kirscht & Joseph, 1989; Rosenstock et al., 1994) que expõe 4 elementos cruciais para descrever o que motiva o indivíduo a alterar um comportamento: susceptibilidade pessoal percebida está relacionada com a possibilidade percebida do sujeito se expor a uma doença (percepção da ameaça), não existindo para isso qualquer tipo de acção específica, percepção da gravidade da situação ou seja quais as sequelas negativas que advêm para a saúde, já tendo em conta as considerações médicas, psicológicas e sociais; valor do comportamento, esta componente, está relacionado com as vantagens e com a eficiência do comportamento em que o sujeito vai sair beneficiado se adoptar esse comportamento recomendado; por fim os obstáculos à sua implementação, que tem a ver com características negativas e os custos que advêm aquando da implementação do comportamento recomendado, colocando em risco a sua aprovação (Cardoso, 1999).

Recentemente este Modelo sofreu algumas alterações (Rosenstock et al., 1994), na medida em que foram incluídas mais 3 conceitos: “pistas para a acção”, factores de modificação e auto-eficácia. As “pistas de acção” estão relacionadas com determinados “vestígios” que poderiam despontar a acção, contudo não lhes foi dado muito valor e nem foram de forma sistemática, suficientemente, estudadas. De acordo com os autores Kirscht e Joseph (1989) os factores de modificação estão relacionados com as diferentes populações onde se intervêm, com os aspectos sociopsicológicos (e.g. sexo, idade, escolaridade) e por fim a nível estrutural. Estas variáveis poderão prejudicar o grau de percepção que dissimuladamente atinge os comportamentos, a título ilustrativo, o grau de escolaridade produz um efeito indirecto ao nível do comportamento dado que vai mexer na susceptibilidade, gravidade, benefícios e custos.

A auto-eficácia foi adoptada por este Modelo, tal como aconteceu no Modelo Transteórico, ao correspondente conceito de auto-eficácia abordado por Bandura (1989, 1992, 1994), em que o intuito é ampliar a competência preditiva do actual modelo, ou seja, o objectivo é a mudança dos comportamentos considerados mais complexos e que exigem um longo período de tempo (e.g., infecção pelo VIH). A Figura 6 ilustra a interacção entre os vários agentes que constituem este modelo.

Figura 6 – Agentes do Modelo de Crenças de Saúde



(Adaptado de Rosenstock, Strecher e Becker (1994))

Para que a mudança do comportamento se dê o indivíduo terá que se sentir ameaçado pelo comportamento que tem na actualidade (susceptibilidade e gravidade percebida) e para além disso deve confiar que a mudança é viável e será vantajosa e os seus custos serão razoáveis bem como deverá sentir-se capaz e com força de vontade para promover essa mudança (auto-eficácia).

Muitos autores têm colocado em causa a aplicabilidade deste modelo à prevenção da infecção pelo VIH. Uma das limitações mais salientes tem a ver pelo facto da tomada de decisão basear-se a um nível racional (Kashima et al., 1992), crítica já apontada ao modelo da acção racional, dado que ambos esquecem-se que tantos os adolescentes como os jovens e adultos minimizam os riscos de transmissão, assumindo uma postura de imortalidade e de imunidade (Hingson & Struning, 1992; Struning & Hingson, 1993; Flora & Thoresen, 1988). Segundo Fisher (1998) e Svenson e Hanson (1996) o principal obstáculo, no caso dos adolescentes e jovens, tem a ver com a pouca importância dada ao grupo de pares, dado que as normas de um grupo influenciam de forma significativa o comportamento que o indivíduo vai adoptar dado o pavor de ser excluído pelo grupo e rejeitado pelo companheiro (a) poderá acontecer. Os autores do Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) admitem que neste modelo é necessário separar as variáveis com maior importância quando se pretende operar uma mudança comportamental. No entanto este modelo tem contributos positivos, sendo a sua principal contribuição ao nível da percepção em relação ao risco ou susceptibilidade aquando da tomada de decisão para adoptar comportamentos saudáveis e por

outro lado por realçar que existem custos pessoais, sociais e ambientais envolvidos na mudança comportamental, no entanto a sua utilidade será maior caso se abarque outros modelos (Kirscht & Joseph, 1989).

Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico foi desenvolvido por Prochaska & Marcus (1994) com o objectivo de apresentarem e descreverem quais os processos envolvidos nas mudanças que ocorrem nas mais variadas áreas do comportamento. De acordo com este modelo existem 3 factores que de forma hierárquica, produzem a mudança comportamental. No primeiro patamar encontramos o conceito de estágio, no nível dois seguem-se os conceitos de processo de mudança e de decisão equilibrada, o terceiro patamar diz respeito ao conceito de auto-eficácia (Marcus & Simkin, 1994; Mota, 1997).

Ao conceito de estágio está inerente uma medida de tempo no qual vão se dar as mudanças, de carácter progressivo, transpondo de estágio sempre que o indivíduo se empenhe para obter comportamentos mais ajustados. Segundo Prochaska e Marcus (1994) o conceito de estágio é possuidor de uma essência sólida e activa, dado que pode se manter durante um longo período de tempo, mas no entanto é susceptível de mudança. Ainda segundo estes autores, a modificação de comportamentos envolve, não só o abandonar de comportamentos de risco bem são favoráveis à existência de comportamentos saudáveis, existindo progresso, no entanto também deveremos estar cientes de que existirão muitos retrocessos (Prochaska & DiClemente, 1986, citados por Mota, 1997). Para existir a mudança comportamental pretendida, os indivíduos deverão passar por uma série de estádios organizados por medidas de motivação e comportamentos. Assim encontramos a Pré-Contemplanção onde o indivíduo não tem como objectivo a mudança comportamental, pelo menos a curto prazo; a Contemplanção diz respeito à fase em que os indivíduos admitem a necessidade de se efectuar uma mudança comportamental e têm intenção de a realizar a curto prazo; no estágio da Preparação o indivíduo tem a intenção de num curto espaço de tempo (e.g., 1 mês), existindo já nesta fase um plano da mudança e esta até já se poderá encontrar em curso; o estágio da acção já se pode observar no sujeito a mudança comportamental, embora essa mudança seja ainda muito recente (começou a surgir nos últimos 6 meses); o estágio de Manutenção caracteriza-se por ser um estágio que mantém a mudança, ocorrendo já pelo um período superior a 6 meses e ao contrário das fases anteriores existe um plano preventivo para o caso de o indivíduo sofrer uma recaída; a Finalização refere-se à execução da mudança, sem qualquer risco de reincidência.

Após o conceito de estágio num primeiro nível surge num segundo nível, 2 conceitos que eventualmente irão influenciarem a mudança comportamental que são eles os processos de mudança e a decisão equilibrada (Mota, 1997). Em relação aos processos de mudança dizem respeito as acções que o individuo utiliza para a modificação das suas experiências com o intuito de efectuar a mudança comportamental, variando de estágio para estágio.

No que se refere à decisão equilibrada, a Teoria do Modelo Transteórico baseia-se no modelo de Conflito na Tomada de Decisão dos autores Janis e Mann (1968 cit. por Prochaska & Marcus, 1994). A tomada de decisão exige um equilíbrio entre oito variáveis: benefícios de carácter instrumental para o self, benefícios para os outros, a aceitação do self, aceitação pelos outros, desaprovação do self e desaprovação dos outros e custos a nível instrumentais para o self e para os outros. Simplificando, estas variáveis poderão dispor-se em prós e contras (Cardoso, 1999). Ou seja a base deste Modelo de tomada de decisão deriva do equilíbrio da decisão tomada, em que o sujeito irá proceder, mentalmente, às vantagens ou desvantagens dessa decisão.

O terceiro nível do Modelo Transteórico é a auto-eficácia, este constructo foi abordado primeiramente por Bandura (1989,1992,1994), sugerindo que as crenças de um sujeito nas suas capacidades individuais são fundamentais para alcançar um objectivo previamente definido, influenciando o sujeito na sua escolha, o empenho que vai despender, as emoções que daí acarretam, os pensamentos e o comportamento. É possível verificar que a auto-eficácia se encontra interligada ao estágio da mudança encontrada neste Modelo, na medida em que vai aumentando de estágio para estágio, diminuindo as hipóteses de desistência, desde da fase da pré-comtenplação à fase da manutenção. Assim e de acordo com este Modelo, no último estágio (finalização) espera-se que os níveis de auto-eficácia se encontrem no máximo e a probabilidade de desistência seja nula (Prochaska & Marcus, 1994). É possível encontrar neste Modelo algo comum aos outros modelos já mencionados, que passa pelo papel importante que é atribuído aos processos cognitivos.

Como em todos os Modelos até agora apresentados, o Modelo Transteórico incutiu nos projectos preventivos na área do VIH algo de novo e de fresco, contudo são-lhe apontadas algumas criticas quer em termos da escassez de especificidade no campo teórico quer falta de compreensibilidade conceptual (Kalichman, 1998).

2.3.2. Modelos Específicos de Redução de Risco para o VIH

Segundo Kalichman (1998) os modelos específicos surgiram pela necessidade de colmatar a limitações impostas pelos modelos gerais relacionados com mudança

comportamental de forma a combater a expansão do vírus VIH, dado que estes têm em conta a complexidade dos comportamentos de risco para o VIH (e.g., comportamento sexual e o consumo de drogas).

Apesar destes modelos apresentarem muitos dos constructos dos modelos gerais, têm como particularidade de atribuírem uma maior especificidade para a adesão dos comportamentos de prevenção, procurando contributos dos vários ramos da Psicologia como é o caso da Psicologia Social, Psicologia Desenvolvimental e Psicologia Comunitária (Cruz e Vilaça, 1996; Cardoso, 1999).

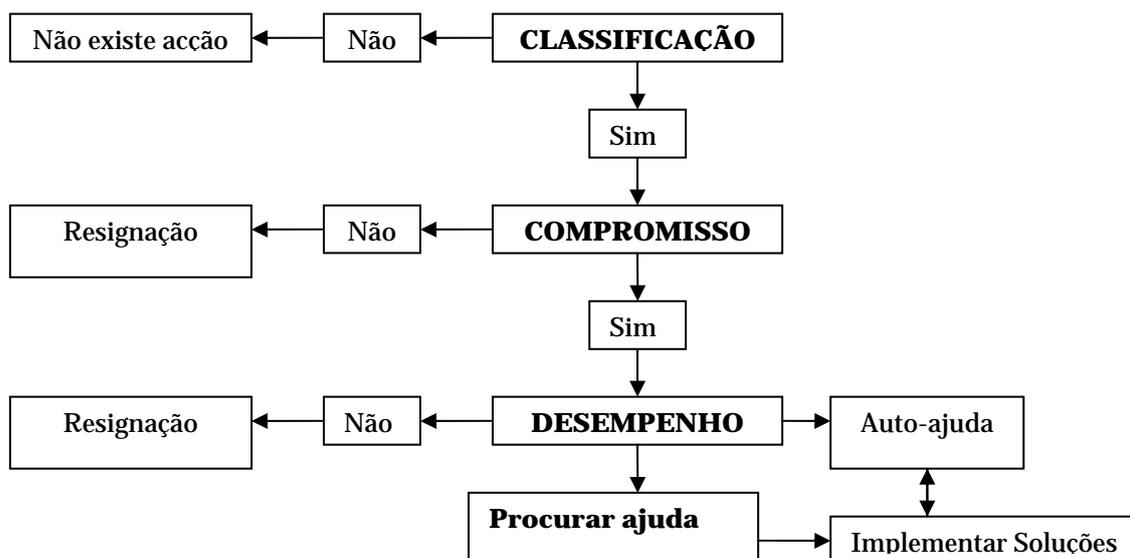
Destes três ramos da Psicologia, chegam-nos contributos, como por exemplo, a persuasão, influência social, dissonância cognitiva e da comparação social, onde vários autores afirmam que estas características da Psicologia Social assumem um papel significativo na prevenção da infecção do VIH. Também a Psicologia do Desenvolvimento assume grande importância, na medida em que possibilita um planeamento mais eficaz e mais adaptativo às diferentes fases do desenvolvimento humano, aquando da elaboração dos programas de prevenção, uma vez que possibilitam um maior conhecimento do desenvolvimento das pessoas. A Psicologia Comunitária ao intervir junto de determinadas culturas e grupos, vai facilitar a elaboração e administração dos modelos de prevenção.

Surgem dois modelos que são os mais explorados pela literatura, como forma de colmatar as necessidades, a nível da prevenção, do VIH: o Modelo de Redução de Risco do SIDA (ARRM) (Catania, Coates, Kegeles, Ekstrand, Guydish & Bye, 1989) e o Modelo de Informação, Competências Comportamento e Motivação (ICCM) de Fisher e colaboradores (1992). De seguida passaremos à apresentação dos pressupostos de cada um e de que forma poderemos, a partir dos seus constructos, elaborar uma intervenção eficaz na mudança de comportamentos de risco.

Modelo de Redução de Risco do SIDA (ARRM)

Segundo Catania e colaboradores (1989), este modelo enfatiza a importância do contexto social onde o comportamento sexual acontece, como sendo o principal lugar onde devem ser implementadas as intervenções de carácter preventivo. Apesar de ser um modelo que engloba muitos constructos dos modelos já anteriormente referidos, o modelo da redução do risco, acredita que a mudança ocorrerá porque a intervenção vai incidir no contexto onde o comportamento de risco ocorre e também porque esta mudança não é susceptível de ser apreendida, somente, através da avaliação das crenças e atitudes dos indivíduos.

Figura 7 – Estádios do processo de mudança de acordo com o Modelo de Redução de Risco de SIDA



(Adaptado de Catania, Coates, Kegeles, Ekstrand, Guydish & Bye, 1989)

Os autores ao preconizarem este modelo têm como ponto de partida um conjunto de preditores de comportamentos salutar, que ao entrarem em contacto com os comportamentos de risco, podem fazer com que estes comportamentos atinjam a mudança desejada. Contudo, os autores dos diversos modelos estão de acordo que o principal objectivo está relacionado com a prática de sexo mais seguro. Segundo este modelo, a prática de sexo seguro depende de um conjunto de factores e de estratégias que o sujeito possui como é caso do timing, a eficiência das estratégias de comunicação, o tom de voz e a assertividade.

Também é importante ter em consideração que muitas comunidades não têm possibilidade de participarem directamente nos projectos preventivos, pelo que é necessário que as essas pessoas beneficiem indirectamente dos programas de prevenção através de processos sociais (Catania et al., 1989).

Ao verificarmos a Figura 7 apercebemo-nos que este modelo identifica 3 fases que estão relacionadas com a mudança: Classificação, Compromisso e o Desempenho – Procurar Ajuda. Para que a mudança ocorra é necessário classificar e determinar qual (quais) o (s) comportamento (s) sexual de risco que pode expor a pessoa a infecção pelo VIH; após este reconhecimento é importante que a pessoa se comprometa a empenhar-se para que a mudança ocorra, evitando ou reduzindo o contacto sexual de risco e em manter ou aumentar os comportamentos saudáveis, por último o sujeito deve procurar e colocar em prática as estratégias para alcançar os objectivos estabelecidos. Assim, o principal objectivo deste modelo passa por o sujeito ter consciência que deve evitar a infecção do VIH, para isso é

importante que saiba reconhecer quais os comportamentos que o colocam em risco de se tornar portador do vírus.

Numa primeira fase deve-se proceder ao aumento do conhecimento em relação ao VIH, bem como corrigir pressupostos errados em relação à infecção. Nesta altura a informação é essencial, mas não suficiente se actuar por si só (Catania et al., 1989). É através do conhecimento que se adquire, bem como da informação, que o sujeito vai perceber a ameaça a que está exposto (risco de infecção) e auto-motivar-se para acontecer a mudança desejada.

Como já referimos, na segunda fase deste modelo o sujeito deve comprometer-se e empenhar-se para que ocorra a mudança comportamental. De acordo com Catania e colaboradores (1989), nesta etapa as condições compreendidas relacionam-se com a percepção dos custos/benefícios dos comportamentos de alto/baixo risco, directamente ligados à percepção de auto-eficácia, percepção das normas, emoções aversivas e as atitudes ante o comportamento que se deseja mudar. Na terceira fase do modelo, o sujeito deve esforçar-se ao máximo para que ocorra a mudança ou então procurar ajuda quando vê que não encontra soluções. É preciso preparar o sujeito, uma vez que a mudança na maior parte das vezes implica uma negociação com o parceiro, que poderá não ter os mesmos objectivos no que diz respeito à prática de sexo mais seguro. Assim, torna-se fundamental investir em estratégias de comunicação verbal que vão possibilitar ao sujeito uma negociação eficaz com o seu companheiro, bem como um investimento na resolução de problemas (Catania et al., 1989). De acordo com os autores, este modelo ao ser constituído por estas 3 fases, torna-se num modelo que não é unidireccional nem irreversível. Ou seja, a mudança por vezes ocorre não porque a pessoa passou por estas 3 fases, mas porque existiu uma influência positiva por parte do seu companheiro. Ainda segundo estes autores, existe uma categoria que deve ser valorizada neste modelo aquando da implementação ou elaboração dos programas preventivos: as emoções que podem ser positivas ou aversivas, as normas sociais e os comportamentos de procura de ajuda.

No que diz respeito às emoções positivas e aversivas, estas têm um papel fundamental na mudança comportamental, mais ainda quando se fala de comportamento sexual. São várias as razões que impulsionam as pessoas, para inconscientemente, mudarem de comportamentos quer por causa do amor, por causa do prazer sexual ou até por medo.

Como o VIH/SIDA é uma doença que ainda não tem cura e é mortal, as emoções aversivas, em relação à doença, assumem um maior relevo. Diversos estudos citados por Catania e colaboradores (1989) demonstram a importância das emoções aversivas dado que

provocam nas pessoas a consciência que o comportamento que têm é problemático, levando conseqüentemente à sua mudança.

Modelo da Informação/Competências Comportamentos/Motivação

Alguns autores consideram que as intervenções que foram efectuadas para fazer face ao vírus tiveram, um impacto nulo nos comportamentos de risco relacionados com a infecção pelo VIH/SIDA (Fisher, Fisher, Misovich, Kimble e Malloy, 1996).

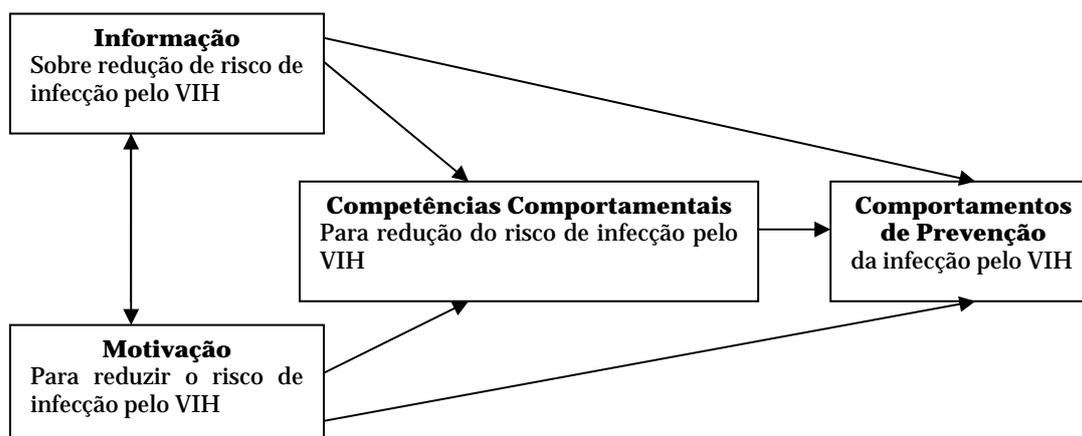
Pela leitura e análise de alguns artigos, dos mais diversos autores debruçados sobre o tema, conclui-se que as múltiplas concepções e metodologias têm delimitado a eficiência/sucesso das intervenções.

Como alternativa aos modelos mais preventivos, Fisher e colaboradores (1992), Fisher e colaboradores (1996) Fisher (1988) e Fisher e Fisher (1996), vem propor uma nova perspectiva na conceptualização do comportamento preventivo para o VIH. O modelo Informação, Competências Comportamentais e Motivação (ICCM) sugere 3 factores que deverão estar presentes quando se fala em comportamentos preventivos. Segundo este modelo, estes três factores poderão influenciar, positivamente, na redução dos comportamentos de risco, contudo qualquer desequilíbrio num destes 3 compostos, provocará um défice a nível dos comportamentos preventivos. Assim sendo, para existir sucesso na implementação e manutenção, de forma a facilitar a promoção dos comportamentos preventivos, o nível destas 3 categorias deverão ser aumentados (Cardoso, A, 1999).

De seguida apresentaremos em pormenor os 3 factores (Figura 8) que compõem este modelo, nomeadamente: informação, motivação e competências comportamentais.

A informação assume um papel relevante em qualquer área de vida de uma pessoa, contudo a sua importância é maior quando se fala de mudanças comportamentais. Segundo estudos efectuados a informação que está directamente relacionada e que é relevante para a transmissão/prevenção da infecção pelo VIH, faz com que essa pessoa tenha um maior conhecimento sobre o SIDA e como consequência possibilita uma atitude mais positiva face à prática de Sexo Seguro. Devido à informação que hoje em dia está disponível pelos vários meios de comunicação social, permite que seja a pessoa a ter a última palavra no processo de decisão no que se refere a envolver-se em determinados comportamentos em que o risco de contágio está presente (Costa, 1996; Cardoso, 1999).

**Figura 8 – Componentes do Modelo da Informação/Competências Comportamentais/
Motivação**



(Adaptado de Fisher & Fisher, 1996)

Contudo a informação não é a única componente responsável pela mudança de comportamentos, ou que esteja envolvida na adopção de comportamentos seguros, sendo necessário que os esforços preventivos sejam bem sucedidos e também para que as pessoas, ao avaliarem os seus comportamentos, possam perceber o que está mal e o que está a contribuir para levá-lo a ter esses comportamentos de risco (Kelly, Lawrence, Hood & Brasfield, 1989; Cardoso, 1999).

Segundo Lucas (1993) é estimado que 18% das mulheres e 45% dos homens, não sabem que o sexo oral pode transmitir o vírus do SIDA, bem como num outro estudo realizado por Goodman e colaboradores (1988, citados por Vilaça, 1994) mostra que 41% dos indivíduos que integraram a amostra são potenciais não utilizadores do preservativo no acto sexual oral, por não terem consciência do seu risco.

Assim sendo, todos os autores que efectuam estes estudos chegam a conclusões muito similares, ou seja apesar da relevância que a informação assume na vida destes sujeitos, estão de acordo que os projectos de prevenção não se devem basear, somente, na informação divulgada (Svenson & Hanson, 1996), especialmente, quando está em jogo uma decisão que pertence a cada indivíduo na prática de sexo seguro, uma vez que essa decisão implica uma precaução desconfortável baseada na informação difundida.

Um segundo parâmetro em que se baseia este modelo é a motivação. Esta encontra-se directamente relacionada com a componente anterior – informação. Dentro da motivação encontramos a motivação pessoal, que diz respeito às atitudes face aos comportamentos preventivos e a motivação social que inclui o apoio social percebido em relação a esses comportamentos, bem como a vulnerabilidade pessoal percebida em relação ao VIH (Fisher et al. 1996).

Os constructos da Psicologia Social assumem um papel relevante na definição de motivação, nomeadamente no que se refere à motivação social. De acordo com Fisher (1988) a forma como cada sujeito influencia o comportamento do outro, assume proporções significativas na mudança de alguns comportamentos. Esta influência social poderá ser a principal causadora por uma determinada pessoa ter altos índices de comportamentos de risco e um índice negativo face à prevenção desse risco. Ainda segundo este autor, existem determinados procedimentos psicológicos que estão associados ao poder da influência social no conhecimento das pessoas em relação ao SIDA, tais como: normas de grupo, filiação a determinadas redes sociais, pressão dessa rede no sujeito, comparação social e modelagem em que os comportamentos dos outros são um determinante do comportamento de cada um.

Por fim a terceira componente deste modelo – competências comportamentais, diz que para ter comportamentos preventivos, os sentimentos de auto-eficácia que lhe são inerentes contribuem para que a informação e a motivação permitam a adopção de comportamentos preventivos (Fisher et. al., 1996).

O modelo ICCM assume que tanto a informação como a motivação estimulam o indivíduo a assumir competências comportamentais que lhe permitam, em último caso, a adopção de comportamentos que visem a redução de risco (Fisher, 1988). Este modelo ainda revela que a informação e a motivação, conjuntamente poderão ter efeitos directos no comportamento preventivo (e.g. a informação sobre VIH incita ao uso do preservativo ou ainda o contacto com uma pessoa seropositiva motiva o sujeito a fazer um teste). Este último parâmetro apresentado pelo modelo ICCM, torna-se ainda mais importante quando o sujeito tem que actuar de forma preventiva, obrigando-o a adoptar competências mais complexas (e.g. discutir o uso do preservativo com o (a) companheiras (a); a compra do preservativo; debater-se com crenças de que o seu uso retira prazer à relação ou ainda quando é confrontado com a possibilidade de fazer um teste do SIDA). No entanto o autor deixa bem claro que quer a informação quer a motivação são constructos independentes, uma vez que um indivíduo bem informado não é sinónimo de que está motivado ou vice-versa (Fisher et. al., 1988).

O modelo ainda considera que existem 3 fases que devem ser consideradas para a construção e implementação de intervenções para o VIH em determinados grupos de risco. Uma primeira fase passa pela pesquisa seguida da construção da intervenção e por último a avaliação (Fisher & Fisher, 1996).

A pesquisa refere-se à análise de um sub amostra que seja representativa do grupo risco e tem como objectivo identificar as necessidades específicas desse grupo e como se encontram em relação à informação, motivação e competências comportamentais que estão relacionadas aos comportamentos de risco e se necessário deverão ser alterados com a

intervenção preventiva. Ao delinear o projecto de prevenção deveremos ter em consideração quais os comportamentos preventivos que pretendemos bem como as características do grupo.

A fase seguinte, que se refere à construção da intervenção preventiva terá como ponto de partida os dados adquiridos na fase anterior. Logo que tenham acesso aos dados, deverá proceder-se às modificações da informação, motivação e competências comportamentais menos aconselhadas em termos de prevenção do VIH/HIV nesse grupo.

Finalmente na terceira e última fase, encontramos a avaliação que deverá ser realizada com extremo rigor com o intuito de averiguar se a intervenção provocou as modificações desejadas quer ao nível da informação, motivação e competências comportamentais. È de referi que este modelo sempre teve grande adesão, na elaboração, implementação e avaliação de planos preventivos, juntos dos jovens tendo sido realizados inúmeros estudos juntos destes (Fisher e al., 1996). Desses estudos os autores puderam concluir que:

1. Este modelo em termos de intervenção no pós-teste obteve sucesso ao provocar um significativo impacto no que diz respeito às discussões sobre sexo seguro, não obtendo o mesmo sucesso aquando do follow-up (como na altura do pós teste os intervenientes discutiram a questão da mudança de comportamento, já não viam necessidade de a discutir, pois já não era necessário uma vez que a mudança já tinha sido ponto assente);
2. A intervenção não foi suficientemente eficaz ao ponto de alterar a percepção dos intervenientes no que diz respeito ao suporte social como forma de praticarem sexo mais seguro. Nesta questão onde os intervenientes sentiram mais dificuldade foi na questão de influenciar os seus parceiros que não participaram na intervenção a praticarem sexo seguro (e.g. uso do preservativo);

Nos estudos efectuados juntos dos jovens, os principais obstáculos prendiam-se, no que dizia respeito à implementação e manutenção de comportamentos preventivos, com os conflitos que surgiriam pela discussão entre os parceiros para a prática de sexo seguro (Misovich et. al. 1996, Hamer et. al. 1996, cit. por Fisher et. al. 1996), bem como a dissonância que se criava entre si e os (as) seus (suas) parceiros (as) dado a possibilidade de criarem uma ameaça para a sua saúde.

No momento da intervenção é necessário que os dois elementos do casal estejam presentes e participem para que esta seja eficaz (Fisher et. al., 1996). A intervenção confirmou que existiam mudanças firmes nos elementos do modelo apresentado por Fisher e colaboradores, bem como produzia mudanças significativas ao nível do comportamento de risco.

Este modelo teve as melhores críticas enquanto modelo preventivo, apresentando alguns pontos fortes, nomeadamente, a habilidade de reduzir para três constructos que devem estar envolvidos na mudança de comportamentos (ao contrário de outros modelos); o seu suporte teórico foi baseado em análises conceptuais de inúmeras intervenções de prevenção que foram bem sucedidas; por fim este modelo permite-nos criar novas formas de intervenção, dado o seu carácter heurístico (Kalichman, 1998). Ainda segundo este autor, estes três constructos que se encontram no modelo ICCM, são bons indicadores na mudança e redução de comportamentos de risco. Este modelo permite criar uma ponte entre a teoria e o desenvolvimento de uma intervenção e comprova a eficácia de uma intervenção, avaliada com rigor em qualquer grupo de risco (Fisher et al., 1996; Kelly et al., 1993; Kalichman, 1998 b; Fisher & Fisher, 1996).

2.4 – Avaliação dos Programas de Prevenção

Dada a forma rápida e silenciosa com que o vírus da SIDA se propaga, torna-se urgente a identificação das intervenções que têm sido eficazes no combate a esta epidemia bem como nas mudanças comportamentais (Fisher & Fisher, 1996; Cruz & Vilaça, 1996).

Segundo Kalichman (1998), existem outras áreas que se devem ter em conta, nomeadamente os aspectos que dificultam as mudanças dos comportamentos de risco bem como outras questões do foro social, (e.g., o desemprego elevado, utilização de drogas, falta de condições habitacionais e os recursos limitados à saúde), cultural e de género inerentes a esta problemática. Ainda segundo este autor é crucial ver quais as estratégias que podem estar na origem da mudança comportamental e quais as estratégias que permitem manter essas mudanças.

De acordo com os vários autores, esta avaliação torna-se fundamental na medida em que ao verificarmos que uma determinada intervenção é eficaz na mudança desejada, deverá ser rapidamente implementada com o intuito de controlar a progressão da epidemia. Contudo a prevenção só terá o efeito desejado se a aplicação dessas estratégias, estiverem inseridas num programa comunitário com alicerces bem sólidos.

Segundo Fisher e Fisher (1996), muitos dos programas interventivos deixam muito a desejar devido às limitações que impõem, colocando em risco a sua eficácia. Ainda segundo este autor, existem diversos factores que contribuem para o fracasso/limitações destes programas:

1. Alguns dos programas implementados até então são de cariz intuitivo, não possuindo um corpo teórico forte;

2. Algumas das intervenções desenvolvidas não estabelecem uma linha orientadora relativamente às variáveis que se pretende mudar;
3. Os programas quando são implementados, por norma têm como objectivo uma mudança comportamental geral ao invés de se incidirem em comportamentos mais específicos;
4. A maior parte das intervenções têm como finalidade fornecer informação do VIH ao sujeito, sendo por vezes informação irrelevante para atingir os objectivos pretendidos;
5. Na maior parte das vezes as intervenções não são eficazes em termos motivadoras, bem como impossibilita o treino de competências comportamentais que facilitem ao sujeito a adopção de comportamentos preventivos;
6. Grande parte dos programas interventivos não são sujeitos a avaliações de forma a apurar a existência ou não de alterações comportamentais desejadas, quer a curto ou a longo prazo (follow-up).

Até à data, foram poucos os investigadores que se debruçam sobre a questão da avaliação das intervenções que são implementadas, bem como nas tentativas de identificar os métodos preventivos mais eficazes e os elementos que são responsáveis pela mudança, contrariamente as investigações relacionadas na área do comportamento sexual e nos aspectos inerentes à mudança comportamental (Svenson & Hanson, 1996).

Considerando as variadas teorias aqui já referenciadas, constatamos que os constructos abordados são muitos. A maior parte das variáveis encontram-se nos diversos modelos, pelo que as podemos considerar como indícios de mudança comportamental (Vilaça, 1994), bem como obrigatórias na avaliação do sucesso dos programas preventivos. Esta avaliação, irá permitir de certa forma, fornecer uma ideia da capacidade do sujeito em alterar o comportamento de risco (Cardoso, 1999). Contudo, devemos estar atentos a eventuais erros de medida que estão subjacentes aquando se avaliam variáveis comportamentais e outras que estão relacionadas com a sexualidade.

Como já foi referido, nesta altura a única forma de “combater” a expansão do vírus, passa pela mudança comportamental, pelo que os programas preventivos devem preparar os sujeitos a desenvolverem estratégias que lhes permitem, eficazmente, reduzir os comportamentos de risco, tal como devem promover alterações a nível comportamental e corrigir certas crenças relacionadas com a infecção do VIH (Kelly & Lawrence, 1988). Um factor relevante, foi o conhecimento de como se encontram classificados os comportamentos de risco nas diversas populações, tendo em consideração as várias variáveis, e de que forma se transformam na presença das variadas formas interventivas.

A comunidade científica ao defrontar-se com esta epidemia confrontou-se com várias falhas ou debilidades existentes nos dados que se baseiam no comportamento sexual, sendo

logo à partida notório a não existência de uma bateria de métodos bem organizada, de forma a avaliar a actividade sexual de uma determinada população (Svenson & Hanson, 1996). Como já referimos anteriormente, não está provado que um maior conhecimento sobre a doença seja o necessário para se dar a mudança comportamental. Partindo desta premissa, as intervenções nunca poderão ter qualquer sucesso se as pessoas que se encontram em risco não estiverem preparadas para determinarem quais os aspectos do seu comportamento que são promotores do risco.

Como os instrumentos utilizadas nunca foram expostos à análise psicométrica, é-nos impossível avaliar o efeito dos programas preventivos, quer para certificar a eficácia dos diferentes métodos de prevenção, quer para a identificação das áreas de desconhecimento em relação ao risco (Kelly & Lawrence, 1989). Tudo se torna mais fácil se logo à partida existir uma medida objectiva do conhecimento dos comportamentos de risco, de forma a facilitar uma avaliação mais eficaz e com uma margem de erro menor aquando se aplicam os programas de prevenção (Cardoso, 1999).

Dada a forma rápida da progressão da doença e ao grau de urgência a nível de saúde, muitos programas preventivos começam a ser aplicados quer a nível europeu, nacional ou local o que pode muitas vezes implicar uma implementação destes programas sem o recurso a uma avaliação correcta (Kelly & Lawrence, 1988; Cardoso, 1999). Segundo estes autores, instrumentos de conhecimento acerca dos comportamentos de risco, com carácter psicométricos, facilitam a avaliação bem como a reformulação dos esforços de prevenção, permitindo comparar os respectivos programas.

O facto de existirem estatísticas e o facto do comportamento sexual ser o principal responsável pela transmissão do VIH, continua a não existirem dados concretos no que diz respeito à distribuição dos comportamentos de alto risco (Catania; Chitwood; Gibson & Coates, 1990). Ou seja, é necessário ter conhecimento de como se distribuem os comportamentos de risco e quais os factores que fazem com que estes comportamentos prevaleçam. Para que tal seja possível, urge encontrar técnicas que limitem a margem de erro de medida e obter o maior número de sujeitos participantes de um determinado grupo ou cultura. Apesar dos esforços das várias ciências, surgiram determinadas questões que ainda se encontram por resolver e que prejudicam as investigações no contexto da sexualidade, como é o caso da tendência de participação e os erros de medida (Cardoso, 1999). Segundo Catania, Chitwood, Gibson e Coates (1990), é preciso encontrar instrumentos de avaliação com a precisão metodológica suficiente, para se combater as carências/exigências da informação que envolvem todos os intervenientes que tentam travar a luta da SIDA e de outras DST`s. Ainda segundo estes autores as intervenções realizadas tiveram como alvo as populações bissexuais

e homossexuais adolescentes e jovens adultos, alastrando-se mais tarde para a população de heterossexuais, mulheres, adultos toxicodependentes e companheiros e idosos, delegando para segundo plano as minorias étnicas que também se encontram em risco.

Para que os erros de medida tenham uma margem mínima, os cientistas devem incrementar a validação dos índices de auto-discurso em relação às práticas sexuais que poderão ser bons indicadores para avaliar se da parte dessa pessoa existiu ou não comportamentos de risco e quantas vezes se repetiram (Catania et al., 1990; Cardoso, 1999). Por vezes, existem discrepâncias muito grandes entre aquilo que o sujeito relata e o que efectivamente se passou, minorando ou agravando os seus comportamentos (Catania et al., 1990; Cardoso, 1999; Jemmott & Jemmott, 1994). Segundo Jemmott e Jemmott (1994), a explicação para o aumento do número das DST'S não se encontra directamente relacionado com a repetição dos comportamentos de risco. A existência de uma DST mostra que por parte dessa pessoa existiu comportamentos de risco, contudo uma pessoa que não tenha uma DST não quer necessariamente dizer que não tenha estado exposta a comportamentos de risco, somente teve comportamentos de risco com uma pessoa que não qualquer DST.

Os erros de medida acontecem devido à dificuldade que o sujeito tem em recordar determinado acontecimento sexual (e.g., se essa experiência foi ou não vivenciada com emoção), estão relacionados com a motivação do sujeito para responder, com a auto-apresentação (e.g., desejabilidade social) e a aptidão para perceber o que lhe foi questionado (Cardoso, 1999). Independentemente, dos motivos que levam os sujeitos a participarem neste tipo de estudos, os vários autores são unânimes num aspecto: o importante para obtermos um impacto significativo na prevenção dos comportamentos de risco, passa por manter o anonimato dos participantes (Catania et al., 1990).

II PARTE – ESTUDO E INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO 3

PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM JOVENS ATLETAS DE ALTA COMPETIÇÃO: ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS, PRÁTICAS SEXUAIS, CONHECIMENTOS E ATITUDES

3.1 – Introdução

A SIDA é a etapa final da infecção pelo VIH, e tem sido caracterizada como a "epidemia do século" devido aos seus níveis de morbilidade e de mortalidade. As vias de transmissão são sobretudo comportamentais, por via do relacionamento sexual, por partilha de material injectável contaminado, e por via de transmissão materno-fetal ou por amamentação. Assim, a prevenção desta doença passa sobretudo pela modificação dos comportamentos de risco e, particularmente no domínio do relacionamento sexual, pela redução das práticas sexuais de risco e pela adopção de práticas sexuais seguras (através do uso do preservativo, manutenção de uma relação monogâmica de confiança e da abstinência sexual). Abre-se assim um forte campo de investigação e intervenção para as ciências humanas e sociais, e particularmente para a psicologia: "as estratégias educacionais que modifiquem os comportamentos de risco continuam a ser as principais intervenções disponíveis para prevenir e controlar o contínuo alastramento do VIH" (World Health Organization, 1992).

Se o objectivo da intervenção para a prevenção da SIDA é a modificação dos comportamentos de risco e a adopção de comportamentos de protecção, a investigação, neste domínio, passa sobretudo pelo estudo dos determinantes psicossociais desses comportamentos. De facto, diversos estudos têm vindo a salientar a influência de certos factores psicossociais na predisposição dos membros da comunidade para se envolverem em práticas de risco, ou para adoptarem estratégias de prevenção do risco da SIDA. Dentro dos factores psicossociais mais estudados pela investigação salientam-se o conhecimento (acerca da SIDA, dos meios de transmissão e de protecção), a percepção de risco pessoal ou de susceptibilidade pessoal para contrair a infecção do HIV, as normas sociais ou do grupo de pares (a favor ou contra a protecção da SIDA), a percepção de auto-eficácia na realização de comportamentos de protecção face à SIDA, atitudes a favor ou desfavor dos comportamentos de prevenção, percepção dos custos e benefícios dos comportamentos de risco e de protecção, e competências comportamentais para a adopção e manutenção de comportamentos de protecção (Coates et al., 1988; DiClement, 1992). Se numa primeira fase da investigação as variáveis psicossociais mais relevantes foram estudadas de forma desinserida de um corpo

teórico unificador, na última década têm-se multiplicado os estudos que adoptaram ou desenvolveram modelos teóricos compreensivos dos processos mediadores do desempenho do comportamento. Neste domínio, alguns modelos foram aplicados de forma particular ao estudo dos factores de influência da adopção e manutenção de comportamentos de risco ou de protecção face à SIDA, destacando-se em particular a Teoria da Acção Racional (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1993), a Teoria do Planeamento do Comportamento (Ajzen, 1988; Ajzen & Madden, 1986) e o Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais de Redução do Risco da SIDA (W. Fisher & Fisher, 1993). Estes modelos têm sido aplicados a diversas populações: comunidade homossexual, grupos étnicos minoritários, mulheres heterossexuais, adolescentes e jovens adultos. Recentemente, a população dos adolescentes e jovens adultos tem tido uma maior atenção por parte da investigação. Em primeiro lugar, porque é nesta faixa etária que ocorre o início do relacionamento sexual e da "experimentação da sexualidade", muitas vezes associada a diversos parceiros sexuais, e o início de utilização de drogas (O' Keeffe, M.K., Nesselhof-Kendal, S., & Baum, A., 1990). Por outro lado, a investigação sugere que, nos adolescentes e jovens adultos a mudança de comportamentos é muito incipiente (e.g., DiClement et al., 1990), e que este grupo não toma precauções em relação à prevenção da gravidez e à protecção de doenças sexualmente transmissíveis (Baum & Nesselhof, 1988), evidenciando uma forte resistência a campanhas de informação a favor da prevenção da SIDA, e a manutenção de valores e normas de grupo dissonantes com a prevenção da SIDA. Por fim, porque nesta fase de desenvolvimento da epidemia da SIDA não é adequado falar em "grupos de alto risco" e "grupos de baixo risco", mas em "comportamentos de risco", neste sentido comportamental, alguns dos adolescentes e jovens adultos podem constituir uma "ponte", entre os que estão infectados com o HIV e o grupo mais vasto de adolescentes e jovens adultos (Brooks-Gunn, J., Boyer, C.B., & Hein, K., 1988).

Por isso, neste estudo a população de interesse foi a dos jovens atletas de alta competição. Com a presente investigação pretendeu-se estudar a relação entre alguns dos determinantes do uso do preservativo, de acordo com a investigação já realizada neste domínio, particularmente de acordo com a fundamentação teórica e aplicações da Teoria da Acção Racional. Paralelamente, também teve como objectivo avaliar o grau de comportamentos de risco, o nível de conhecimentos e as atitudes face ao HIV/SIDA junto desta população.

Este estudo tem sobretudo um carácter exploratório, com o objectivo de permitir caracterizar certos comportamentos da população de jovens atletas de alta competição e identificar certos determinantes psicossociais consideradas relevantes na investigação e

prevenção de comportamentos de risco face à SIDA. Como já foi abordado em capítulos anteriores, é através da caracterização dos comportamentos dos jovens adultos e do estudo dos determinantes desses comportamentos que se pode delinear estratégias educativas de prevenção da SIDA mais adequadas.

3.1.1 - Definição dos objectivos do estudo

A Teoria da Acção Racional (Ajzen, 1988; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) é um modelo teórico compreensivo da relação entre o desempenho de determinado comportamento e os determinantes psicossociais desse comportamento. A sua aplicação à investigação dos determinantes dos comportamentos de risco da SIDA tem sido bastante documentada, com implicações práticas relevantes no domínio da prevenção da SIDA (Cruz, & Melo, 1996; Cruz, Vilaça & Sousa, 1995; Terry et al., 1993; Fishbein & Middlestadt, 1989). Segundo este modelo, a maior parte dos comportamentos dependem de uma escolha volitiva reflectindo uma avaliação racional da informação disponível acerca das consequências da realização do comportamento e das expectativas dos outros face à realização desse comportamento (Fishbein, 1993). Ainda segundo este modelo, o determinante imediato do comportamento é a intenção de realizar esse comportamento. Esta relação é também válida para comportamentos que não estão sob um controlo volitivo total, embora com uma capacidade preditiva menor. Por sua vez, a intenção de realizar determinado comportamento é função das *atitudes* da pessoa (sentimentos a favor e a desfavor) e das *normas subjectivas*, ou seja da percepção da pressão normativa (aprovação ou desaprovação) por parte da generalidade dos referentes significativos, para realizar o comportamento. Nesta sequência, este modelo propõe que as atitudes das pessoas face à realização do comportamento são função das crenças acerca das consequências do comportamento (custos e benefícios), ou seja, *crenças comportamentais*, ponderadas pela valorização de cada uma das consequências, ou seja, *avaliação dos resultados*. As normas subjectivas são, por sua vez, função da percepção acerca da pressão por parte de referentes significativos específicos para realizar o comportamento, ou seja, *crenças normativas*, ponderadas pela motivação para cumprir ou anuir com a pressão de cada um dos referentes significativos, ou seja, *motivação para cumprir* (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1988; Fishbein & Middlestadt, 1989). Inúmeros estudos aplicaram este modelo à investigação dos comportamentos de protecção da SIDA, nomeadamente na predição do uso do preservativo em determinado grupo populacional (e.g., W. Fisher, J. Fisher, & Rye, 1995). A generalidade dos estudos veio confirmar as premissas básicas da Teoria da Acção Racional, e permitir compreender a

influência das crenças, atitudes e normas na intenção de usar o preservativo, e desta no desempenho desse comportamento.

Deste modo, foram definidos os seguintes objectivos de investigação:

- a) estudar e avaliar os comportamentos de risco face à SIDA de jovens atletas de alta competição, e os comportamentos de protecção, particularmente pelo uso do preservativo;
- b) estudar e avaliar as atitudes dos jovens atletas face ao uso do preservativo e sua relação com a intenção de usar o preservativo no próximo encontro sexual;
- c) estudar e avaliar as fontes de pressão normativa, por parte de referentes significativos (amigos, parceiros e familiares), sobre a utilização do preservativo;
- d) estudar e avaliar os custos e benefícios associados ao uso do preservativo e sua relação com a intenção de usar o preservativo;
- e) estudar e avaliar a motivação para anuir com as expectativas de aprovação ou desaprovação dos referentes significativos face ao uso do preservativo;
- f) estudar e avaliar a percepção de controle pessoal (expectativas de auto-eficácia) na utilização do preservativo pelos jovens atletas.

Assim, este estudo tem como objectivo central testar algumas hipóteses não só da Teoria da Acção Racional, mas também de outros modelos teóricos, para a população de jovens atletas de alta competição, no que se refere particularmente ao uso do preservativo como estratégia de protecção da infecção do HIV/SIDA.

3.2 - Metodologia

3.2.1 - Amostra - Sujeitos

A amostra contemplou 117 atletas de alta competição de ambos os sexos (34 do sexo feminino e 79 do sexo masculino - 4 não responderam), com uma média de idades de 21,5 anos (idades compreendidas entre os 16 e os 32 anos).

Dos 117 atletas inquiridos, 93 já tinham tido relações sexuais. Nesta amostra 94.6% eram solteiros, 4.5% eram casados, e 0.9% incluíam-se na categoria de estado civil divorciado ou outro (ver Quadro 3).

Quadro 3 – Características demográficas da amostra (N=117)

Variável	M	D.P	N	%	MIN.	MAX.
IDADE	21.5	3.9	117	-	16	32
SEXO						
Feminino			34	30.1		
Masculino			79	69.9		
ESTADO CIVIL						
Solteiro			105	94.6		
Casado			5	4.5		
Divorciado			1	0.9		

3.2.2 - Instrumentos e medidas

Um primeiro instrumento utilizado foi um "Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA" (ver anexo 5) (Cruz, 1994; Cruz, Vilaça, Sousa, Gomes, Melo, Araújo, Dias, Freitas & Ruivo, 1997), que é um instrumento de avaliação psicossocial e comportamental, tendo como principais objectivos: 1) o estudo e caracterização dos comportamentos sexuais, dos comportamentos de risco e das estratégias de protecção face à SIDA da população-alvo, e, 2) o estudo e a avaliação da natureza das intenções, atitudes, custos e benefícios, aprovação ou desaprovação social, e percepção de controlo, associados ao uso do preservativo para a população-alvo.

Este questionário foi desenvolvido no âmbito de um projecto de investigação mais vasto, a partir de questionários já aplicados ao estudo dos comportamentos e atitudes face à SIDA, particularmente com base em instrumentos de avaliação centrados na Teoria da Acção Racional (e.g., Terry et al. 1993; Fishbein & Middlestadt, 1989) e adaptados para a população portuguesa (Cruz, 1994). O "Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA" inclui um total de 52 itens repartidos por 5 partes, cada uma das quais dirigida ao estudo de um domínio específico: 1) 5 itens avaliando a percepção pessoal do risco de contrair o HIV/SIDA e comportamento sexual actual; 2) 25 itens avaliando a intenção comportamental, atitudes, normas e percepção de controlo comportamental face ao uso do preservativo no próximo encontro sexual, e estratégias de prevenção privilegiadas 3) 9 itens avaliando o comportamento sexual nos últimos 3 meses; 4) 6 itens avaliando o comportamento sexual na última semana; 5) 7 itens avaliando o comportamento sexual no último encontro sexual. O questionário ainda inclui a identificação do género, idade, estado civil e modalidade.

Para efeitos do presente estudo recorreu-se apenas a algumas das escalas e itens deste instrumento, em função das variáveis que se pretendiam analisar.

Um segundo instrumento foi o “Questionário de Conhecimento do VIH” (Q.C.-VIH) é a versão adaptada e traduzida para a língua portuguesa (Cruz,1998) do “HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q) desenvolvido por Carey, Morrison-Beddy e Johnson (1997). É um instrumento de avaliação desenvolvido para avaliar o grau de conhecimentos em relação à transmissão, prevenção e consequências da infecção pelo VIH/SIDA e mais especificamente destinado à utilização na avaliação da eficácia de programas de prevenção da SIDA. Este questionário (anexo 6), inicialmente constituído por 62 itens, passando para 45 itens numa versão final, evidenciando elevados índices de fidelidade e validades factorial e discriminantes. As respostas pedidas são dicotómicas (verdadeiro / falso).

Na adaptação deste questionário a outras populações Carey e colaboradores (1997) sugerem, a aplicação da sua versão inicial, de forma a permitir uma melhor adequação à população a que se destina. Na versão portuguesa foram alterados alguns itens, de modo a melhor se adaptarem à população portuguesa (itens 26, 34 e 54).

Este questionário, para além de demorar somente sete minutos a ser preenchido, também exigem uma formação mínima (ao nível do 2º ciclo do ensino básico), assumindo-se desta forma como um instrumento válido e útil que pode ser também utilizado junto de adultos com pouca formação escolar.

A “sensibilidade cultural” inerente a este instrumento é uma das principais vantagens, comparativamente a outros questionários do conhecimento do VIH/SIDA já desenvolvidos mas sem dados suficientes e/ou claros no que diz respeito à sua validade ou características psicométricas. Como exemplo, encontrámos o “Teste de Conhecimento do Comportamento de risco de SIDA – ARBKT” (Kelly et al., 1989), desenvolvido e testado em populações de homossexuais masculinos e estudantes universitários, o caso do “Questionário de Comportamentos, Sentimentos e Conhecimento de SIDA – AKT” (Koopman, C., Rotheram-Borus, M.J., Henderson, R., Bradley, J. S., & Hunter, J. 1990).

Assim sendo e como referem os seus autores, o objectivo era desenvolver “uma medida fiel e válida, compreensível por pessoas com pouca formação (“literacy”), e apropriada para ser utilizada independentemente da idade, sexo e/ou orientação sexual” das pessoas. Tal medida deverá “ser breve, mas sensível de modo a poder ser utilizada na avaliação de programas centrados na educação, prevenção, redução do risco, teste e aconselhamento do VIH” (Carey et al., 1997, p.62).

Operacionalização das variáveis

Em face dos objectivos propostos para este estudo, as variáveis em análise foram operacionalizadas conforme se descreve seguidamente.

1- Conhecimentos: Grau de conhecimentos em relação à infecção pelo VIH de conhecimentos sobre a transmissão do VIH (sexo vaginal / anal / oral, produtos sanguíneos, mãe-filho), não transmissão (saliva, picadas de insectos, tocar alguém, partilhar alimentos), estratégias eficazes de redução de risco (preservativo masculino/feminino, abstinência, monogamia a seguir a teste de anti-corpos de SIDA), estratégias ineficazes de redução de risco (lavar-se a seguir às relações sexuais, tomar a pilula, vacinas), métodos preventivos e consequências da infecção (período assintomático, tratamento, evoluir da doença). Esta variável consiste no somatório das respostas correctas (podendo o seu valor variar de 0 a 62) ou na percentagem de respostas correctas. Os "scores" mais elevados reflectem níveis mais elevados de conhecimentos.

Adicionalmente foram também avaliadas as variáveis a seguir referidas, seguindo maioritariamente as indicações metodológicas dos investigadores da Teoria da Acção Racional (Fishbein & Azjen, 1975, Terry et al., 1993).

2- O critério comportamental principal que se definiu foi o "utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no próximo encontro sexual". Também para uma melhor compreensão do comportamento sexual da amostra foram analisados as práticas sexuais nos "últimos três meses" e na "última relação sexual".

3- Intenção comportamental: Julgamento da probabilidade subjectiva sobre a intenção de utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no próximo encontro sexual. Consiste na soma de 2 itens medidos numa escala de 7 pontos, em que os "scores" mais elevados reflectem níveis mais elevados de intenção comportamental (Ex: "Eu tenciono utilizar ou fazer com que o outro utilize o preservativo no meu próximo encontro sexual"). Na análise da fidelidade desta variável utilizou-se o alpha de Cronbach e obteve-se um valor relativamente elevado ("alpha"= .85)

4- Atitude face à utilização do preservativo : avaliação que a pessoa faz dos sentimentos a "favor" ou a "desfavor" do uso do preservativo (Ex. "A utilização do preservativo no meu próximo encontro sexual será algo de...agradável...desagradável"). Consiste na soma das avaliações a 7 aspectos, em que os "scores" mais elevados reflectem uma atitude mais favorável à utilização do preservativo. Esta medida directa da atitude obteve um "alpha" de Cronbach de .79.

5 - Norma Subjectiva: Julgamento subjectivo da pessoa sobre o grau de "aprovação" ou de "desaprovação" por parte da generalidade das pessoas significativas (pais, amigos, companheiro(a)) sobre o uso do preservativo (Ex: até que ponto é que as pessoas que são importantes e significativas para si, aprovam que você utilize (ou faça utilizar) o preservativo no seu próximo encontro sexual"). "Scores" mais elevados reflectem índices mais elevados de percepção de aprovação social (por outros significativos) face à utilização do preservativo. A medida desta variável realizou-se por um item, em que o "score" total resulta da soma das avaliações para cada um dos três referentes significativos.

6 - Crenças comportamentais: Julgamento subjectivo da pessoa da probabilidade de ocorrerem determinados conseqüências do uso do preservativo (3 custos e 3 benefícios) (Ex. É altamente provável que o uso do preservativo no meu próximo encontro sexual seja uma protecção contra a SIDA e é provável que reduza o prazer sexual). A avaliação da fidelidade das crenças comportamentais revelou um "alpha" de Cronbach de .52.

7- Avaliação dos resultados: avaliação da desejabilidade ou indesejabilidade da ocorrência de cada conseqüência do uso do preservativo (Ex. reduzir o risco de contrair a SIDA é altamente agradável; reduzir o prazer sexual é desagradável). A avaliação da fidelidade da avaliação dos resultados revelou um alpha de Cronbach de .74.

8- Medida das crenças normativas: Julgamento subjectivo da pessoa acerca do grau de "aprovação" ou "desaprovação" de cada um dos referentes significativos específicos (amigos(as), pais, companheiro(a) actual) sobre o uso do preservativo no próximo encontro sexual (Ex. "Até que ponto é que as seguintes pessoas consideram que você deve ou não utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no seu próximo encontro

sexual"). A avaliação da fidelidade dos três itens constituintes desta variável revelou um "alpha" de Cronbach de .63.

9- Motivação para anuir ou cumprir: disposição da pessoa para cumprir ou anuir com as expectativas dos três referentes específicos, avaliada pela soma das respostas para cada um dos referentes. A avaliação da fidelidade dos três itens constituintes desta variável revelou um "alpha" de Cronbach de .60.

10- Percepção de controlo comportamental (expectativas de auto-eficácia) - Julgamento subjectivo sobre o grau de dificuldade ou de facilidade de usar (ou fazer usar) o preservativo no próximo encontro sexual. A avaliação da fidelidade dos 4 itens constituintes desta medida revelou um "alpha" de Cronbach de .80.

3.3 – Resultados

Na caracterização geral do comportamento sexual dos atletas registaram-se as seguintes observações (ver Quadro 4):

Quadro 4 – Comportamento sexual dos atletas

Variável	M	D.P	N	%	Min	Max
IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL						
Feminino	17.1	0.5	34	-	8	22
Masculino	17.0	0.2	79	-	11	23
JÁ TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS						
Sim			93	81.6		
Não			21	18.4		
JÁ TEVE ENCONTRO (S) SEXUAL (AIS) COM PESSOAS DO MESMO SEXO?						
Sim			3	2.7		
Não			10	97.3		
ACTUALMENTE ESTÁ ENVOLVIDO (A) NUMA RELAÇÃO HOMOSSEXUAL?						
Sim			-	-		
Não			11	100		
NOS ÚLTIMOS 12 MESES ESTEVE ENVOLVIDO (A) NUMA RELAÇÃO EXCLUSIVA/ESTÁVEL?						
Sim			52	45.6		
Não			60	52.6		

a) Quanto à idade da primeira relação sexual, verifica-se que nos casos das raparigas a faixa etária é dos 8-22 anos (M=17.1), nos rapazes a faixa etária é dos 11 aos 23 anos (M=17.0).

b) No que diz respeito às preferências sexuais: 97.3% nunca tinham tido uma relação sexual com uma pessoa do mesmo sexo, em comparação com 2.7% que já tinham tido; dois dos atletas não responderam se no momento do inquérito encontravam-se envolvidos(as) numa relação homossexual.

c) Quanto ao tipo de relação com o parceiro(a) sexual: Nos últimos 12 meses 45.6% dos inquiridos estiveram envolvidos(as) numa relação exclusiva, em comparação com 52.6% que não estiveram envolvidos numa relação exclusiva.

Em relação ao comportamento sexual, como já foi referido, dos 117 atletas 94.7 dos elementos femininos já tiveram relações sexuais, quanto aos masculinos 85.5% tiveram relações sexuais nos últimos 3 meses. Neste período, o comportamento sexual dos atletas foi assim caracterizado (ver Quadro 5):

a) Quanto ao número de parceiros sexuais: 94.8% das atletas femininas e 70.2% dos atletas masculinos tiveram um(a) parceiro(a) sexual, por outro lado, 5.2% dos elementos femininos e 23.8% dos elementos masculinos tiveram mais do que um(a) parceiro(a) sexual neste período. Relativamente aos inquiridos que tiveram encontros sexuais com parceiros casuais e/ou desconhecidos 15.8% e 22.0% correspondem ao sexo feminino e masculino respectivamente.

b) Quanto à frequência de utilização do preservativo: 31.6% dos atletas utilizaram sempre o preservativo nos seus encontros sexuais. Dos restantes, 21.5% nunca utilizaram o preservativo enquanto que 27.8% e 19.0% utilizaram o preservativo algumas vezes ou muitas vezes, respectivamente.

c) Quanto à comparação que os atletas fazem em relação ao grupo mais alargado de amigos e colegas: A maior parte dos atletas, ou seja, 52.6% considera que a frequência com que usam o preservativo é idêntica à dos seus pares, 24.4% consideram utilizar o preservativo mais vezes que os seus pares e 23.0% consideram que utilizam o preservativo menos vezes que os seus pares.

d) Em relação ao comportamento de negociação com o(a) parceiro(a) sobre o uso do preservativo: 23.3% dos atletas nunca recusaram uma relação sexual com um parceiro(a) casual/desconhecido por falta de preservativo, e somente 33.8% sempre recusaram a relação sexual na ausência do preservativo; Também com o(a) parceiro(a) habitual 38.5% nunca discutiram/insistiram para ser usado o preservativo, em comparação com apenas 14.1% que sempre discutiram/insistiram para ser usado o preservativo.

Quadro 5 – Comportamento dos atletas sexualmente activos nos últimos 3 meses

Variável	Masc.	Fem.	Total
TEVE ENCONTRO(S) DE NATUREZA SEXUAL			
Sim	85.5	94.7	87.7
Não	14.5	5.3	12.3
Nº DE PARCEIROS SEXUAIS			
Um (a)	70.2	94.8	80.8
Mais de um	23.8	5.2	19.2
FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO			
0% das vezes - nunca	20.0	26.3	21.5
1 a 50% das vezes – algumas vezes	31.7	15.8	27.8
51 a 99% das vezes – muitas vezes	13.3	36.8	19.0
100% das vezes - sempre	35.0	21.1	31.6
ENCONTROS SEXUAIS CASUAIS COM DESCONHECIDOS			
Sim	22.0	15.8	20.5
Não	78.0	84.2	79.5
RELAÇÃO SEXUAL ANAL DESPROTEGIDA			
Nunca	78.4	93.3	81.8
Algumas vezes	11.8	0.0	9.1
Muitas vezes	3.9	0.0	3.0
Sempre	5.9	6.7	6.1
RELAÇÃO SEXUAL ORAL DESPROTEGIDA			
Nunca	40.0	47.1	41.7
Algumas vezes	12.7	29.4	16.7
Muitas vezes	23.6	5.9	19.4
Sempre	23.6	17.6	22.2
A SIDA ALTEROU/MUDOU COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS			
Não mudou nada	24.6	27.8	25.3
Mudou pouco	32.8	16.7	29.1
Mudou muito	31.2	44.4	34.2
Mudou radicalmente	11.5	11.1	11.4
RECUSA EM TER REL. SEXUAL COM PARCEIRO (A) CASUAL POR FALTA DE PRESERVATIVO			
Nunca	28.3	5.9	23.3
Algumas vezes	23.4	5.9	19.5
Muitas vezes	18.3	41.1	23.4
Sempre	30.0	47.1	33.8
DISCUSSÃO/INSISTÊNCIA COM O PARCEIRO (A) HABITUAL SOBRE O USO DE PRESERVATIVO			
Nunca	42.4	26.3	38.5
Algumas vezes	28.8	47.3	33.3
Muitas vezes	5.1	5.3	14.5
Sempre	11.9	21.1	14.1
FREQUÊNCIA DO USO DE PRESERVATIVO COMPARATIVAMENTE AOS SEUS AMIGOS			
Menos vezes	20.0	33.3	23.0
As mesmas vezes	55.0	44.4	52.6
Mais vezes	25.0	22.2	24.4

e) No que diz respeito às práticas sexuais anais e orais: 6.1% tiveram relações sexuais anais desprotegidas, em comparação com 81.8% que nunca tiveram relações anais desprotegidas; a proporção dos atletas que tiveram relações orais desprotegidas aumenta para 22.2%, em comparação com 41.7% que nunca tiveram práticas sexuais orais desprotegidas.

O comportamento sexual dos atletas da amostra foi também avaliado em relação ao último encontro sexual, tendo-se registado os seguintes comportamentos (ver Quadro 6):

a) Em relação à utilização do preservativo: 41.0% não utilizaram o preservativo no último encontro sexual e 69.2% não pediram para ser usado o preservativo, apesar de 75.6% terem preservativos disponíveis.

b) Em relação ao conhecimento do(a) parceiro(a) sexual: 73.4% dos casos a relação sexual deu-se com o(a) parceiro(a) habitual, mas em 26.6% dos casos a relação sexual deu-se com um parceiro(a) desconhecido(a) / ocasional.

c) Em relação a variáveis de contexto: 96.2% não estavam sob o efeito do álcool e 97.5% não estavam sob o efeito de drogas; em comparação 3.8% dos inquiridos estavam sob o efeito do álcool e 2.5% estavam sob efeito de drogas. De frisar que 12.7% dos atletas tiveram a sua última relação sexual num estágio ou evento desportivo em comparação dos 87.3% que afirmam que última relação aconteceu fora do contexto desportivo.

d) Em relação às variáveis de contexto: 97.4% não estavam sob o efeito do álcool e 88.5% não estavam sob o efeito de drogas; em comparação 3.8% dos inquiridos estavam sob o efeito do álcool e 2.6% estavam sob o efeito de drogas, destes 11.5% afirmaram que o encontro sexual se deu num estágio ou evento desportivo e 88.5% noutros contextos.

Quadro 6 – Comportamento dos atletas na última relação/encontro sexual

Variável	Masc.	Fem.	Total
USO DO PRESERVATIVO			
Sim	61.0	52.6	59.0
Não	39.0	47.4	41.0
RELAÇÃO COM O PARCEIRO HABITUAL?			
Sim	69.5	85.0	73.4
Não	30.5	15.0	26.6
FOI PEDIDO O USO DO PRESERVATIVO?			
Sim	32.8	25.0	30.8
Não	67.2	75.0	69.2
TINHAM PRESERVATIVOS DISPONÍVEIS?			
Sim	77.6	70.0	75.6
Não	22.4	30.0	24.4
ESTAVA (M) SOBRE O EFEITO DO ÁLCOOL?			
Sim	5.2	0.0	3.8
Não	94.8	100	96.2
ESTAVA (M) SOB O EFEITO DE DROGAS?			
Sim	1.7	5.0	2.6
Não	98.3	95.0	97.4
FOI NUM ESTÁGIO OU EVENTO DESPORTIVO?			
Sim	15.5	0.0	11.5
Não	84.5	100	88.5

3.4 - Conhecimentos e atitudes dos atletas face ao VIH/SIDA

Caracterização Geral

O Quadro 7 apresenta as estatísticas descritivas relativas às variáveis em estudo, não só no que se refere ao nível de conhecimentos relativamente ao VIH/SIDA, mas também relativamente às crenças, atitudes e percepções dos jovens atletas.

Quadro 7 – Estatísticas descritivas relativas às variáveis em estudo

Variável	N	Média	D.P	MIN.	MAX.
CONHECIMENTOS	117	45.7	4.8	30	55
INTENÇÃO COMPORTAMENTAL	117	5.05	5.0	-9.0	9.0
ATTITUDES – USO PRESERVATIVO	117	1.16	4.2	-9.0	13.0
CRENÇAS COMPORTAM. - CUSTOS	117	-1.53	4.3	-9.0	9.0
CRENÇAS COMPORTAM. - BENEFICIOS	117	6.16	3.9	-9.0	9.0
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS – CUSTOS	117	2.97	4.1	-9.0	9.0
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS – BENEFÍC.	117	-6.49	3.7	-9.0	9.0
NORMA SUBJECTIVA	117	2.09	1.4	-3.0	3.0
CRENÇAS NORMATIVAS	117	5.40	3.8	-9.0	9.0
MOTIVAÇÃO PARA ANUIR	117	1.04	3.7	-9.0	9.0
PERC. DE CONTROLO – AUTO-EFICÁC.	117	21.71	5.9	4.0	28.0

O Quadro 8 mostra com maior pormenor a percentagem de respostas correctas em cada item do “Questionário de Conhecimentos sobre o VIH”. Adicionalmente, e para efeitos comparativos, são apresentadas idênticas percentagens obtidas no estudo original com estudantes universitários dos EUA e num outro estudo realizado recentemente em Portugal, também junto de uma população de estudantes universitários.

Quadro 8 – Percentagens de respostas correctas ao questionário de conhecimentos sobre o VIH nos EUA e em PORTUGAL

ITEM *	EUA (% CORRECTAS)	CARDOSO (1999)	PRESENTE ESTUDO
1	80.4	65.5	50.0
2	91.6	97.1	94.0
3	89.1	72.0	63.4
4	75.8	69.5	65.2
5	97.9	98.0	99.1
6	80.9	67.6	64.1
7	65.5	71.9	67.3
8	64.3	46.6	54.9
9	85.4	89.3	91.3
10	96.4	97.4	100
11	19.0	6.4	8.7
12	69.8	83.3	85.7
13	96.6	95.6	96.5
14	94.9	95.6	93.2
15	85.2	90.6	88.7
16	76.8	74.4	75.9
17	90.6	96.8	97.4
18	95.1	95.9	97.4
19	93.3	95.2	94.0
20	66.2	67.2	62.9
21	93.3	90.2	91.4
22	95.2	96.7	98.3
23	59.3	79.0	84.1
24	91.2	71.0	69.6
25	91.5	85.1	84.6
26**	29.3	39.7	43.9
27	83.4	87.3	89.5
28	90.3	87.1	77.0
29	81.3	92.5	93.8

ITEM * (Cont.)	EUA (% CORRECTAS)	CARDOSO (1999)	PRESENTE ESTUDO
30	78.6	73.6	79.8
31	96.4	97.0	94.8
32	46.9	68.8	64.6
33	71.3	70.7	79.3
34*	32.6	42.5	38.0
35	94.2	94.4	93.9
36	39.6	39.6	47.7
37	54.6	6.8	7.0
38	62.9	75.2	72.6
39	87.9	84.0	88.4
40	56.1	43.6	38.9
41	81.2	88.7	90.2
42	94.0	94.1	93.0
43	78.2	95.0	93.0
44	58.9	69.3	64.5
45	57.1	75.0	90.8
46	86.6	95.0	98.2
47	80.1	94.6	93.8
48	69.5	58.3	61.8
49	83.7	93.4	94.6
50	54.7	80.8	84.4
51	62.8	69.6	71.2
52	29.8	35.3	38.9
53	21.8	40.4	58.8
54**	18.8	10.9	17.1
55	63.5	56.3	67.9
56	51.3	68.3	59.6
57	80.0	90.9	95.5
58	80.6	93.6	92.0
59	93.4	92.8	95.7
60	89.4	94.5	93.0
61	87.6	96.9	100
62	90.6	95.8	96.5

* - Ver Anexos

** - Itens adaptados na versão portuguesa

As principais fontes de (in)formação sexual dos jovens atletas que participaram neste estudo são visíveis no Quadro 9. À semelhança de estudos anteriores, torna-se evidente neste quadro a maior importância e o papel dos meios de comunicação social, assim como dos colegas e amigos enquanto agentes de (in)formação sexual dos jovens.

Quadro 9 – Importância percebida das fontes de (in) formação sexual

FONTE DE INFORMAÇÃO E FORMAÇÃO SEXUAL	M	D.P	Mini.	Max.
IMPrensa/TELEVISÃO	5.7	1.19	2	7
COLEGAS/AMIGOS	5.0	1.65	1	7
COMPANHEIRO (A) HABITUAL	4.6	1.93	1	7
PROFESSORES (AS) / TREINADORES (AS)	4.5	2.00	1	7
PAIS	4.3	2.11	1	7
OUTROS FAMILIARES	3.7	1.90	1	7
COMPANHEIRO (A) OCASIONAL	3.0	2.11	1	7

(*) Avaliado numa escala de 7 pontos, que varia entre 1 (Nenhuma Importância) e 7 (Muita Importância)

Quanto às atitudes face à utilização do preservativo no próximo encontro sexual, o Quadro 10 permite visualizar as atitudes dos jovens atletas.

Quadro 10 – Atitudes face à utilização do preservativo no próximo encontro sexual

A UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO NO PRÓXIMO ENCONTRO SEXUAL SERÁ ALGO DE (*):				
	Masc. +3	Fem. +3	Total +3	Total +1 A +3
BOM	21.1	50.0	29.7	58.1
AGRADÁVEL	12.5	33.3	18.2	41.9
FAVORÁVEL	38.9	37.9	38.6	65.8
ÚTIL	55.4	55.2	55.3	70.1
EXCITANTE	5.6	18.5	9.2	27.4
SENSATO	43.7	54.8	47.1	67.5
BENÉFICO	52.1	64.1	55.9	73.5

(*) Avaliado numa escala Bipolar de 7 pontos com adjectivos dicotómicos (e.g., Bom/Mau), cotada de -3 a +3. Os valores das colunas da esquerda referem-se à frequência de sujeitos que assinalaram o valor máximo de uma atitude positiva (+3), e os da coluna direita referem-se à frequência total de sujeitos que partilham uma atitude globalmente positiva (valores entre +1 e +3).

Como se poderá verificar a percentagem de jovens atletas. Como se poderá verificar a percentagem de jovens com atitudes globalmente positivas parece ser notória em ambos os sexos, sendo nalguns aspectos encarada como mais positiva pelas jovens do sexo feminino. Realce-se no entanto as baixas frequências de atitudes francamente positivas no que diz respeito a dois aspectos do uso do preservativo: a sua natureza agradável (18.2%) e excitante (9.2%). Talvez por isso, não seja de admirar a percentagem assinalável de jovens (26%) que não tencionam usar o preservativo na próxima relação sexual (ver Quadro 11).

Quadro 11 – Diferenças nas medidas das intenções em relação ao uso do preservativo no próximo encontro sexual

VARIÁVEL	Sex. Masc.		Sex. Femin.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TENCIONO USAR PRESERV.	51	72.9	26	76.5	77	74
NÃO TENCIONAM USAR PRESERV.	19	27.1	8	25.5	27	26
TOTAL	70	100	34	100	104	100

As inter-correlações entre as diferentes variáveis cognitivas, atitudinais e motivacionais, calculadas recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson, são apresentadas no Quadro 12. Entre os aspectos mais relevantes, refira-se a ausência de qualquer associação significativa entre o grau de conhecimento e todas as outras variáveis de natureza atitudinal, cognitiva ou motivacional que foram analisadas, incluindo a intenção comportamental de recorrer ao uso do preservativo no próximo encontro sexual.

Quadro 12 – Inter-correlações entre as variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-CONHECIMENTOS	-	-.16	.19	-.14	-.04	-.09	.03	-.14	-.08	-.09	-.16
2- INTENÇÃO COMPORTAM. USAR PRESERV.		-	-.40**	.63**	-.27**	.39**	-.27**	-.45**	.61**	.24**	.65**
3- ATITUDES – USO PRESERVATIVO			-	-.07**	.25**	-.17	.30**	.12	-.13	-.15	-.25**
4- NORMA SUBJECTIVA				-	-.23**	.45**	-.08**	-.39**	.53**	.26*	.56**
5- CRENÇAS COMPORTAMENT – CUSTOS					-	-.04	.09	.04	-.25**	-.13	-.31**
6- CRENÇAS COMPORTAMENT- BENEFICIOS						-	-.08	-.56**	.26**	.19*	.31**
7- AVALIAÇÃO RESUL. – CUSTOS							-	.06	-.06	-.22*	-.20*
8- AVALIAÇÃO RESULTADOS - BENEFICIOS								-	-.31**	-.32**	-.30**
9- CRENÇAS NORMATIVAS									-	.22*	.51**
10- MOTIVAÇÃO PARA ANUIR										-	.27**
11- PERC. CONTROLO – AUTO-EFICÁCIA											-

** p.<. 01

* p.<. 05

Esta intenção comportamental, por sua vez, encontrava-se correlacionada positivamente com as normas subjectivas, com as crenças comportamentais no que se refere aos benefícios, com as crenças normativas, com a motivação para cumprir ou anuir e com a percepção de controlo pessoal (expectativas de auto-eficácia).

Por outro lado, níveis mais elevados nas intenções comportamentais de utilização do preservativo na próxima relação sexual estavam significativamente associados a atitudes mais desfavoráveis face ao uso do preservativo, a níveis mais baixos nas crenças comportamentais no que se refere aos custos e a níveis mais baixos na avaliação dos resultados do uso do preservativo, tanto no que se refere aos custos como aos seus benefícios.

Diferenças entre sexos

Tendo em vista a análise da existência de diferenças entre sexos nas variáveis em estudo, foram realizados t-tests cujos resultados são visíveis no Quadro 13. Apenas foram registadas diferenças significativas nas medidas das crenças comportamentais, tanto no que se refere aos benefícios em consequência do uso do preservativo, como em relação aos seus custos. Comparativamente, enquanto os jovens do sexo masculino percepcionavam significativamente maiores custos, as jovens atletas percepcionavam significativamente maiores benefícios.

Quadro 13 – Diferenças nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças em relação ao uso do preservativo entre atletas do sexo feminino (N=35) e masculino (N=79)

VARIÁVEL	Sex. Masc.		Sex. Femin.		t	p
	Média	D.P	Média	D.P		
CONHECIMENTOS	46.0	5.1	45.2	4.3	.80	.423
INTENÇÃO COMPORTAM. USAR PRESERV.	4.7	5.1	5.5	4.6	-.77	.442
ATITUDES – USO PRESERVATIVO	1.4	4.0	.88	4.5	.645	.520
CRENÇAS COMPORTAMENTAIS – CUSTOS	-.69	4.0	-2.9	4.6	2.63	.010
CRENÇAS COMPORTAMENT. BENEFÍCIOS	5.4	4.4	7.5	2.0	-3.39	.001
AVALIAÇÃO RESUL. - CUSTOS	2.8	3.8	2.7	4.9	.10	.915
AVALIAÇÃO RESUL. - BENEFÍCIOS	-6.2	3.8	-7.0	3.6	1.05	.293
NORMA SUBJECTIVA	1.9	1.6	2.3	1.1	-1.31	.193
CRENÇAS NORMATIVAS	5.2	3.8	5.7	3.9	-.60	.547
MOTIVAÇÃO PARA ANUIR	1.4	3.5	.32	4.2	1.51	.132
PERC. CONTROLO – AUTO-EFICÁCIA	21.1	6.1	22.7	5.4	-1.24	.214

Diferenças em função da estabilidade da relação (exclusiva versus não exclusiva) no último ano

Para esta análise também se realizaram t-tests que permitira verificar a existência de diferenças significativas em três variáveis. Comparativamente aos restantes jovens, aqueles que estavam envolvidos numa relação amorosa estável e exclusiva nos últimos doze meses manifestavam significativamente menos intenções de utilizar o preservativo na próxima relação sexual, percepcionavam mais benefícios em consequência do uso do preservativo e percepcionavam níveis mais baixos de aprovação no uso do preservativo por parte de outros significativos. Nas restantes variáveis em estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, como se poderá visualizar no Quadro 14.

Quadro 14 – Diferenças em função da estabilidade da relação, nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças

VARIÁVEL	RELAÇÃO EXCLUSIVA		RELAÇÃO NÃO EXCLUSIVA		t	p
	Média	D.P	Média	D.P		
CONHECIMENTOS	46.1	5.0	45.4	4.6	.66	.510
INTENÇÃO COMPORTAMENTAL	2.9	5.6	6.7	3.5	-4.21	.000
ATITUDES – USO PRESERVATIVO	2.0	4.6	0.5	3.8	1.83	.070
CRENÇAS COMPORTAMENTAIS – CUSTOS	-1.2	4.6	-1.6	4.0	0.53	.594
CRENÇAS COMPORTAMENT. – BENEFC.	5.6	4.5	6.5	3.3	-1.09	.277
AVALIAÇÃO RESUL. - CUSTOS	3.4	3.9	2.5	4.3	1.20	.232
AVALIAÇÃO RESUL. - BENEFÍCIOS	-5.7	4.5	-7.0	2.8	1.85	.067
NORMA SUBJECTIVA	1.8	1.6	2.2	1.2	-1.46	.145
CRENÇAS NORMATIVAS	4.4	3.9	6.0	3.5	-2.36	.020
MOTIVAÇÃO PARA ANUIR	0.6	4.1	1.2	3.3	-0.77	.442
PERC. CONTROLO – AUTO – EFICÁCIA	20.6	6.9	22.4	4.8	-1.63	.108

Diferenças em função do nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA

Para analisar a existência de diferenças nas variáveis atitudinais, cognitivas e motivacionais, em função do nível de conhecimentos acerca do VIH/SIDA, foram constituídos dois grupos de conhecimento com base na mediana dos “scores” obtidos no respectivo Questionário de Conhecimento (Med. = 46): a) um grupo com altos níveis de

conhecimentos (“scores” superiores ou iguais a 47); e b) um grupo com baixos níveis de conhecimento (“scores” inferiores a 47).

Como se poderá ver no Quadro 15 os resultados obtidos são alvo surpreendentes e a revelarem a existência de apenas uma diferença estatisticamente significativa. Tal diferença ocorreu na intenção comportamental de utilizar o preservativo no próximo encontro sexual, com os jovens atletas possuidores de melhores conhecimentos sobre o VIH/SIDA a revelarem índices mais baixos na intenção comportamental.

Quadro 15 – Diferenças em função do nível de conhecimento, nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças

VARIÁVEL	ALTO CONHEC.		BAIXO CONHEC.		t	p
	Média	D.P	Média	D.P		
INTENÇÃO COMPORTAMENTAL	3.8	4.8	5.7	5.1	-2.04	.043
ATITUDES – USO PRESERVATIVO	1.8	4.6	0.7	4.0	1.24	.215
CRENÇAS COMPORTAMENTAIS – CUSTOS	-1.3	4.2	4.2	4.1	1.06	.291
CRENÇAS COMPORTAMENT. – BENEFL.	6.0	3.8	6.1	4.2	-.166	.868
AVALIAÇÃO RESUL. - CUSTOS	3.0	3.4	2.7	4.7	.36	.714
AVALIAÇÃO RESUL. - BENEFÍCIOS	-7.1	2.1	-5.7	4.8	-1.91	.059
NORMA SUBJECTIVA	2.0	1.4	2.1	1.5	-.57	.568
CRENÇAS NORMATIVAS	4.9	3.8	5.8	3.7	-1.18	.240
MOTIVAÇÃO PARA ANUIR	1.0	3.2	0.8	4.4	.14	.833
PERC. CONTROLO – AUTO – EFICÁCIA	21.0	6.2	22.6	5.4	-1.33	.185

Diferenças em relação à utilização ou não do preservativo nos últimos três meses

Foram também realizados t-tests para analisar as diferenças entre aqueles que “nunca” utilizaram o preservativo e aqueles que o utilizaram “sempre” nos últimos três meses. Como é visível no Quadro 16, foram encontradas várias diferenças significativas. Mais especificamente, comparativamente aos que nunca tinham utilizado o preservativo, o jovens que utilizaram sempre o preservativo nos últimos três meses evidenciaram significativamente:

- a) níveis mais elevados de probabilidade na intenção de uso do preservativo na próxima relação sexual;
- b) níveis mais baixos na avaliação dos resultados e percepção dos custos do uso do preservativo;
- c) maior percepção de aprovação por parte de outros significativos relativamente ao uso do preservativo (norma subjectiva);

- d) níveis mais elevados na percepção de que outros significativos acham que o preservativo deverá ser usado na próxima relação sexual (crenças normativas);
- e) níveis mais elevados na motivação para cumprir ou anuir com as expectativas de referentes específicos e significativos; e
- f) maiores expectativas de controlo e eficácia pessoal na utilização do preservativo.

Quadro 16 – Diferenças nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças em relação ao uso ou não uso do preservativo nos últimos 3 meses.

VARIÁVEL	Usou sempre o Preserv.		Nunca usou Preserv		t	p
	Média	D.P	Média	D.P		
CONHECIMENTOS	45.6	5.2	47.2	5.4	.98	.333
INTENÇÃO COMPORT. USAR PRES.	7.8	2.0	-1.5	4.6	-7.80	.000
ATITUDES – USO PRESERVATIVO	1.3	3.2	3.8	5.4	1.73	.096
CRENÇAS COMPORT. – CUSTOS	-1.2	3.5	.29	4.6	1.17	.249
CRENÇAS COMPORTAMENT. BENEF.	6.2	3.9	3.5	6.2	-1.56	.130
AVALIAÇÃO RESUL. - CUSTOS	2.3	4.2	5.2	3.1	2.46	.018
AVALIAÇÃO RESUL. - BENEFÍCIOS	-6.9	3.1	-4.4	5.7	1.80	.078
NORMA SUBJECTIVA	2.6	1.0	1.1	2.0	-3.18	.003
CRENÇAS NORMATIVAS	7.2	2.1	2.2	4.5	-4.21	.000
MOTIVAÇÃO PARA ANUIR	1.6	3.0	-1.4	4.5	-2.41	.023
PERC. CONTROLO – AUTO-EFICÁCIA	25.8	2.8	14.2	6.7	-6.66	.000

Com o objectivo de identificar mais detalhadamente as variáveis que melhor discriminavam os jovens atletas que nunca usaram, dos que usaram sempre o preservativo no período dos últimos três meses, procedeu-se a uma análise discriminante. A análise da função discriminante evidenciou resultados significativos: Wilk`s lambda=.22, Qui-quadrado=46.4, $p < .000$. De entre todas as variáveis de conhecimento, atitudinais, cognitivas e motivacionais que foram utilizadas como predictoras, apenas três delas contribuíram de forma significativa para maximizar as diferenças entre ambos os grupos: a) a intenção comportamental de utilizar o preservativo na próxima relação sexual (Coeficiente estandardizado da função discriminante – CEFD = .68); b) atitudes face à exclusividade na relação (CEFD = -.51); e c) percepção de controlo pessoal – expectativas de auto-eficácia (CEFD = .52).

A análise discriminante permitiu também verificar em que medida a função discriminante obtida para as variáveis em questão era adequada. Aqueles que recorreram sempre ao uso do preservativo pareciam poder ser diferenciados dos que nunca o utilizaram tendo como base a combinação da intenção comportamental, das atitudes face à

exclusividade e da percepção de controlo ou eficácia pessoal. Com efeito, e com base nas três variáveis atrás referidas, 95.2% da amostra foi correctamente classificada (88.2% do grupo dos que nunca usaram e 100% do grupo que utilizou sempre o preservativo).

Diferenças relativas à intenção de utilizar ou não o preservativo na próxima relação sexual

Tendo por base a mediana da medida de intenção comportamental, foram constituídos dois grupos para a análise das diferenças: a) o grupo daqueles que tencionavam usar o preservativo no próximo encontro ou relação sexual (valores maiores ou iguais a 8); e b) o grupo dos que não tencionavam utilizar o preservativo no próximo encontro ou relação sexual (valores inferiores a 8). O Quadro 17 apresenta os resultados dos t-tests realizados para as diferentes variáveis. Como se poderá verificar, à excepção de duas variáveis (conhecimentos e atitudes face ao uso do preservativo), foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos em todas as restantes variáveis estudadas.

Quadro 17 – Diferenças nas medidas dos conhecimentos, intenções, atitudes, normas e crenças em função da intenção de usar ou não usar o preservativo no próximo encontro sexual

VARIÁVEL	Tenciona usar preserv.		Não tenciona usar preserv.		t	p
	Média	D.P	Média	D.P		
CONHECIMENTOS	44.8	4.65	46.8	4.81	-1.83	.070
ATITUDES – USO PRESERVATIVO	.49	3.65	1.9	4.73	-1.85	.066
CRENÇAS COMPORTAMENTAIS – CUSTOS	-2.5	4.49	-.33	3.86	-2.84	.005
CRENÇAS COMPORTAMENT. BENEFÍCIOS	7.3	2.69	4.8	4.68	3.46	.001
AVALIAÇÃO RESUL. - CUSTOS	2.2	4.73	3.7	3.28	-2.06	.041
AVALIAÇÃO RESUL. - BENEFÍCIOS	-7.6	2.21	-5.1	4.66	-3.48	.001
NORMA SUBJECTIVA	2.5	0.89	1.3	1.98	-4.21	.000
CRENÇAS NORMATIVAS	7.1	3.15	3.4	3.56	5.96	.000
MOTIVAÇÃO PARA ANUIR	1.7	3.76	.18	3.66	2.30	.023
PERC. CONTROLO – AUTO-EFICÁCIA	24.6	3.41	18.2	6.28	6.76	.000

Os resultados obtidos vão na linha dos dados da análise das diferenças entre aqueles que nunca usaram o preservativo nos últimos três meses e aqueles que utilizaram sempre. Mais concretamente, comparativamente aos que não tencionavam utilizar o preservativo, aqueles que o tencionavam fazer apresentaram:

- a) percepções de menor probabilidade de ocorrência de custos e maior probabilidade de ocorrência de benefícios no uso do preservativo (crenças comportamentais);
- b) percepções de mais benefícios e menos custos nos resultados e consequência do uso do preservativo (avaliação dos resultados);
- c) maiores níveis de percepção de aprovação por parte de outros significativos relativamente ao uso do preservativo (norma subjectiva);
- d) níveis mais elevados na percepção de que outros significativos acham que o preservativo deverá ser usado na próxima relação sexual (crenças normativas);
- e) níveis mais elevados na motivação para cumprir ou anuir com as expectativas de referentes específicos e significativos; e
- f) maiores expectativas de controlo e eficácia pessoal na utilização do preservativo.

Para melhor avaliar quais as variáveis melhores predictoras do uso do preservativo na próxima relação sexual procedeu-se a uma análise de regressão múltipla (“stepwise”) que obteve os resultados significativos apresentados no Quadro 18. Como é notório, o melhor predictor do uso do preservativo parecem ser as expectativas de auto-eficácia/percepção de controlo pessoal, que por si só explicava 34% da variância observada. A esta variável seguiam-se a norma subjectiva, as crenças normativas, a avaliação dos resultados em termos de benefícios. No seu conjunto, estas cinco variáveis associadas explicavam 68% da variância total na intenção de utilizar o preservativo no próximo encontro sexual.

**Quadro 18 – Sumário da análise de regressão múltipla:
Intenção de usar o preservativo na próxima relação sexual**

“STEP”	VARIÁVEL	R	R ²	R ² AJUST.	BETA	F
1	PERCEPÇÃO DE CONTROLO E AUTO-EFICÁCIA	.69	.48	.47	.34	95.9
2	CRENÇAS NORMATIVAS	.76	.58	.57	.37	71.0
3	ATITUDES FACE U.P.	.79	.63	.62	-.19	58.8
4	AVAL. RESUL. U.P. – BENEFL.	.81	.66	.65	-.18	49.5
5	AVAL. RESUL. U.P. – CUSTOS	.82	.68	.65	-.14	42.6

P<.001

CAPÍTULO 4

Discussão e Conclusões

A modificação dos comportamentos de risco e o estudo dos factores psicossociais associados a tais comportamentos têm vindo a assumir um papel central no domínio da prevenção do VIH/SIDA. Com efeito, têm sido vários os factores psicossociais relacionados com práticas de risco, por um lado, e com a adopção de comportamentos e estratégias de protecção contra a infecção do VIH/SIDA. É o caso, entre outras, de variáveis como o grau de conhecimentos, as crenças e normas sociais partilhadas pelo grupo de pares e outros significativos, as atitudes favoráveis ou desfavoráveis relativamente a comportamentos de prevenção e protecção, a percepção de controlo e de eficácia pessoal na execução de comportamentos preventivos e as percepções relativamente aos custos e benefícios dos comportamentos de risco ou preventivos (ver Cardoso, 1999; Coates et al., 1988; Cruz & Vilaça, 1996; Cruz et al., 1997; DiClemente, 1992).

Neste sentido, nos últimos anos (e como já abordado em capítulos anteriores) têm sido evidentes alguns modelos teóricos mais amplos e integradores dos factores e processos mediadores implicados nos comportamentos de risco e protecção face à infecção do HIV/SIDA. A este propósito três modelos têm-se destacado e assumido particular relevância no estudo e compreensão da prevenção do HIV/SIDA: a) a Teoria da Acção Racional e uma sua extensão, a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1988; Fishbein & Middlestadt, 1989); b) a Teoria Social Cognitiva e da Auto-Eficácia (Bandura, 1992,1994); e c) o Modelo da Informação, Motivação e Competências Comportamentais de Redução do Risco da SIDA (Fisher et al., 1992,1996; Fisher, 1998).

Paralelamente, a população de adolescentes e jovens adultos tem vindo a assumir uma preponderância crescente enquanto população-alvo das campanhas de informação e prevenção do VIH/SIDA. A este facto, não é alheia a reduzida mudança de comportamentos e a forte resistência a essas campanhas, que ocorre e é característica nesta faixa etária. Daí que o presente estudo tenha também centrado a sua atenção nesta população. Adicionalmente aos jovens adultos procurou-se também focalizar a investigação numa população específica, com padrões comportamentais, sexuais e sociais também muito específicos (Fisher, 1998): os atletas de alta competição.

Em primeiro lugar, no que respeita às práticas e comportamentos sexuais dos jovens atletas de alta competição os resultados obtidos são, de um modo global, convergentes com estudos realizados em Portugal, na Europa e nos Estados Unidos, junto de jovens adultos, predominantemente estudantes universitários (e.g., Cardoso, 1999; Cruz et al., 1997; Reitman

et al., 1996; Robertson & Levin, 1999). A este nível, destacam-se todavia alguns dados na sua maioria ainda mais preocupantes, comparativamente à investigação anterior:

- a) As elevadas percentagens de atletas heterossexuais e sexualmente activos que tiveram mais de um(a) parceiro(a) nos últimos três meses e também daqueles(as) cuja última relação sexual não foi com o(a) parceiro(a) habitual (cerca de 20%, sobretudo no sexo masculino);
- b) A elevada percentagem de atletas que nunca (21.5%) ou raramente (27.8%) utilizaram o preservativo nos últimos três meses;
- c) A elevada percentagem de atletas que se envolveram em práticas sexuais desprotegidas, como o caso de relações de natureza oral (mais de 50%) e anal (18%);
- d) O facto de mais de 50% dos atletas acharem que o VIH/SIDA não alterou em nada ou muito pouco o seu comportamento e práticas sexuais;
- e) A elevada percentagem de jovens atletas que nunca se terem recusado a ter relações sexuais com um(a) parceiro(a) casual por falta de preservativo (23.3%);
- f) O facto de mais de 38% dos atletas nunca ter discutido ou "negociado" com o(a) parceiro(a) habitual sobre o uso do preservativo;
- g) O elevado número de jovens que não utilizaram (41%) ou dos nem sequer pediram para utilizar (69%) o preservativo na última relação sexual;
- h) A acentuada percentagem de atletas envolvidos em relações exclusivas que tiveram mais de um(a) parceiro(a) sexual nos últimos 3 meses (33%);
- i) A baixa percentagem de atletas envolvidos em relações exclusivas que utilizaram sempre o preservativo nas relações sexuais (apenas cerca de 9%);
- j) A elevada percentagem de jovens atletas cuja última relação sexual não tinha sido com o parceiro(a) habitual (27%);

- k) O facto de cerca de 28% dos jovens atletas, de ambos os sexos, não tencionar utilizar o preservativo na próxima relação sexual;
- l) Uma baixa percentagem de jovens atletas, sobretudo nos homens, com uma atitude totalmente favorável em relação ao uso do preservativo, nomeadamente ao facto de ser "agradável" (18.2%) e "excitante" (9.2%).

Apesar das limitações metodológicas, características de "designs" transversais, os dados obtidos relativos aos comportamentos e práticas sexuais vão de encontro aos recolhidos em estudos anteriores no nosso país com jovens estudantes universitários (Cardoso, 1999; Cruz et al., 1997).

Em segundo lugar, ao nível mais teórico e conceptual, um primeiro aspecto a merecer algum realce tem a ver com a evidência para a inexistência de qualquer relação significativa entre o grau de conhecimento acerca do VIH/SIDA e as restantes variáveis de natureza atitudinal, cognitiva ou motivacional. Este dado é idêntico aos resultados encontrados em vários estudos recentes efectuados em diferentes países, incluindo Portugal. Conforme sugerem tais estudos, o conhecimento e informação acerca do VIH/SIDA parece ser um predictor pouco fiável das atitudes e comportamentos preventivos (ver Cardoso, 1999; Cruz, 1999; Helweg-Larsen & Collins, 1998; Reitman et al., 1996).

Um dado que contraria alguns estudos anteriores (e.g., Terry et al, 1993, Sheppard et al., 1988) refere-se à associação negativa que foi encontrada entre as atitudes face à utilização do preservativo e a intenção comportamental de usar o preservativo na próxima relação sexual. Os restantes resultados parecem confirmar várias hipóteses teóricas formuladas pelos três modelos compreensivos de prevenção do VIH/SIDA que já foram referidos: nomeadamente pela Teoria da Acção Racional de Azjen e Fishbein, pelo Modelo de Fisher e pela Teoria Social Cognitiva de Bandura. Quer as diferenças entre grupos, quer o padrão de associações e relações encontradas, parecem comprovar a importância das atitudes, crenças e normas nas intenções comportamentais de natureza preventiva como é o caso do uso do preservativo. Paralela e adicionalmente, ficou evidenciado não só o elevado poder preditivo das percepções de controle pessoal e das expectativas de auto-eficácia na intenção comportamental, mas também a sua relação com todas as outras variáveis de natureza atitudinal, cognitiva e motivacional. Parece comprovar-se assim que, de entre todas as variáveis, a auto-eficácia

parece ser aquela que está mais associada a mudanças comportamentais e, nomeadamente, à redução de comportamentos de risco (Lomgshore et al., 1997; Montoya, 1997; Reitman et al., 1996).

Concluindo, os dados recolhidos no presente estudo parecem revestir-se assim de uma importância fundamental para a intervenção prática e prevenção do VIH/SIDA. Por um lado, o presente estudo parece comprovar a potencial ineficácia de programas de prevenção do VIH/SIDA centrados exclusivamente na transmissão de conhecimentos, bem como a falta de validade do grau de conhecimentos enquanto indicador único da eficácia dos programas de prevenção e mudança comportamental. Por outro lado, parece ser também evidente a contribuição significativa que poderão dar diferentes perspectivas e modelos teóricos tendo em vista uma melhor compreensão dos comportamentos e atitudes e dos respectivos padrões de mudança. Por último, parece ser relevante a contribuição que diferentes modelos teóricos e diferentes metodologias poderão dar para a elaboração e desenvolvimento de programas de prevenção do VIH/SIDA, e para a avaliação da respectiva eficácia.

REFERÊNCIAS

- Adjorolo-Johnson, E. G., DeCock, K., Ekpini, E., Vetter, K., Sibailly, T., Brategaard, K., Yavo, D., Doorly, R., Whitaker, L., Ou, C., George, J., & Gayle, H. (1994). Prospective comparison of mother-to-child transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan, Ivory Coast. *Journal of the American Medical Association*, 272, 462-466.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baum, A., & Nesselhof, S.E. (1988). Psychological research and the prevention, etiology, and treatment of AIDS. *American Psychologist*, 43, 900-906.
- Brooks-Gunn, J., Boyer, C.B., & Hein, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. *American Psychologist*, 43, 958-964.
- Bergey, E., Cho, M., Blumberg, B., Hammarskjold, M. L., Rekosh, D., Epstein, L., & Levine, M. (1994). Interaction of HIV-1 and human salivary mucins. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1, 995-1002.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In V. Mays, G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds). *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 128-141). Newbury Park: Sage.
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R.J. DiClementi (Ed), *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*, (pp. 89-116). Newbury Park: Sage.
- Bandura, A. (1994). Cognitive Theory and exercise of control over HIV infection. In R.J. DiClementi & J.L. Peterson (ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions*, (pp. 25-60). New York: Plenum Press
- Bednarik, D.P., & Folks, T. M. (1992). Mechanism of HIV-1 latency. *AIDS*, 6, 3-16.

Bowser, B.P. & Wingood, G.M. (1992). Community-based HIV-prevention programs for adolescents. In R.J. DiClementi (Ed), *Adolescents and AIDS*. A generation in jeopardy, (pp. 194-211). Newbury Park:Sage.

Bolton, R. & Singer, M. (1992). Introduction. Re-thinking HIV prevention: Critical assessments of the content and delivery of AIDS risk reduction messages. In Ralph Bolton & Merrill Singer (Ed.), *Rethinking AIDS prevention. Cultural approaches*, (pp. 1-5). Switzerland: Gordon and Breach Science Publishers.

Baba, T. W., Trichel, A. M., An, L., Liska, V., Martin, L. N., Murphey-Corb, M., & Ruprecht, R. M. (1996). Infection and AIDS in adult macaques after nontraumatic oral exposure to cell-free SIV. *Science*, 272, 1486-1489.

Chitwood, D. D., McCoy, C. B., Inciardi, J. A., McBride, D. C., Comerford, M., Trapido, E., McCoy, V., Page, J. B., Griffin, J., Fletcher, M. A., & Ashman, M.A. (1990). HIV seropositivity of needles from shooting galleries in South Florida. *American Journal of Public Health*, 80, 150 – 152.

Cardoso, A.A.F.P. (1999). Prevenção Primária da SIDA em Jovens. Avaliação de um projecto de prevenção: conhecimentos, comportamentos e atitudes. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.

Costa, J.P. (1996). SIDA. Responsabilidade Médica, (pp.139-150). Felício e Cabral Publicações.

Carr, A., & Cooper, D.A. (1997). Primary HIV infection. In M.A. Sande & P.A. Volberding (Eds.), *The medical management of AIDS* (pp. 89-106). Philadelphia: Saunders.

Chen, S., & Williamson, G. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5.24.

Coates, T.J., Stall, R.D., Catania, J.A. & Kegeles, S.M. (1988). Behavioral factors in the spread of HIV infection, *AIDS*, 2 (suppl.), 239 -246.

Centro Nacional de Epidemiologia: Vigilância del SIDA en Españã registro Nac. De casos de SIDA. Actualización a 30 Junho de 2005. Informe semestral nº 1, Ano 2005.

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2005). SIDA: A situação em Portugal a 30 de Junho de 2005 (Doc. 134). Instituto Nacional de Saúde, Lisboa: Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2005a). Estimativa da Organização Mundial de Saúde: Sumário Global da Epidemia do HIV/VIH, Dezembro de 2003.

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2005b). AIDSPortugal. Entender o desastre – Reverter a situação. II Congresso Virtual HIV/AIDS. Faculdade de Ciências Médicas, Abril de 2002. Lisboa.

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2005c). El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, Julho 2004, 1-7.

Centers for Disease Control (1987). “Recommendation for Prevention of HIV Transmission in Health – care settings”. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36 (supp. nº 2), 1-18.

Catalan, J. (1988). Invited review: Psychosocial and neuropsychiatric aspects of HIV infection: Review of their extent and implications for psychiatry. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 237-248.

Cruz, J.F.A., Vilaça, M.T., Sousa, A.C., Gomes, A.R., Melo, B., Araújo, M.S., Dias, C.S., Freitas, M.C. & Ruivo, M.L. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: Investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 279-304. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Cruz, J.F.A. (1998). Tradução do questionário “HIV knowledge Questionnaire (HIV-K-Q) de Carey, Morrison-Beddy e Johnson” (1997). Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.

Cruz, J.F.A. (1994). Questionário de comportamentos e atitudes de prevenção face à SIDA. Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.

Cruz, J.F.A. & Vilaça, M.T. (1996). Prevenção do SIDA/HIV nos adolescentes e jovens adultos: contribuições da psicologia. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 1. 219-242. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Cruz, J.F.A. (1999). Conhecimento, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários. *Educação para a Saúde*. Departamento de Metodologia da Educação. Braga: Universidade do Minho.

Cruz, J.F.A., Vilaça, M.T. & Sousa, A.C. (1995, Dezembro). Prevenção do SIDA: Conhecimento e atitudes dos adolescentes. Apresentação em “poster” na “convenção Anual da APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses/95”. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Cruz, J.F.A., & Melo, B.M. (1996, Abril). A utilização do preservativo nos jovens adultos: Estudo preliminar das hipóteses da Teoria da Acção Racional para a prevenção do SIDA: Comunicação em “poster”, ao “II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia”. Braga: Universidade do Minho.

Cruz, J., & Gomes, A. (1996). *Psicologia aplicada ao desporto e à actividade física: Teoria, investigação e intervenção*. Braga: APPORT – Universidade do Minho.

Catania, J.A., Chitwood, D.D., Gibson, D.R. & Coates, T.J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 339-362.

Catania, J.A., Coates, T.Y., Kegeles, S.M., Ekstrand, M., Guydish, J.R. & Bye, L.L. (1989). Implications of AIDS Risk Reduction Model for gay community: The importance of perceived sexual enjoyment and help-seeking behaviours. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 242-261). Newbury Park: Sage.

Cotovio, V.V. (1996). HIV – AIDS – Da Prevenção à Relação. *Hospitalidade.*, 236/237, 88-91.

Carey, M.C., Morrison-Beedy, D. & Johnson, B.T. (1997). The HIV-Knowledge Questionnaire: development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. *AIDS and Behavior*, 1 (1), 61-74.

Dilley, J. W., Woods, W. J., & McFarland, W. (1997). Are advances in treatment changing views about high-risk sex? [Letter to the editor]. *New England Journal of Medicine*, 337, 501-502.

DiClemente, R., Forrest, K., Mickler, S., & Principal site investigators (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH-preventive behaviours. *AIDS Education and Prevention*, 2, 201-212.

DiClemente, R. J. (1992). Psychological determinants of condom use among adolescents. In R. J. DiClementi (Ed.). *Adolescents and AIDS, A generation in jeopardy*, (pp. 34-51). Newbury Park: Sage.

DiClemente, R. J. & Peterson, J.L. (1994). Changing HIV/AIDS risk behavior: The role of behavioural interventions. In R.J. DiClemente & J.L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions*, (pp. 1-4). New York: Plenum Press.

Dew, M.A., Ragni, M. V., & Nimorwicz, P. (1991). Correlates of psychiatric distress among wives of hemophilic men with and without HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1016-744.

Elford, J., Bor, R., & Summers, P. (1991). Research into HIV and AIDS between 1981 and 1990: *The epidemic curve*. *AIDS*, 5, 1515-1519.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (1998). AIDS surveillance: technical note. HIV/AIDS surveillance in Europe: Quarterly Report, nº 60. In CNLCS (1998), *A situação na Europa a 31 de Dezembro de 1998*. (Doc. 115) Instituto Nacional de Saúde, Lisboa: Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (1999). *AIDS surveillance: technical note*. HIV/AIDS Surveillance in Europe: Quarterly Report, nº61.

Fox, P., Wolff, A., Yeh, C., Atkinson, J., & Baum, B. (1989). Salivary inhibition of HIV-1 infectivity: Functional properties and distribution in men, women, and children. *Journal of the American Dental Association*, 118, 709-711.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M., & Middlestadt, S.E. (1989). Using the Theory of Reasoned Action as a Framework for understanding and changing AIDS – Related behaviours. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 93-110). Newbury Park: Sage.

Fishbein, M., Middlestadt, S.E. & Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change transmitted disease-related behaviour: An analysis based in the Theory of Reasoned Action. In R.J. DiClemente & J.L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural intervention*, (pp. 61-78). New York: Plenum Press.

Fauci, A. S. (1986). Current issues in developing a strategy for dealing with the acquired immunodeficiency syndrome. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 83, 9278-9283.

Fauci, A. S., Macher, A. M., Longo, D.L., Lane, H. C., Rook, A. H., Masur, H., & Gelmann, E.P. (1984). Acquired immunodeficiency syndrome: Epidemiologic, clinical, immunologic, and therapeutic considerations. *Annals of Internal Medicine*, 100, 92-106.

Fauci, A. S. & H. Clifford Lane. (1991). The Acquired Immuno – Deficiency Syndrome (AIDS). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 12^a ed., 2: 1402 – 1410.

Flora, J.A. & Thoresen, C. E. (1988). Reducing the risk of AIDS in Adolescents. *American Psychologist*, 43 (11), 963-970.

Flora, J.A. & Thoresen, C. E. (1989). Components of a comprehensive strategy for reducing the risk of AIDS in Adolescents. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 374-389). Newbury Park: Sage.

Friedman, Y., Franklin, C., Freels, S., & Weil, M. H. (1991). Long-term survival of patients with AIDS, Pneumocystis carinii pneumonia, and respiratory failure. *Journal of the American Medical Association*, 266, 89-92.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Misovich, Kimble, D.L. & Malloy, T.E. (1996). Changing AIDS risk behaviour: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, motivation and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, 15 (2), 114-123.

Fisher, J.D., Misovich, S.J. & Fisher, W.A. (1992). Impact of perceived social norms on adolescent's AIDS – Risk behaviour and prevention. In R.J. DiClementi (Ed.), *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*, (117-136). Newbury Park: Sage.

Fisher, J.D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behaviour and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43(11) 914-920.

Fisher, W.A., Fisher, J.D., & Rey, B. (1995). Understanding and promoting AIDS-preventive behavior: Insights from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14, 255-264.

Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1996). The Information-Motivation-Behavioral skills Model of AIDS risk behaviour change: Empirical support and application. In Stuart Oskamp & Suzanne C. Thompson (Ed.), *Understanding and preventing HIV risk behaviour. Safe Sex and Drug use*, (pp.100-127). London: Sage.

Glasner, P. D., & Kaslow, R. A. (1990). The epidemiology of human immunodeficiency virus infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 13-21.

Gallo, R. C. (1987). The AIDS virus. *Scientific American*, 256,46-56.

Gallo, R.C. (1988). HIV: The cause of AIDS- An overview on its biology, mechanism of disease induction, and our attempts to control it. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms and Human Retrovirolog*, 1,521-535.

Gerberding, J. L. (1997). Limiting the risk of health care workers. In M. A. Sande & P.A. Volberding (Eds.), *The medical management of AIDS* (5th ed.,pp. 75-84). Philadelphia: Saunders.

- Goudsmit, J. (1987). *Viral sex: The nature of AIDS*. New York: Oxford University Press.
- Green, G. (1993). Editorial review: Social support and HIV. *AIDS Care*, 5, 87-104.
- Guerra, M.P. (1998). *SIDA – Implicações psicológicas*. Fim de Século Edições. Lisboa
- Goldsmith, M.F. (1992). When Sports and HIV Share the Bill, Smart Money Goes on Common Sense. *JAMA*, 267, 1311-1314.
- Hall, N.R.S. & O'Grady, M.P. (1989). Human immunodeficiency virus and immune system regulation of the central nervous system. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary preventions of AIDS Psychological approaches*, (pp. 47-71). Newbury Park: Sage.
- Hutchinson, C.M., Wilson, C., Reichart, C.A., Marsiglia, V.C., Zenilman, J.M. & Hook, E.W. (1991). CD4 Lymphocyte concentrations in patients with newly identified HIV infection attending STD clinics: Potential impact on policy funded health care resources. *Journal of the American Medical Association*, 266, 253-256.
- Hein, K. (1992). Adolescents at risk for HIV infection. In R.J. DiClementi (Ed.), *Adolescents and AIDS*. A generation in jeopardy, (pp. 3-16). Newbury Park: Sage.
- Haverkos, H. W., & Quinn, T.C. (1995). The third wave: HIV infection among heterosexuals in the United States and Europe. *Internacional Journal of STD and AIDS*, 6, 227-232.
- Hulley, S. B. & Hearst, N. (1989). The worldwide epidemiology and prevention of AIDS. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp.47-71). Newbury Park: Sage.
- Hankins, C. (1993). Women and HIV infection. In Lorraine Sherr (Ed.). *AIDS and heterosexual population*, (pp. 21-39). Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Hamburg, M. A., Koeing, S., & Fauci, A.S. (1990). Immunology of AIDS and HIV infection. In G. L. Mandell, R. G. Douglas, & J. E. Bennett (Eds.), *Principles and practice of infectious diseases* (pp. 1046-1059). New York: Churchill Livingstone.

Hingson, R. & Struning, L. (1992). Monitoring adolescent's response to the AIDS epidemic: Changes in Knowledge, attitudes, beliefs and behaviours. In R.J. DiClementi (Ed), *Adolescents and AIDS*. A generation in jeopardy, (pp. 17-33). Newbury Park: Sage.

Hamel, R. (1992). "AIDS: Assessing the Risk Among Athletes". *Phys Sportsmed*,20, 139-146.

Jemmott III, J.B. & Jemmott, L.S. (1994). Interventions for adolescents in community settings. In R.J. DiClemente & J.L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS*. Theories and methods of behavioural interventions, (pp. 141-174). New York:Plenum Press.

Kashima, Y., Gallois, C. & McCamish, M. (1992). Predicting the use of condoms: past behaviour, norms and the sexual partner. In T. Edgar, M.A. Fitzpatrick & V.S. Freimuth (Eds.). *AIDS: A communication perspective* (pp. 21-46). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Koopman, C., Rotheram-Borus, M.J., Henderson, R., Bradley, J. S., & Hunter, J. 1990. Assessment of knowledge of AIDS and beliefs about AIDS prevention among adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 2, 58 – 70.

Kalichman, S.C. (1998 a). Understanding AIDS. Advances in research and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.

Kalichman, S.C. (1998 b). Preventing AIDS. A sourcebook for behavioural interventions. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Kirscht, J.P. & Joseph, U.G. (1989). The health belief model: Some implications for behaviour change with reference to homosexual males. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 111-127). Newbury Park: Sage.

Kelly, J.A., Lawrence, J.S.S. (1988). The AIDS health crisis. *Psychological and social interventions*. New York: Plenum Press.

Kelly, J.A., Lawrence, J.S.S., Hood, H.V. & Brasfield, T.L. (1989 a). An objective test of AIDS risk behaviour Knowledge: Scale development, validation and norms. *J. Behav. & Exp. Psychiat*, 20(3), 227-234.

Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S., Brasfield, T.L. & Hood, H.V. (1989 b). Group intervention to reduce AIDS risk behaviours in gay men: Applications of behavioral principles. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 209-224). Newbury Park: Sage.

Kelly, J.A., Murphy, D.A. (1992). Psychological Interventions with aids and HIV: Prevention and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 376-585.

Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.J. & Kalichman, S.C. (1993). Psychological intervention to prevent HIV infection are urgently needed. New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48(10), 1023-1034.

Kelly, J.A. (1995). *Changing HIV risk behaviour. Practical strategies*. New York: Guilford Press.

Kelly, J.A. & Lawrence, J.S.S. (1998). *The AIDS health crisis. Psychological and social interventions*. New York: Plenum Press.

Kishlansky, M., Geary, P., & O'Brien, P., (1991). *Civilization in the West*. New York: HarperCollins.

Kassler, W.J. (1997). Advances in HIV testing technology and their potential impact on prevention. *AIDS Education and Prevention*, 9, 27-40.

Kingsley, L.A., Detels, R., Kaslow, R., Polk, B.F., Rinaldo, C.R., & Chmiel, J. (1987). Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *The Lancet*, 1 (8529), 345-349.

Kirby, D. & DiClemente, R.J. (1994). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In R.J. DiClemente & J.L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions*, (pp. 117-140). New York:Plenum Press.

Levy, J.A., Kaminsky, R.M., L.S., Morrow, W.J., Steimer, K., Luciw, P., Dina, D., Hoxie, J., & Oshiro, L. (1985). Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome: Clinical, biological, and molecular features. *Annals of Internal Medicine*, 103, 689-699.

Lucas, J.S. (1993). SIDA – A sexualidade desprevenida dos portugueses. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.

Levy, J.A. (1992). Viral and immunological factors in HIV infection. In M.A. Sande & P.A. Volberding (Eds.), *The medical management of AIDS* (3rd ed., pp. 18-32). Philadelphia: Saunders.

Lacerda, A.P. (1992 a). Linha directa.VIHVER. Assoc.VIH SIDA de Lisboa, 3, 2.

Lacerda, A.P. (1992 b). Tempo para mudar. VIHVER.Assoc.VIH SIDA de Lisboa, 4, 3.

Lacerda, A.P. (1992 c). Linha directa VIHVER. Assoc.VIH SIDA de Lisboa, 7, 4.

Loveday, C. (1990). HIV Disease and Sport, letter. *The Lancet*, 335, 1532.

Montagnier, L. (1994). Vírus e Homens. O combate contra a SIDA. Lisboa: Instituto Piaget.

Magura, S., Grossman, J. I., Lipton, D. S., Siddiqi, Q., Shapiro, J., Marion, I., & Amann, K. R. (1989). Determinants of needle sharing among intravenous drug users. *American Journal of Public Health*, 79, 459-462.

Mann, J., & Tarantola, D. J. (1996). *AIDS in the world: II*. New York: Oxford University Press.

McNeely, T., Dealy, M., Dripps, D., Orenstein, J., Eisenberg, S., & Wahl, S. (1995). Secretory leukocyte protease inhibitor: A human saliva protein exhibiting anti-human immunodeficiency virus-1 activity in vitro. *Journal of Clinical Investigation*, 96, 456-464.

Mitten, M.J., 1994). “HIV–Positive Athletes. When Medicine Meets the Law”. *Phys Sportsmed*, 22, 63-68.

Moore, S., Rosenthal, D. & Mitchel, A. (1996). *Youth, AIDS and sexually transmitted diseases*. Adolescence and Society Series. London: Routledge Publications.

Marcus, B.H. & Simkin, L.R. (1994). The Transtheoretical Model: Applications to exercise behaviour. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 1400-1404.

Mota, M.P. (1997). Modelos teóricos da prática de exercício físico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 393-430.

Nicolosi, A., Musicco, M., Saracco, A., Lazarin, A., & the Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. (1994). Risk factors for woman-to-, man sexual transmission of the human immunodeficiency virus. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 7, 296-300.

Osborn, J.E. (1989). A risk assessment of the AIDS epidemic. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 23-38). Newbury Park: Sage.

O'Grady, M.P., & Hall, N.R.S. (1989). Human immunodeficiency virus and immune system regulation of the central nervous system. In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, (pp. 47-71). Newbury Park: Sage.

O'Keeffe, M.K., Nesselhof-Kendall, S., & Baum, A. (1990). Behavior and prevention of AIDS: Bases of research and intervention. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 166-180.

Ouakinin, S. (1993). SIDA e adolescentes – A prevenção. *VIHVER*. Assoc. VIH/SIDA de Lisboa, 8, 5-6.

Ostrow, D.G. (1989). Psychiatry and AIDS: An American view. *Royal Society of Medicine*, 82, 192-197.

Organização Mundial de Saúde (1994). *Aconselhamento Psicossocial a Pessoas Infectadas pelo VIH/HIV, SIDA e Doenças Associadas. Manual de Treino Para Seminários Nacionais, Regionais e Inter regionais Sobre Aconselhamento Preventivo e Psicossocial. Programa Global da SIDA (OMS) ,1211 Genebra 27 Suíça.*

Paton, C. (1990). *Inventing AIDS*. New York: Routledge.

Pereira, M.G. (1993). Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade?
Análise Psicológica, 3 (XI), 415-424.

Pereira, A.F. (1999). O papel da escola e da família na educação sexual dos adolescentes.
Descobrir – Revista de Educação e Cultura, 6, 10-13.

Proachaska, J.O. & Marcus, B.H. (1994). The Transtheoretical Model: Applications to exercise. In Rod K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise Adherence*, (pp. 161-180). Cahmpaign: Human Kinetics Publishers.

Pantaleo, G., Graziosi, C., & Fauci, A. S. (1993). The role of lymphoid organs in the immunopathogenesis of HIV infection. *AIDS*, 7 (Suppl.), S19-S23.

Parazzini, F, D'Oro, L. C., Nald, L., Bianchi, C., Craefemberg, S., Mezzanote, C., Pansera, B., Schena, D., Vecchia, C. & Franceschi, A.S. (1995). Number of sexual partners, comdom use and risk of Human Immunodeficiency Virus infection. *International Journal of Epidemiology*, 24, (6), 1197 – 1203.

Perry, C.L., Kelder, S.H. & Komro, K.A. (1993). The social world of adolescents: Families, peers, school, and the community. In S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nightingale (Ed.) *Promoting the health of adolescents*, (pp. 73-96). New York: Oxford University Press.

Ryder, R. W., & Hassing, S. E., (1988). The epidemiology of perinatal transmission of HIV. *AIDS*, 2 (Suppl. 1), S83-S89.

Rosenberg, Z. F., & Fauci, A. S. (1991). Immunopathology and pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 10, 230-238.

Roehrich, L., Wall, T. L. & Sorensen, J. L. (1994). Behavioral interventions for intreatment injection drug users. In R.J. Diclemente & J.L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*, (pp. 189-208). New York: Plenum Press.

Ribeiro, J.L.P. (1989). A Intervenção Psicológica na promoção da Saúde. *Jornal de Psicologia*, 8 (2), 19-22.

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1994). The Health Believe Model and HIV risk behaviour change. In R.J. DiClemente & J.L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions*, (pp. 5.24). New York: Plenum Press.

Schoub, B.D. (1994). *AIDS & HIV in perspective: A guide to understanding the virus and its consequences*. New York: Cambridge University Press.

Schechter, M. T., Craib, K. J. P., Le, T. N., Montaner, J. S. G., Douglas, B., Sestak, P., Willoughby, B., & O`Shaughnessy, M.V. (1990). Susceptibility to AIDS progression appears early in HIV infection. *AIDS*, 4, 185-190.

Solomon, G. F., Kemeny, M., & Temoshok, L. (1991). Psychoneuroimmunologic aspects of human immunodeficiency virus infection. In R. Ader, D. Felten, & L. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology II* (pp. 1082-1113). Orlando, FL: Academic Press.

Staprans, S. I., & Feinberg, M. (1997). Natural history and immunopathogenesis of HIV-1 disease. In M. A. Sande & P. A. Volberding (eds.), *The medical management of AIDS* (5th ed., pp. 29-56). Philadelphia: Saunders.

Struning, L. & Hingson, R. (1993). Adolescents. In Lorraine Sherr (Ed.). *AIDS and heterosexual population*, (pp. 125-134). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Schoenbaum, E.E., Weber, M. P., Vermund, S., & Gayle, H. (1990). HIV antibody in persons screened for syphilis: Prevalence in a New York City emergency room and primary care clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, 17, 190 – 193.

Schacker, T., Collier, A., Hughes, J., shea, T., & Corey, L. (1996). Clinical and epidemiological features of primary HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 125, 257-264.

Svenson, G.R. & Hanson, B.S. (1996). Are peer and social influences important components to include in HIV-STD prevention models? *European Journal of Public Health*, 6, 203-211.

Terry, D., Gallois, C., & McCamish, M. (1993). *The theory of reasoned action*: Its application to AIDS – preventive behavior. New York: Pergamon Press.

Teófilo, E. (1998). Breve resumo de temas-chave. Informação SIDA e outras Doenças Infecciosas. Ano II, 9, 18-20.

Teixeira, J.A.C. (1993). Psicologia da saúde e Sida. Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada.

Temin, A.M., & Bolognesi, D.P. (1993). Where has HIV been hiding? *Nature*, 362, 292-293.

Tindall, B., Imrie, A., Donovan, B., Penny, R., & Cooper, D.A. (1992). Primary HIV infection. In M.A. Sande & P.A. Volberding (Eds.), *The medical management of AIDS* (3rd ed. pp. 67-86). Philadelphia: Saunders.

Terry, D., Gallois, C., & McCamish, M. (1993). *The theory of reasoned action*: Its application to AIDS-preventive behavior. New York: Pergamon Press.

Torre, D., Sampietro, C., Ferraro, G., Zeroldi, C., & Speranza, F. (1990). Transmission of HIV-1 infection via sports injury, letter. *The Lancet*, 335, 1105.

Vlahov, D., Graham, N., Hoover, D., Flynn, C., Bartlett, J., Margolick, J., Lyles, C., Nelson, K., Smith, D., Holmberg, S., & Farzadegan, H. (1998). Prognostic indicators of AIDS and infectious disease death in HIV-infected injection drug users: Plasma viral load and CD4 cell count. *Journal of the American Medical Association*, 279, 35-40.

Weinberg, M.S., Williams, C.J. & Pryor, D.W. (1994). Dupla atracção. A bissexualidade em tempos de SIDA. Venda Nova: Bertrand Editora.

Wijgert, J.H.H.M.V. & Padian, N.S. (1993). Heterosexual transmission of HIV. In Lorraine Sherr (Ed.). *AIDS and heterosexual population*, (pp. 1-19). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Weber, J., & Weiss, R. (1988). HIV infection: The cellular picture. *Scientific American*, 259, 101-109.

World Health Organization, Global AIDS Statistics (1992). *AIDS Care*, 4, 1.

Ziegler, P. (1969). *The black death*. New York: John Day.

ANEXOS

**Anexo 1 – Número estimado de Pessoas infectadas com o VIH – Quadro Comparativo, final 2003 e 2001
(Adultos e Crianças)**

País	Adultos y niños, final de 2003		Adultos y niños, final de 2001		Adultos (15-49), final de 2003	
	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]	Estimación	[estimación baja – estimación alta]
Total mundial	37,800,000	[34,600,000 - 42,300,000]	34,900,000	[32,000,000 - 39,000,000]	35,700,000	[32,700,000 - 39,800,000]
África subsahariana	25,000,000	[23,100,000 - 27,900,000]	23,800,000	[22,000,000 - 26,600,000]	23,100,000	[21,400,000 - 25,700,000]
Angola	240,000	[97,000 - 600,000]	220,000	[86,000 - 550,000]	220,000	[88,000 - 540,000]
Benin	68,000	[38,000 - 120,000]	65,000	[36,000 - 110,000]	62,000	[35,000 - 110,000]
Botswana *	350,000	[330,000 - 380,000]	350,000	[330,000 - 380,000]	330,000	[310,000 - 340,000]
Burkina Faso *	300,000	[190,000 - 470,000]	280,000	[180,000 - 440,000]	270,000	[170,000 - 420,000]
Burundi	250,000	[170,000 - 370,000]	240,000	[160,000 - 360,000]	220,000	[150,000 - 320,000]
Camerún *	560,000	[390,000 - 810,000]	530,000	[370,000 - 770,000]	520,000	[360,000 - 740,000]
Rep. Centrafricana	260,000	[160,000 - 410,000]	250,000	[150,000 - 400,000]	240,000	[150,000 - 380,000]
Chad	200,000	[130,000 - 300,000]	190,000	[120,000 - 290,000]	180,000	[120,000 - 270,000]
Comoras	...	...	...	...	...	...
Congo	90,000	[39,000 - 200,000]	90,000	[39,000 - 200,000]	80,000	[34,000 - 180,000]
Rep. Dem. del Congo **	1,100,000	[450,000 - 2,600,000]	1,100,000	[430,000 - 2,500,000]	1,000,000	[410,000 - 2,400,000]
Côte d'Ivoire	570,000	[390,000 - 820,000]	510,000	[350,000 - 740,000]	530,000	[370,000 - 750,000]
Djibouti	9,100	[2,300 - 24,000]	8,100	[2,400 - 23,000]	8,400	[2,100 - 21,000]
Eritrea	60,000	[21,000 - 170,000]	61,000	[22,000 - 160,000]	55,000	[19,000 - 150,000]
Etiopia	1,500,000	[950,000 - 2,300,000]	1,300,000	[820,000 - 2,000,000]	1,400,000	[890,000 - 2,100,000]
Gabon	48,000	[24,000 - 91,000]	39,000	[19,000 - 78,000]	45,000	[23,000 - 86,000]
Gambia	6,800	[1,800 - 24,000]	6,700	[1,800 - 24,000]	6,300	[1,700 - 23,000]
Ghana *	350,000	[210,000 - 560,000]	330,000	[200,000 - 540,000]	320,000	[200,000 - 520,000]
Guinea *	140,000	[51,000 - 360,000]	110,000	[40,000 - 310,000]	130,000	[48,000 - 330,000]
Guinea-Bissau	...	...	...	...	...	...

(Fonte: CNLCS, 2005e)

Anexo 1 (Cont.) – Número estimado de pessoas infectadas com o VIH – Quadro Comparativo, final 2003 e 2001 (Adultos e Crianças)

Guinea Ecuatorial	...	...	...	...	...	...
Kenya	1,200,000	[820,000 - 1,700,000]	1,300,000	[890,000 - 1,800,000]	1,100,000	[760,000 - 1,600,000]
Lesotho *	320,000	[290,000 - 360,000]	320,000	[290,000 - 360,000]	300,000	[270,000 - 330,000]
Liberia	100,000	[47,000 - 220,000]	86,000	[37,000 - 190,000]	96,000	[44,000 - 200,000]
Madagascar	140,000	[68,000 - 250,000]	100,000	[50,000 - 180,000]	130,000	[66,000 - 220,000]
Malawi *	900,000	[700,000 - 1,100,000]	850,000	[660,000 - 1,100,000]	810,000	[650,000 - 1,000,000]
Mali	140,000	[44,000 - 420,000]	130,000	[40,000 - 390,000]	120,000	[40,000 - 380,000]
Mauricio	...	...	...	...	...	...
Mauritania	9,500	[4,500 - 17,000]	6,300	[3,000 - 11,000]	8,900	[4,400 - 15,000]
Mozambique	1,300,000	[980,000 - 1,700,000]	1,200,000	[930,000 - 1,600,000]	1,200,000	[910,000 - 1,500,000]
Namibia	210,000	[180,000 - 250,000]	200,000	[170,000 - 230,000]	200,000	[170,000 - 230,000]
Niger	70,000	[36,000 - 130,000]	56,000	[28,000 - 110,000]	64,000	[34,000 - 120,000]
Nigeria	3,600,000	[2,400,000 - 5,400,000]	3,400,000	[2,200,000 - 5,000,000]	3,300,000	[2,200,000 - 4,900,000]
Rwanda *	250,000	[170,000 - 380,000]	240,000	[160,000 - 360,000]	230,000	[150,000 - 350,000]
Senegal *	44,000	[22,000 - 89,000]	40,000	[20,000 - 81,000]	41,000	[21,000 - 83,000]
Sierra Leona	...	...	...	...	...	...
Somalia	...	...	...	...	...	...
Sudáfrica *	5,300,000	[4,500,000 - 6,200,000]	5,000,000	[4,200,000 - 5,900,000]	5,100,000	[4,300,000 - 5,900,000]
Swaziland **	220,000	[210,000 - 230,000]	210,000	[190,000 - 220,000]	200,000	[190,000 - 210,000]
Rep. Unida de Tanzania *	1,600,000	[1,200,000 - 2,300,000]	1,600,000	[1,100,000 - 2,200,000]	1,500,000	[1,100,000 - 2,000,000]
Togo	110,000	[67,000 - 170,000]	100,000	[65,000 - 160,000]	96,000	[61,000 - 150,000]
Uganda *	530,000	[350,000 - 880,000]	620,000	[420,000 - 980,000]	450,000	[300,000 - 730,000]
Zambia	920,000	[730,000 - 1,100,000]	890,000	[710,000 - 1,100,000]	830,000	[680,000 - 1,000,000]
Zimbabwe	1,800,000	[1,500,000 - 2,000,000]	1,700,000	[1,500,000 - 2,000,000]	1,600,000	[1,400,000 - 1,900,000]
Asia oriental	900,000	[450,000 - 1,500,000]	680,000	[340,000 - 1,100,000]	900,000	[450,000 - 1,500,000]
China	840,000	[430,000 - 1,500,000]	660,000	[320,000 - 1,100,000]	830,000	[430,000 - 1,400,000]
Rep. de Corea	8,300	[2,700 - 16,000]	5,600	[1,800 - 11,000]	8,300	[2,700 - 16,000]
Rep. Pop. Dem. de Corea	...	...	...	...	...	...
Hong Kong R.A.E.	2,600	[1,300 - 4,400]	2,700	[1,300 - 4,400]	2,600	[1,300 - 4,300]
Japón	12,000	[5,700 - 19,000]	12,000	[5,800 - 20,000]	12,000	[5,700 - 19,000]
Mongolia	<500	[<1,000]	<200	[<400]	<500	[<1,000]
Oceania	32,000	[21,000 - 46,000]	24,000	[16,000 - 35,000]	31,000	[21,000 - 45,000]
Australia	14,000	[6,800 - 22,000]	12,000	[6,000 - 20,000]	14,000	[6,600 - 22,000]
Fiji	600	[200 - 1,300]	<500	[<1,000]	600	[200 - 1,200]
Nueva Zelandia	1,400	[480 - 2,800]	1,200	[420 - 2,400]	1,400	[500 - 2,800]
Papua Nueva Guinea	16,000	[7,800 - 28,000]	10,000	[4,900 - 17,000]	16,000	[7,700 - 26,000]

(Fonte: CNLCS, 2005c)

Anexo 2 – Casos de SIDA por área geográfica, idade na altura do diagnóstico, sexo e ano de diagnóstico (1999 – 2003), com ajuste por atraso de notificação e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003.

Geographic area Sex Age at diagnosis (years)	Year of diagnosis					Cumulative total reported ‡
	1999	2000	2001	2002	2003	
West						
Male						
<13	44	33	38	32	26	1 899
13-19	28	22	24	23	18	1 081
20-29	1 015	818	692	629	407	43 343
30-39	3 888	3 455	3 011	2 700	1 874	96 379
40-49	1 917	1 995	1 947	1 997	1 482	43 030
50+	1 332	1 213	1 163	1 163	946	24 893
Total West – male §	8 233	7 536	6 876	6 548	4 754	210 794
Female						
<13	45	43	29	29	24	1 764
13-19	18	26	23	34	19	411
20-29	522	485	432	425	335	15 817
30-39	1 143	1 134	1 014	1 005	736	21 966
40-49	436	465	466	508	436	5 944
50+	218	213	240	230	190	3 831
Total West – female §	2 387	2 367	2 207	2 231	1 741	49 774
Centre						
Male						
<13	237	209	99	21	12	3 893
13-19	12	28	50	55	61	290
20-29	63	62	64	67	46	808
30-39	132	150	115	116	115	1 662
40-49	82	104	90	81	67	980
50+	47	63	42	50	64	585
Total Centre – male §	574	617	467	394	377	8 254
Female						
<13	174	156	65	21	4	2 736
13-19	14	21	30	33	51	199
20-29	53	55	33	44	47	539
30-39	60	51	42	45	44	571
40-49	22	22	20	28	21	231
50+	11	14	14	9	14	130
Total Centre – female §	335	319	206	183	182	4 412
East						
Male						
<13	5	4	1	3	1	105
13-19	7	6	4	4	7	53
20-29	178	218	254	372	433	1 750
30-39	245	224	335	524	707	2 401
40-49	71	96	126	189	314	942
50+	9	26	18	47	48	193
Total East – male §	515	573	739	1 139	1 511	5 448
Female						
<13	5	0	1	1	4	80
13-19	5	5	2	4	3	38
20-29	71	71	79	145	189	648
30-39	64	66	104	172	209	739
40-49	16	25	24	62	78	224
50+	6	4	3	12	17	48
Total East – female §	167	172	213	396	500	1 781
Total WHO European Region ||	12 213	11 586	10 707	10 892	9 066	280 664

* See Table 11 for list of countries and completeness of data per country
See Technical note
‡ Cumulative totals since the beginning of the epidemic; unadjusted
§ Includes cases with unknown age group
|| Includes cases with unknown sex

Fonte: ECCEMA, 2005

Anexo 3 – Casos de SIDA por área geográfica*, sexo, grupo de transmissão e ano de notificação (1999 – 2003) e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003*.

Geographic area Sex	Transmission group	Year of report					Cumulative total reported †
		1999	2000	2001	2002	2003	
West							
Male							
	Homo/bisexual	3 112	3 471	3 168	5 162	4 330	60 433
	Injecting drug user	654	2 673	1 645	1 661	1 193	15 198
	Haemophiliac/Transfusion recipient	46	55	39	68	39	2 627
	Heterosexual contact	1 654	2 496	2 545	3 513	3 396	25 311
	Mother-to-child	84	110	102	108	90	1 092
	Nosocomial infection	1	1	0	10	3	91
	Other / Undetermined	1 290	954	966	1 691	1 904	23 031
Total West – male		6 841	9 760	8 465	12 213	10 955	127 783
Female							
	Injecting drug user	267	578	360	466	338	5 266
	Transfusion recipient	41	76	35	71	43	857
	Heterosexual contact	2 166	2 917	3 279	4 938	4 887	30 692
	Mother-to-child	90	125	102	119	100	1 159
	Nosocomial infection	0	2	0	0	2	54
	Other / Undetermined	579	496	475	913	1 222	10 470
Total West – female		3 143	4 194	4 251	6 507	6 592	48 498
Centre							
Male							
	Homo/bisexual	122	115	123	153	178	2 071
	Injecting drug user	221	252	211	148	170	3 933
	Haemophiliac/Transfusion recipient	29	7	18	17	11	367
	Heterosexual contact	142	168	169	204	242	1 718
	Mother-to-child	15	7	10	24	20	189
	Nosocomial infection	1	1	118	52	18	290
	Other / Undetermined	357	334	376	400	343	5 609
Total Centre – male		887	884	1 025	998	982	14 177
Female							
	Injecting drug user	69	88	75	47	77	1 239
	Transfusion recipient	13	8	16	10	10	177
	Heterosexual contact	124	119	146	199	171	1 422
	Mother-to-child	12	6	13	22	13	129
	Nosocomial infection	2	0	86	44	23	225
	Other / Undetermined	202	131	177	154	154	2 838
Total Centre – female		422	352	513	476	448	6 030
East							
Male							
	Homo/bisexual	107	107	135	98	106	1 326
	Injecting drug user	12 555	35 926	44 440	21 236	15 576	151 799
	Haemophiliac/Transfusion recipient	3	2	8	5	10	41
	Heterosexual contact	1 058	1 383	2 232	2 625	2 637	13 004
	Mother-to-child	384	552	1 077	2 150	2 587	7 184
	Nosocomial infection	0	2	0	1	1	175
	Other / Undetermined	6 122	14 584	26 705	16 927	12 900	80 127
Total East – male		20 229	52 556	74 597	43 042	33 817	253 656
Female							
	Injecting drug user	3 262	8 275	11 184	5 464	4 028	39 100
	Transfusion recipient	3	2	13	5	4	37
	Heterosexual contact	1 343	1 861	2 884	4 155	5 052	17 618
	Mother-to-child	359	560	957	2 049	2 347	6 675
	Nosocomial infection	4	2	0	0	0	117
	Other / Undetermined	1 827	4 416	9 763	9 631	9 249	36 017
Total East – female		6 798	15 116	24 801	21 304	20 680	99 564
Total WHO European Region ‡		38 837	83 588	115 380	85 049	73 974	571 648

* See Table 1 for list of countries and completeness of data per country

† Cumulative totals since the beginning of reporting

‡ Includes cases with unknown sex

Fonte: ECEMA, 2005

Anexo 4 – Casos de SIDA e taxas de incidência por milhão de habitantes, por país e ano de diagnóstico (1999 – 2003) com ajuste por atraso de notificação e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003.

Geographic area Country	Year reporting started	Year of report							
		1996		1997		1998		1999	
		N	Rate	N	Rate	N	Rate	N	Rate
West									
Andorra †	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EU Austria	1998	-	-	-	-	313	38.6	339	41.9
EU Belgium	1986	719	70.7	694	68.1	752	73.7	800	78.2
EU Denmark	1990	269	51.3	273	51.8	212	40.1	286	53.9
EU Finland	1986	69	13.5	71	13.8	80	15.5	142	27.5
EU France ‡	2003	-	-	-	-	-	-	-	-
EU Germany	1993	1 967	24.0	2 014	24.5	2 217	27.0	1 794	21.8
EU Greece §	1999	449	42.6	515	48.4	668	62.2	1 279	118.0
Iceland	1985	6	22.2	9	32.9	8	28.9	12	42.9
EU Ireland ¶	1985	98	26.9	109	29.6	116	31.1	186	49.3
Israel	1983	186	33.8	241	42.7	379	65.6	277	46.9
EU Italy ¶¶	1985	-	-	-	-	-	-	1 222	74.7
EU Luxembourg ††	1999	25	60.8	22	52.7	29	68.5	30	69.9
EU Malta ††	1985	7	18.4	7	18.3	8	20.8	6	15.5
Monaco †	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EU Netherlands §§	2002	-	-	-	-	-	-	-	-
Norway	1986	107	24.4	117	26.6	101	22.8	136	30.6
EU Portugal ¶¶¶	1983	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	1983	3	118.2	3	116.5	1	38.3	2	75.7
EU Spain ***	1999	-	-	-	-	-	-	-	-
EU Sweden	1985	224	25.3	240	27.1	249	28.1	211	23.8
Switzerland	1985	929	130.0	849	118.5	619	86.3	626	87.3
EU United Kingdom	1984	3 093	53.4	2 856	49.2	2 963	50.8	3 143	53.7
Total West		8 151		8 020		8 715		10 491	
Centre									
Albania	1992	7	2.2	3	1.0	5	1.6	4	1.3
Bosnia & Herzegovina	1989	0	0.0	2	0.6	23	6.2	9	2.3
Bulgaria	1987	34	4.1	30	3.6	26	3.2	27	3.3
Croatia	1986	1	0.2	17	3.9	36	8.1	48	10.8
EU Cyprus †	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EU Czech Republic	1985	50	4.8	63	6.1	31	3.0	50	4.9
EU Hungary	1985	62	6.1	71	7.0	74	7.3	62	6.2
Macedonia, F.Y.R.	1987	4	2.0	0	0.0	9	4.5	5	2.5
EU Poland	1985	551	14.3	579	15.0	637	16.5	527	13.6
Romania	1992	699	30.9	650	28.8	648	28.8	364	16.2
Serbia & Montenegro	1985	103	9.7	103	9.7	105	9.9	85	8.0
EU Slovakia	1985	4	0.7	8	1.5	11	2.0	2	0.4
EU Slovenia	1986	9	4.5	8	4.0	14	7.0	15	7.5
Turkey	1985	119	1.9	141	2.2	110	1.7	120	1.8
Total Centre		1 643		1 675		1 729		1 318	
East									
Armenia	1988	27	8.2	37	11.5	9	2.8	35	11.1
Azerbaijan	1987	3	0.4	13	1.6	66	8.2	81	10.0
Belarus	1987	1 021	99.9	653	64.2	554	54.7	411	40.8
EU Estonia †††	1988	8	5.6	9	6.4	10	7.2	12	8.7
Georgia	1989	8	1.5	21	3.9	25	4.7	35	6.6
Kazakhstan	1987	48	2.9	437	27.0	299	18.7	185	11.7
Kyrgyzstan	1987	2	0.4	2	0.4	6	1.3	10	2.1
EU Latvia	1987	32	13.0	25	10.3	162	67.1	242	101.1
EU Lithuania	1988	12	3.4	31	8.8	52	14.8	66	18.8
Moldova, Republic of	1987	48	11.1	404	93.6	408	94.8	155	36.1
Russian Federation ††††	1987	1 516	10.3	4 361	29.6	4 049	27.6	19 940	136.3
Tajikistan	1987	0	0.0	1	0.2	1	0.2	0	0.0
Turkmenistan	1989	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Ukraine †††	1987	5 400	105.4	8 913	175.1	8 575	169.8	5 827	116.3
Uzbekistan	1987	0	0.0	7	0.3	3	0.1	28	1.1
Total East		8 125		14 914		14 219		27 028	
Total European Union (EU)		7 648		7 595		8 598		10 414	
Total WHO European Region		17 919		24 609		24 663		38 837	

EU Countries which constitute the European Union as of 1 May 2004
* Cumulative totals since the start of reporting; may include cases with year of report not available
† Data not available
‡ New HIV reporting system started gradually in 2003; data from March to September 2003
§ Retrospective reporting before 1999; data for 1999 include many cases diagnosed in previous years
¶ Excluding mother-to-child cases before 2000
¶¶ HIV reporting exists in 6 out of 20 regions/provinces (Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Modena, Piemonte, Trento, Veneto); rates based on the population of the 6 regions: 16.35 million; data available for all 6 regions for 1999-2002 only; other years not shown

Fonte: ECEMA, 2005

Anexo 4 (cont.) – Casos de SIDA e taxas de incidência por milhão de habitantes, por país e ano de diagnóstico (1999 – 2003) com ajuste por atraso de notificação e totais cumulativos – dados da OMS para a região Europeia até 31 de Dezembro de 2003.

Year of report								Cumulative total reported *	Geographic area Country
2000		2001		2002		2003			
N	Rate	N	Rate	N	Rate	N	Rate		
									West
-	-	-	-	-	-	-	-	-	Andorra †
428	52.8	402	49.6	442	54.5	423	52.1	2 347	EU Austria
953	93.0	962	93.6	987	95.9	1 032	100.0	15 762	EU Belgium
260	48.9	319	59.8	290	54.2	241	44.9	3 929	EU Denmark
146	28.2	128	24.7	130	25.0	134	25.7	1 625	EU Finland
-	-	-	-	-	-	1 714	-	1 714	EU France ‡
1 693	20.6	1 342	16.3	1 867	22.7	1 823	22.1	21 608	EU Germany
505	46.3	428	39.1	403	36.7	431	39.3	6 706	EU Greece §
10	35.4	11	38.6	7	24.4	10	34.5	171	Iceland
290	75.9	299	77.4	364	93.1	399	100.9	3 408	EU Ireland ||
289	47.8	359	58.2	333	52.8	297	46.2	3 970	Israel
1 160	71.0	1 136	69.5	1 202	73.5	-	-	4 720	** EU Italy ¶
44	101.1	41	92.9	33	73.8	47	103.7	592	EU Luxembourg ††
15	38.5	11	28.1	12	30.6	9	22.8	210	EU Malta ‡‡
-	-	-	-	-	-	-	-	-	Monaco †
-	-	-	-	3 335	207.6	834	-	8 419	|| EU Netherlands §§
169	37.8	163	36.3	203	45.0	225	49.6	2 755	Norway
4 203	419.6	2 465	245.7	2 546	253.4	2 298	228.4	23 374	EU Portugal ¶¶
3	112.1	3	110.9	1	36.6	4	144.9	43	San Marino
-	-	-	-	-	-	-	-	-	EU Spain ***
242	27.3	270	30.5	286	32.3	382	43.0	6 306	EU Sweden
590	82.3	630	87.8	753	105.0	774	108.0	27 126	Switzerland
3 508	59.8	4 289	72.8	6 024	102.0	6 953	117.3	61 179	EU United Kingdom
14 508		13 258		19 218		18 030		195 964	Total West
									Centre
10	3.2	20	6.4	26	8.3	21	6.6	119	Albania
2	0.5	6	1.5	8	1.9	12	2.9	70	Bosnia & Herzegovina
49	6.1	40	5.0	43	5.4	63	8.0	465	Bulgaria
33	7.4	31	7.0	44	9.9	45	10.2	416	Croatia
-	-	-	-	-	-	-	-	-	EU Cyprus †
57	5.6	51	5.0	50	4.9	61	6.0	662	EU Czech Republic
47	4.7	82	8.2	80	8.1	63	6.4	1 104	EU Hungary
7	3.5	5	2.5	4	2.0	1	0.5	64	Macedonia, F.Y.R.
630	16.3	564	14.6	574	14.9	610	15.8	8 495	EU Poland
290	12.9	440	19.6	335	15.0	244	10.9	5 708	Romania
71	6.7	97	9.2	88	8.4	96	9.1	1 816	Serbia & Montenegro
19	3.5	8	1.5	11	2.0	13	2.4	192	EU Slovakia
13	6.5	16	8.0	22	11.1	14	7.1	220	EU Slovenia
158	2.3	184	2.7	192	2.7	197	2.8	1 712	Turkey
1 386		1 544		1 477		1 440		21 043	Total Centre
									East
29	9.3	29	9.4	41	13.3	29	9.5	239	Armenia
64	7.8	128	15.6	105	12.7	116	13.9	597	Azerbaijan
527	52.5	578	57.9	915	92.1	713	72.1	5 485	Belarus
390	285.3	1 474	1 089.7	899	671.9	541	-	3 400	|| EU Estonia †††
79	15.0	93	17.8	95	18.3	100	19.5	475	Georgia
347	22.2	1 175	75.6	694	44.9	747	48.4	4 001	Kazakhstan
16	3.3	149	29.8	162	32.0	130	25.3	494	Kyrgyzstan
466	196.4	807	343.3	542	232.7	403	174.7	2 710	EU Latvia
65	18.6	72	20.7	397	114.6	110	31.9	845	EU Lithuania
176	41.1	234	54.7	209	48.9	258	60.5	1 946	Moldova, Republic of
59 162	406.3	88 253	609.2	50 529	350.7	39 470	275.5	268 367	Russian Federation †††
7	1.1	37	6.0	29	4.7	42	6.7	119	Tajikistan
0	0.0	0	0.0	0	0.0	-	-	2	** Turkmenistan
6 212	125.0	7 000	142.0	8 756	179.1	10 009	206.3	62 365	Ukraine †††
154	6.2	549	21.7	981	38.2	1 836	70.4	3 596	Uzbekistan
67 694		100 578		64 354		54 504		354 641	Total East
15 134		15 166		20 496		18 535		179 527	Total European Union (EU)
83 588		115 380		85 049		73 974		571 648	Total WHO European Region

** December 2002 data
†† Retrospective reporting before 1999
‡‡ From 2000, 40%-80% cases were non-residents
§§ New HIV reporting system started in 2002; 2002 data include many cases diagnosed in previous years; cases reported among adults/adolescents only
||| June 2003 data
¶¶ HIV reporting system modified in 2000; data for 2000 include many cases diagnosed in previous years; data prior to 2000 not available by year
*** HIV reporting exists in some regions only; data not available
††† An additional 299 cases were reported from July-December 2003 (total for 2003=840); detailed information not available
‡‡‡ Includes all seropositive children born to HIV-infected mothers (see Table 5)

**Anexo 5 – “QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS E ATITUDES DE
PREVENÇÃO FACE À SIDA”
(Cruz, 1994)**

Anexo 6 – “QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO DE VIH”

(Cruz, 1998)

