Luciana Roberta Donola Cardoso

Sintomas de ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. André Malbergier

São Paulo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Cardoso, Luciana Roberta Donola

Sintomas de ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertórios de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo / Luciana Roberta Donola Cardoso. -- São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientador: André Malbergier.

Descritores: 1.HIV 2.Síndrome de imunodeficiência adquirida 3.Comportamento sexual
4.Sexo sem proteção 5.Consumo de bebidas alcoólicas 6.Drogas ilícitas 7.Tabaco
8.Depressão 9.Ansiedade 10.Estresse 11.Assertividade

USP/FM/DBD-065/14

DEDICATÓRIA

Alberto, Rafael e Miguel, meus amores, minhas inspirações

Lucenir, Anselmo e Izabel (*in memoriam*), origem de tudo

AGRADECIMENTOS

Fazer uma pesquisa para obter o título de doutor envolve muito trabalho e dedicação distribuídos em muitas etapas, como escrever o projeto, submetê-lo às comissões de ética, coletar os dados, cursar as disciplinas obrigatórias e que agreguem mais conhecimento para realização do trabalho, tentar um financiamento ou bolsa, entender os dados coletados, fazer reuniões sistemáticas com o estatístico, escrever os resultados, discuti-los com os outros encontrados na literatura, escrever todo o processo que envolveu a execução da pesquisa, colocá-los nas normas exigidas pelo programa, escrever artigos para divulgar o trabalho, encaminhar os manuscritos às revistas especializadas e apresentá-lo a uma banca para obtenção do título.

Escrever os agradecimentos é uma etapa tão difícil quanto as outras que compõem a tese. É nesse momento que nos damos conta de quantas pessoas precisamos para realizar um trabalho. Para cumprir todas as etapas contei com a ajuda de muitas pessoas, às quais gostaria de agradecer-las.

Agradeço ao meu orientador, **Prof. Dr. André Malbergier**, que merece e honra os títulos que batalhou para conseguir. Exemplo de seriedade, dedicação e ética. Por, desde 2008, me proporcionar oportunidades para desenvolver pesquisas, ampliar meus conhecimentos e me ensinar a escrever e pensar criticamente.

À banca de qualificação composta pela Profa. Dra. **Camila Magalhães Silveira**, Profa. Dra **Paula Villela Nunes** e pelo Prof. Dr. **Ricardo Abrantes do Amaral** por dividir seus conhecimentos. Pelas valiosas sugestões que me deram para aprimorar meu trabalho.

Aos membros da banca examinadora da defesa, Professores Doutores **Ricardo Abrantes do Amaral, Danilo Antonio Baltieri, Gabriela Arantes Wagner e Miriam Garcia Mijares**, que dividiram e me presentearam com seus preciosos conhecimentos, para que eu pudesse aprimorar o meu. Por questionarem de modo gentil e com muita sabedoria.

Ao **Dr. José Ernesto Vidal Bermudez**, médico infectologista do Hospital Emílio Ribas, que tornou possível a coleta dos dados nesse centro.

À **Dra. Eliana Battaggia Gutierrez** e **Prof. Dr. Aluisio Augusto Cotrim Segurado** por terem aberto as portas do Serviço de Extensão ao atendimento de

pacientes com HIV/AIDS da Divisão de Clínicas de Moléstias Infecto-contagiosas do HC-FFMUSP - *Casa da Aids* para que eu pudesse coletar meus dados.

À **Dra. Vivian Helena Iida Avelino da Silva**, médica infectologista da *Casa da Aids*, por me ajudar no recrutamento dos pacientes para a coleta de dados e pelas discussões acerca do assunto.

Aos **coordenadores** do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT Santa Cruz) e dos serviços da prefeitura (Santo Amaro, Campos Elísios, Cidade Líder, Freguesia do Ó e Vila Prudente) por permitirem a coleta de dados nesses serviços.

Ao **Flávio Andrade Santos**, responsável pelo desenvolvimento científico do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo por ajudar na logística para que a coleta de dados fosse possível nos serviços da prefeitura.

Ao **José Roberto Gallego Mendes**, coordenador do AE Vila Prudente, por me auxiliar no recrutamento dos pacientes para a coleta de dados no serviço. O primeiro a se disponibilizar a me ajudar quando fui apresentar meu trabalho para os coordenadores dos serviços da prefeitura. Pelo respeito a mim e ao meu trabalho. Por telefonar sempre com antecedência avisando-me da falta de médico e do baixo número de agendamentos, me poupando das longas viagens até o serviço.

Às Sras **Tania Regina de Souza, Roberta Kimie Yamamoto e Cely de Lima Jover** e ao Sr **Edney de S. Rufino** pelas orientações acerca da Pós-graduação.

Às psicólogas **Silvia Scemes e Camila Cruz**, pela colaboração nas intervenções.

Aos estatísticos **Bernardo dos Santos e Igor André Milhorança** pelas orientações imprescindíveis na realização das análises. Pela paciência de explicar mil vezes a mesma coisa. Por aceitar fazer reuniões por telefone e *skype*.

À Profa. Dra. **Miriam Garcia Mijares** por me ajudar com o estágio obrigatório do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino. Pela sensibilidade em me ajudar a adequar as atividades do estágio com o final da minha gestação.

Aos funcionários: **médicos, enfermeiros, porteiros, recepcionistas e faxineiros** dos oito serviços onde coletei meus dados. Pela orientação, cuidado e respeito por mim e por meu trabalho. Por ajudar achar um local e fornecer informações cruciais para a realização da coleta de dados. Na hora do almoço, por me fazerem

companhia na copa, e, enquanto aquecíamos nossas marmitas, me enriqueciam com suas histórias de vida.

Aos **667 pacientes** que me deram as coisas mais preciosas: seu tempo e um pouco de suas histórias. Por compartilharem comigo informações, sem pudores, falando sobre suas intimidades, histórias sofridas, mágoas e superações.

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa para a realização deste doutorado e a **SENAD** pelo apoio financeiro para a realização das intervenções.

Às minhas amigas **Daniela Faria, Luciana Furlani, Talita Cunha, Tathiana Fernandes Biscuola Figueiredo Carnevalle** e **Dra. Adriana Perroni** pelo apoio, discussão e sugestões. Por partiparem de momentos tão importantes da minha vida. Por saberem ouvir, entender e falar a coisa certa na hora certa. Pela sabedoria que cada uma adquiriu com suas histórias de vida e que enriquecem a minha.

Ao meu amor, **Seu Cardoso**, que sem ele, nada seria possível. Pelo incentivo e apoio para continuar estudando após a graduação. Sempre me fazendo acreditar que chegaria ao fim desta difícil e gratificante jornada. Por me proporcionar uma base familiar sólida e segura, regada com sensibilidade, carinho e respeito. Por me fazer ver e pensar de maneira diferente, buscando a praticidade na resolução de problemas.

Aos meus filhos, **Rafael e Miguel**, que participaram comigo de todas as etapas dessa jornada. Rafa, desde a gestação, acompanhando-me na coleta de dados. Ao nascer, freqüentando aulas, reuniões com o estatístico e sempre ao meu lado enquanto escrevia meu trabalho. Miguel, na minha barriga, participou da qualificação, depois, no meu colo na escrita final deste. Ninando, amamentando e escrevendo, meus filhos, sempre ao meu lado me fortalecendo e me acompanhado nessa etapa importante da minha vida.

À minha mãe, **Lucenir**, que sozinha me educou com muito amor, carinho e respeito. Sempre primou pela minha educação. Ao meu lado, me apoiando, sofrendo e sorrindo em todas as etapas importantes da minha vida. Exemplo de esforço e dedicação, me ensinou o valor do trabalho; e pelo exemplo me ensinou honestidade e ética.

Ao meu avô **Anselmo**, que com muito esforço conseguiu se formar em economia aos 48 anos, pós-graduando-se aos 50 anos na Fundação Getúlio Vargas.

Ensinando-me a importância da dedicação e do esforço para conseguir o que se almeja.
Por seu amor, carinho e cuidado, sempre presente.

À minha avó **Isabel** (*in memoriam*), por cuidar de mim com tanto amor e zelo nos momentos em que minha mãe ficava fora trabalhando arduamente para me dar um futuro.

“ O saber a gente aprende com os mestres e com os livros, a sabedoria se aprende com a vida e com os humildes ” Cora Coralina

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta as mudanças” Charles Darwin

"Os homens agem sobre o mundo, modificam-no, e são modificados pelas consequências de suas ações" Skinner

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós” Antoine de Saint-Exupéry

“A arte de escutar é como uma luz que dissipa a escuridão da ignorância.” Dalai Lama

“Somos o que pensamos. O que somos é consequência do que pensamos. Tudo o que somos surge com nossos pensamentos. Com nossos pensamentos, fazemos o nosso mundo.” Buddha

Esta tese está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento desta publicação:

Referências: *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de quadros

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Panorama geral do HIV/AIDS: da infecção ao desenvolvimento da doença.....	2
1.2. Formas de contaminação	5
1.3. História e Epidemiologia.....	7
1.4. Comportamento sexual de risco	14
1.5. Uso de preservativo	15
1.6. Fatores relacionados ao comportamento sexual de risco (sexo sem preservativo e múltiplos parceiros)	22
1.6.1. Variáveis sociodemográficas.....	23
1.6.1.1. Diferenças entre homens e mulheres	23
1.6.1.2. Escolaridade.....	25
1.6.2. Características relacionadas ao parceiro sexual: tipo de parceiro	25
1.6.3. Tratamento antirretroviral	27
1.6.4. Consumo de álcool e outras drogas	27
1.6.5. Habilidades sociais	31
1.6.6. Transtornos psiquiátricos	33
1.6.6.1. Depressão em pessoas com HIV/AIDS	34
1.6.6.2. Ansiedade em pessoas com HIV/AIDS	35
1.7. Vida sexual dos indivíduos com HIV/AIDS.....	36
2. JUSTIFICATIVA	39
3. OBJETIVOS.....	41
3.1. Objetivo geral	42
3.2. Objetivos específicos	42

3.3.	Hipóteses.....	43
3.3.1.	Hipóteses Nula	43
3.3.2.	Hipóteses Alternativas.....	44
4.	MÉTODO.....	45
4.1.	Participantes.....	46
4.2.	Locais.....	47
4.3.	Instrumentos.....	52
4.4.	Procedimento	59
4.5.	Análise estatística dos dados.....	62
4.6.	Financiamento.....	62
4.7.	Aspectos éticos.....	63
5.	RESULTADOS	64
5.1.	Descrição da amostra	65
5.1.1.	Dados sociodemográficos.....	65
5.1.2.	Informações sobre sorologias e outras infecções, meio de contaminação e tratamento	67
5.1.3.	Ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais	69
5.1.4.	Consumo de drogas	70
	a) Uso de álcool e outras drogas na vida	70
	b) Uso de álcool e outras drogas no último ano	70
	c) Uso de álcool e outras drogas no último mês	70
5.1.5.	Comportamento sexual.....	72
	a) Comportamento sexual na vida	72
	b) Comportamento sexual nos últimos três meses	75
5.2.	Sexo nos três meses anteriores à entrevista	79
5.2.1.	Relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas	79
5.2.2.	Relação entre ansiedade, estresse, depressão e habilidades sociais e sexo nos últimos três meses.....	79
5.2.3.	Relação entre comportamento sexual e sexo nos últimos três meses.....	80

5.2.4. Relação entre uso de álcool e/ou drogas na vida, no último ano e no último mês e sexo nos últimos três meses.....	80
5.3. Uso de preservativo nos últimos três meses	84
5.3.1. Uso de preservativo nos últimos três meses e dados sociodemográficos...	85
5.3.2. Uso de preservativo e problemas psiquiátricos	85
5.3.3. Comportamento sexual na vida e uso de preservativo nos últimos três meses	85
5.3.4. Comportamento sexual nos últimos três meses.....	86
5.3.5. Consumo de substâncias.....	86
5.4. Número de parceiros sexuais nos últimos três meses	89
5.4.1. Dados sociodemográficos e número de parceiros	89
5.4.2. Comportamento sexual na vida e número de parceiros.....	90
5.4.3. Comportamento sexual nos últimos três meses e número de parceiro	90
5.4.4. Consumo de álcool e outras drogas e número de parceiros	90
5.5. Indivíduos que fizeram sexo sem preservativo e que tiveram dois ou mais parceiros.....	98
6. DISCUSSÃO	101
6.1. Limitações do estudo	110
7. CONCLUSÃO.....	111
8. ANEXOS	113
8.1. Anexo A - Mini Exame do Estado Mental (MMSE)	114
8.2. Anexo B - Questionário sociodemográfico.....	115
8.3. Anexo C - Escala de Avaliação para Depressão de Beck	118
8.4. Anexo D - Escala de Avaliação para Ansiedade de Beck.....	121
8.5. Anexo E - Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos.....	122
8.6. Anexo F - Escala de assertividade de Rathus (RAS).....	124
8.7. Anexo G - Questionário sobre uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas.....	125
8.8. Anexo H - Questionário de Risco para Uso de Álcool (AUDIT)	126
8.9. Anexo I - Questionário sobre Comportamento Sexual na Vida	128

8.10. Anexo J - Escala de Avaliação de Comportamento Sexual de Risco (SERBAS).....	131
8.11. Anexo K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	155
8.12. Anexo L - Folder informativo	158
8.13. Anexo M - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	163
8.14. Anexo N - Carta de aprovação do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/AIDS da Divisão de Clínicas de Moléstias Infecto-Contagiosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.....	164
8.15. Anexo O - Carta de aprovação do Instituto de Infectologia Emilio Ribas	165
8.16. Anexo P - Carta de aprovação do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.....	166
8.17. Anexo Q - Mensagem de aprovação da Comissão Nacional de Saúde (CONEP/SISNEP) obtida pelo site	167
9. REFERÊNCIAS	168

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.

ABC	Abacavir
AE	Ambulatório de especialidades
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APV	Amprenavir
ARV	Antirretroviral
ATV	Atazanavir
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AZT	Zidovudina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CD4	Grupamento de diferenciação 4 ou <i>cluster of differentiation</i>
Cebrap	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CONEP	Comissão Nacional de Saúde
CR	Centros de Referência em DST/Aids
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CV	Carga Viral
DDI	Didanosina
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DRV	Darunavir
DST	Doença Sexualmente Transmissível
d4T	Estavudina
EFV	Efavirenz
ETV	Etravirina
EUA	Estados Unidos da América
HAART	Terapia antirretroviral altamente eficaz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homem que faz sexo com outros homens
ICTV	International Committee on Taxonomy of Viruses
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
ML	Mililitro
NHBS	National HIV Behavioral Surveillance

NNRTI	Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
NRTI	Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
IDV	Indinavir
IIER	Instituto de Infectologia Emilio Ribas
IP	Inibidores da Protease
IsF	Inibidores de Fusão
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
N	Número
NFV	Nelfinavir
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira
RAL	Raltegravir
RAS	Escala de Assertividade de Rathus
RNA	Ácido Ribonucléico
RTV	Ritonavir
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SERBAS	Escala de Avaliação de Comportamento Sexual de Risco
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
Sisgeno	Sistema e Informação para Rede de Genotipagem
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral
SNC	Sistema Nervoso Central
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SQV	Saquinavir
T-20	Enfuvirtida
TARV	Tratamento Antirretroviral

3TC	Lamivudina
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDF	Tenofovir
THS	Treino de Habilidades Sociais
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Desenho do cálculo amostral.....	47
Tabela 2 -	Descrição dos dados sociodemográficos.....	66
Tabela 3 -	Descrição sobre outras infecções, meio de contaminação e tratamento para o HIV.....	68
Tabela 4 -	Descrição das variáveis relacionadas aos problemas psiquiátricos e psicológicos.....	69
Tabela 5 -	Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas na vida, no último ano e no último mês.....	71
Tabela 6 -	Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual na vida	73
Tabela 7 -	Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual nos últimos três meses.....	76
Tabela 8 -	Análise univariada da relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de álcool e outras drogas, comportamento sexual, ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais entre os 667 indivíduos com HIV na cidade de São Paulo.....	81
Tabela 9 -	Análise múltipla das variáveis associadas a ter feito sexo nos últimos três meses entre os 411 indivíduos com HIV em tratamento na cidade de São Paulo.....	84
Tabela 10 -	Análise univariada entre uso de preservativo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias psicoativas e características relacionadas ao comportamento sexual entre os 405 indivíduos com HIV que relataram ter feito sexo anal e/ou vaginal nesse período.....	87
Tabela 11 -	Análise múltipla das variáveis relacionadas ao uso de preservativo nos últimos três meses.....	89

Tabela 12 -	Análise univariada entre indivíduos com HIV na cidade de São Paulo que tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses em comparação àqueles que tiveram apenas um parceiro em relação às variáveis sociodemográficas, consumo de drogas, comportamento sexual e características do parceiro sexual.....	91
Tabela 13 -	Análise múltipla das variáveis relacionadas a ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista.....	95
Tabela 14 -	Comparação do número de parceiros entre os indivíduos que fizeram sexo sem preservativo nos últimos três meses.....	99

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estimativa de pessoas com HIV/AIDS em 2012 no mundo, segundo o relatório da UNAIDS (2013).....	12
Figura 2 - Desenho da cidade de São Paulo com a localização dos centros de atendimento.....	51
Figura 3 - Desenho do estudo.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Mudanças no perfil epidemiológico da AIDS e a epidemiologia atual no país.....	11
Quadro 2 -	Comparação das frequencia do uso de preservativo nos últimos 12 meses e das características associadas à prática de sexo sem preservativo apresentadas na <i>Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS</i> realizada em 1998 e em 2005 e na <i>Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas</i> realizada em 2004 e em 2008.....	20
Quadro 3 -	Características associadas a ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros neste período apresentadas pelas análises univariadas.....	96
Quadro 4 -	Características associadas à ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros nos últimos neste período apresentadas pelas análises múltiplas.....	97

RESUMO

Cardoso LRD. *Sintomas de ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Introdução: A epidemia da AIDS é um grave problema de saúde pública. Estima-se que, mesmo após o conhecimento da sorologia, uma em cada três pessoas com HIV continue praticando sexo sem preservativo, independente da sorologia do parceiro.

Objetivo: Avaliar a influência de sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, consumo de álcool e drogas e repertório de habilidades sociais na prática de sexo sem preservativo em uma amostra representativa de indivíduos com HIV/AIDS em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo. **Métodos:** Participaram da pesquisa 667 pacientes, 383 (57,4%) homens e 284 (42,6%) mulheres, portadores do vírus HIV em tratamento na Casa da AIDS, Emílio Ribas, CRT Santa Cruz, SAE DST/AIDS Campos Elíseos, SAE DST/AIDS Cidade Líder II, CR DST/AIDS Nossa Senhora do Ó, AE Vila Prudente e CR DST/AIDS Santo Amaro. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, questionário sociodemográfico, Escalas de Avaliação de Ansiedade e Depressão de Beck, Inventário de Sintomas de Estresse, Escala de assertividade de Rathus, questionário sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas, AUDIT, Questionário sobre Comportamento Sexual na Vida e a Escala de Avaliação de Comportamento Sexual de Risco – SERBAS. Os pacientes foram entrevistados nos locais onde faziam seu tratamento. **Resultados:** A análise múltipla mostrou que ter algum parceiro soropositivo e ter feito uso de maconha antes do sexo foram associados negativamente ao uso do preservativo. Ter dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses foi associado a ter trabalho regular, ter feito sexo em grupo, contaminação anterior por alguma outra doença sexualmente transmissível, parceiro soropositivo, não residir com o parceiro, sexo em troca de álcool, droga, abrigo/comida alguma vez na vida, orientação homossexual, prática de sexo anal, CD4 acima de 350 cels/mm³ e uso de cocaína antes do sexo. Sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse e falta de habilidades sociais afetaram significativamente a vida sexual dessa população diminuindo as chances de fazer sexo nos três meses anteriores à entrevista, mas não mostraram associação com o uso de preservativo e múltiplos parceiros. **Conclusão:** Pessoas com HIV que fazem sexo sem preservativo apresentam características diferentes daquelas que tem múltiplos parceiros. A sorologia do parceiro foi uma variável importante para a prática de sexo sem preservativo. A orientação homo e bissexual, prática de sexo anal e o sexo masculino foram mais associadas a ter mais parceiros sexuais. O consumo de álcool e outras drogas esteve presente nos dois comportamentos de risco. Identificar os fatores associados a esses comportamentos de risco e as diferenças encontradas no perfil das pessoas que fizeram sexo sem preservativo e daquelas que tiveram múltiplos parceiros são pontos importantes para programas de prevenção. Tais características podem servir como marcadores que auxiliam os profissionais de saúde a detectar possíveis comportamentos de risco e planejar estratégias de prevenção.

Descritores: HIV, Síndrome de imunodeficiência adquirida, comportamento sexual, sexo sem proteção, consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, ansiedade, depressão, estresse psicológico, assertividade

SUMMARY

Cardoso LRD. *Symptoms of anxiety, depression, stress level, use of alcohol and other drugs and range of social skills as factors related to sexual risk behavior in HIV-positive individuals being treated in the city of São Paulo* [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2014.

Introduction: The AIDS epidemic is a major public health problem. It is estimated that, even after becoming aware of their serostatus, one in three people with HIV continues to have sex without a condom, regardless of the partner's serostatus. **Purpose:** To evaluate the influence of symptoms of anxiety and depression, stress level, alcohol and drug use and the range of social skills on having sex without a condom in a representative sample of individuals living with HIV/AIDS and receiving outpatient treatment in the city of São Paulo. **Methods:** 667 patients – 383 (57.4%) men and 284 (42.6%) women – with HIV and being treated at Casa da AIDS, Emílio Ribas, CRT Santa Cruz, SAE DST/AIDS Campos Elíseos, SAE DST/AIDS Cidade Líder II, CR DST/AIDS Nossa Senhora do Ó, AE Vila Prudente and CR DST/AIDS Santo Amaro participated in the study. The following tools were used to collect data: Mini-Mental State Examination, social and demographic survey, Beck Anxiety and Depression Inventories, Stress Symptom Inventory, Rathus Assertiveness Schedule, alcohol, tobacco and other drugs use survey, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Sexual Behavior Survey, and Sexual Risk Behavior Assessment (SERBAS). Patients were interviewed at the places where they were being treated. **Results:** The multiple analysis has shown that having an HIV-positive partner and using marijuana before sex were negatively associated with condom use. Having two or more partners over the past three months was associated with having regular job, have done group sex, previous infection with other sexually transmitted infections, an HIV-positive partner, not living with the partner, sex in exchange for alcohol, drug, shelter/food at least once in their lives, homosexuality, engagement in anal sex, CD4 cells/mm³ count above 350, and use of cocaine before sex. Anxiety and depression symptoms, stress level and lack of social skills significantly affected the sexual lives of that population, making them less likely to have sex in the three months before the interview, but they were not associated with the use of a condom and multiple partners. **Conclusion:** The characteristics of HIV-positive individuals who have unprotected sex are different from those who have multiple partners. The partners' serostatus was an important variable for engaging in unprotected sex. Homosexuality and bisexuality, anal sex and male gender were more associated in individuals who had more sexual partners. Use of alcohol and other drugs was present in both risk behaviors. Identifying the factors associated with those risk behaviors and the differences between the profiles of the individuals who had sex without a condom and those who had multiple partners is critical for prevention programs. Such characteristics can serve as markers to help health care professionals identify possible risk behaviors and plan prevention strategies. **Descriptors:** HIV, acquired immunodeficiency syndrome, sexual behavior, unsafe sex, alcohol drinking, illicit drugs, tobacco, anxiety, depression, stress psychological, assertiveness

1. INTRODUÇÃO

1.1. PANORAMA GERAL DO HIV/AIDS: DA INFECÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA

O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é um vírus da família Retroviridae (retrovírus) e da subfamília Lentivirinae¹, responsável pelo desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A doença vem se disseminando rapidamente pelo mundo desde 1981, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (Brasil 2012a; United Nations Program on HIV/AIDS - UNAIDS, 2012a).

O HIV diferencia-se em tipos 1 e 2, o HIV-1 é o mais patogênico e o mais prevalente no mundo, e o HIV-2 é endêmico na África Ocidental, disseminando-se pela Ásia (Graw, 2001; Parham, 2000; UNAIDS, 2012a).

A evolução natural da infecção pelo HIV divide-se em infecção aguda, que pode ser assintomática, oligossintomática ou se manifestar como síndrome retroviral aguda, até a fase avançada da doença, com as manifestações definidoras da síndrome da imunodeficiência (AIDS) (Brasil, 2005/2008a; Kuchenbecker, Ferreira, Barcellos, 2004; Walker, 2001). A infecção aguda é definida pelo período entre a infecção inicial e o desenvolvimento da resposta imunológica, que ocorre após a transmissão viral (Kuchenbecker, Ferreira, Barcellos, 2004). Manifesta-se clinicamente, em quase 90% dos indivíduos, em um período médio de duas semanas a seis meses (Biolo, Selligman, Sprinz, 1999). Os sintomas variam de um quadro gripal até uma síndrome similar à mononucleoses², e podem durar por volta de 15 dias (Brasil, 2005).

A fase de infecção sintomática é quando o indivíduo apresenta sintomas da AIDS. A AIDS ocorre quando o sistema imune fica comprometido pela ação do vírus HIV. A principal característica da doença é a supressão profunda da imunidade mediada por células T, o que torna o indivíduo suscetível às infecções oportunistas³, neoplasias⁴

1 Retroviridae é uma família de vírus que possuem genoma constituído por RNA fita simples senso positivo e que replicam o RNA viral por meio de um processo denominado transcrição reversa, no qual moléculas de DNA dupla fita (dsDNA) são geradas a partir de RNA através da ação da enzima transcriptase reversa. Essa família viral pertence ao grupo VI (vírus ssRNA-RT) no Sistema de Classificação de Baltimore (Fauget et al., 2005; ICTV, 2009; Kumar, Abas, Fausto, 2005).

2 A mononucleose infecciosa é causada pelo vírus Epstein-Barr, que pertence ao grupo Herpes. A infecção por esse vírus ocorre pelo contato com a saliva de um indivíduo infectado. Dentre os sintomas estão: febre, calafrio, inapetência, fadiga, mal-estar, sudorese, vômito, náuseas, fotofobia, cefaleia, mialgia, dor de garganta, enfartamento dos gânglios do pescoço e das axilas e comprometimento do fígado e do baço.

3 São doenças que se aproveitam da baixa imunidade do organismo para causar dano. Entre elas estão a pneumonia, linfomas (cânceros do sistema linfático), sarcoma de Kaposi e o câncer dos tecidos abaixo da pele.

secundárias e doenças neurológicas que, se não forem tratadas levam o indivíduo à morte (Biolo, Selligman, Sprinz, 1999; Brasil, 2003/2005; Jawetz, Melnick, Adelberg, 2000). O tempo para o desenvolvimento da AIDS após a soroconversão é de, em média, dez anos (Bacchetti, 1989; Brasil, 2008a; Scanavino, 2007).

A velocidade de progressão da doença está relacionada com a queda da contagem de linfócitos T CD4⁵ no sangue e com a contagem da carga viral do HIV. A contagem linfócitos T CD4 tem implicações prognósticas na evolução de infecção pelo HIV. A contagem normal dos linfócitos varia de 1.000 a 2.500 células/ml de sangue e a contagem da carga viral é considerada alta acima de 100.000 cópias/ml de sangue. A escala para carga viral é logarítmica. Com o tratamento adequado, a carga viral tende a ficar abaixo de cinquenta cópias/ml (Bayer, 2007; Brasil, 2007/2008a).

Para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral, monitora-se a evolução da contagem de linfócitos T CD4 (LT-CD4+) e a quantificação plasmática da carga viral do HIV. A contagem de linfócitos T CD4 é utilizada internacionalmente como marcador do estado imunológico dos indivíduos.

A contagem de linfócitos T CD4 estabelece o risco de progressão para AIDS e morte; portanto, é o indicador laboratorial mais importante em pacientes assintomáticos para definir o momento de iniciar o tratamento. Para esse grupo de pacientes, a carga viral (CV) tem maior importância quando a contagem de linfócitos T CD4 estiver próxima a 350 cels/mm³, auxiliando a estimar a intensidade da deterioração imunológica (Brasil, 2008a).

O desenvolvimento dos antirretrovirais modificou significativamente o curso da infecção pelo HIV, proporcionando aumento da expectativa de vida dos indivíduos infectados (Brasil, 2008a). Os antirretrovirais incluem:

- Os Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (NRTI) que têm por objetivo danificar o RNA do vírus indiretamente ao atuar na enzima transcriptase

4 Neoplasias são alterações celulares que acarretam um crescimento exagerado dessas células, ou seja, proliferação celular anormal, sem controle, autônoma, na qual reduzem ou perdem a capacidade de se diferenciar, em consequência de mudanças nos genes que regulam o crescimento e a diferenciação celulares. A neoplasia pode ser maligna ou benigna.

5 CD4 (Grupamento de diferenciação 4 ou cluster of differentiation) é uma molécula que se expressa na superfície de algumas células T, macrófagos, monócitos e na célula dendrítica. É uma glicoproteína monomérica de 59kDa que contém quatro domínios (D1, D2, D3, D4) de tipo imunoglobulinas. As células T4 ou CD4 são um tipo especial de glóbulos brancos que desempenham um papel importante e central no sistema imunológico do corpo humano. São as células hospedeiras preferidas do vírus HIV que as atacam e destroem. Um indivíduo saudável tem cerca de 800 a 1500 células CD4 por microlitro de sangue. Quando o número de células CD4 é inferior a 200 por microlitro de sangue, a defesa imunitária deixa de ser eficiente.

reversa, impedindo-o de se reproduzir. Entre eles estão: Zidovudina (AZT), Abacavir (ABC), Didanosina (ddI), Estavudina (d4T), Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF).

- Os Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (NNRTI), que bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. Entre eles estão o Efavirenz (EFV), a Nevirapina (NVP) e a Etravirina (ETV).

- Os Inibidores da Protease (IP), que atuam bloqueando a protease, uma enzima usada pelo vírus para a produção de novas cópias de células infectadas. Entre eles estão: Amprenavir (APV), Atazanavir (ATV), Saquinavir (SQV), Darunavir (DRV), Indinavir (IDV), Lopinavir/Ritonavir (LPV/r), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV) e Saquinavir (SQV).

- Os Inibidores de Fusão (Enfuvirtida - T-20), que bloqueiam os receptores que permitiriam a entrada do vírus na célula.

- Os Inibidores da Integrase (Raltegravir - RAL), que bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (código genético da célula), inibindo a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células.

Os antirretrovirais atuam nas diversas fases da replicação viral, iniciando-se pelos inibidores de fusão, passando para os inibidores de transcriptase reversa análogos e não análogos de nucleosídeos, e finalizando com os inibidores da protease. O objetivo desses fármacos é impedir a entrada do HIV no núcleo da célula e/ou impedir a maturação de novos vírus que são sintetizados pela célula infectada (Brasil, 2008a; Fauget *et al.*, 2005; Ray *et al.*, 2007).

Atualmente, em nosso país, estão disponíveis quatro classes de antirretrovirais, mais potentes, menos tóxicos e com posologia confortável, em esquemas que tornam possível apenas uma ou duas doses diárias. Os antirretrovirais são distribuídos gratuitamente nos serviços especializados de atendimento a pessoas com HIV/AIDS desde 1996.

O tratamento é recomendado para indivíduos assintomáticos, com contagem de linfócitos T (LT-CD4+) entre 200 e 350 cels/mm³. Quanto mais próxima de 200 células/mm³ estiver à contagem de T CD4, maior é o risco de progressão para AIDS, especialmente se associada à carga viral plasmática elevada (maior que 100.000 cópias/mm³). Nesses indivíduos, a decisão de iniciar o tratamento dependerá da tendência de queda da contagem de linfócitos T CD4 e/ou de elevação da carga viral, da

motivação do paciente para iniciar o tratamento, sua capacidade de adesão e a presença de co-morbidades.

Para as pessoas assintomáticas com contagem de linfócitos T CD4 entre 200 e 350 cels/mm³, recomenda-se o início mais precoce do tratamento antirretroviral, com o objetivo de evitar que a contagem de linfócitos T CD4 se aproxime de 200 cels/mm³ (Brasil, 2008a).

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três drogas: dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) associados a um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo (ITRNN) ou a um Inibidor da Protease reforçado com ritonavir (IP/r) (Nível de evidência 1^a, Grau de recomendação A) (Bartlett *et al.*, 2006).

1.2. FORMAS DE CONTAMINAÇÃO

O HIV é transmitido por relações sexuais (anais, vaginais e orais) sem preservativo, por meio de transfusões de sangue, injeções e seringas contaminadas, por uso de drogas injetáveis, durante a gravidez, no parto (mãe para o filho - transmissão vertical) e/ou no aleitamento.

A forma mais frequente de contaminação é por relações sexuais, característica que faz do HIV/AIDS uma doença sexualmente transmissível. Fatores como penetração sem camisinha, ser o receptor nas relações sexuais, especialmente naquelas que levam ao aparecimento de feridas e lesões genitais durante o ato sexual, múltiplos parceiros sexuais, carga viral elevada, hemorroida avançada, cortes, feridas ou esfoladuras na boca ou gengivas, infecção na garganta ou na boca causando inflamação, e presença concomitante de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) aumentam o risco de transmissão da doença (Funari, 2003; Landovitz *et al.*, 2013).

As DSTs ulcerativas como sífilis, herpes genital e o cancro mole aumentam em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV em comparação com as não ulcerativas (gonorreia, infecção por clamídia e tricomoníase) e em comparação com as infecções ou processos inflamatórios do trato genital (vaginose bacteriana, candidíase, vaginites químicas causadas por espermicidas) (Funari, 2003).

Estima-se que o risco de contaminação pelo HIV por ato sexual seja de 0,08% durante o sexo vaginal, 0,04% para o sexo oral e 1,4% para o sexo anal receptivo (Baggaley, White, Boily, 2010; Boily *et al.*, 2009; Frost, Stirrat, Ouellette, 2008).

Na relação sexual, o risco de a mulher contrair o HIV é quatro vezes maior que o dos homens, pois o sêmen infectado permanece em contato prolongado com a mucosa vaginal, facilitando a penetração do vírus. Entretanto, o sexo anal é o meio de maior transmissão do vírus. O risco de transmissão do HIV durante o sexo anal receptivo pode ser até 18 vezes maior do que numa relação sexual vaginal (Baggaley, White, Boily, 2010).

Apesar de as relações sexuais anais serem mais frequentes entre homens que fazem sexo com homens (HSH) (alguns estudos mostram que essa população (HSH) tem até 40 vezes mais chance de se infectar pelo HIV do que a população geral) (Arnold *et al.*, 2013; Belouqui, 2008; Centers for disease control and prevention - CDC, 2010), os heterossexuais que têm relações sexuais anais tendem a usar com menos frequência o preservativo neste tipo de relação do que nas relações vaginais, o que pode contribuir ainda mais para a expansão da epidemia nessa população (Aral *et al.*, 2005; Leichter *et al.*, 2007; Satterwhite *et al.*, 2007).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra mostraram um aumento significativo no relato de prática de sexo anal entre heterossexuais, atribuindo a essa relação o aumento da incidência de infecção nessa população (Aral *et al.*, 2005; Leichter *et al.*, 2007; Satterwhite *et al.*, 2007).

De acordo com Baggaley, White e Boily (2010), o risco de contaminação por um único ato sexual anal receptivo desprotegido é de 1,4%, não havendo variação conforme a orientação sexual (homossexual ou heterossexual) (Halperin *et al.*, 2002).

Fatores como o nível de carga viral e a fase da doença em que o indivíduo se encontra alteram a probabilidade do risco de transmissão. Enquanto na fase assintomática o risco de transmissão é de aproximadamente 1,5 por ato sexual, na fase sintomática o risco pode subir para 18,5 por ato (Baggaley, White, Boily, 2010; Desquilbet *et al.*, 2002).

O uso de antirretrovirais pode diminuir em até 90% o risco de transmissão. Estudos com parceiros sorodiscordantes heterossexuais mostraram que os parceiros que usavam antirretrovirais tiveram um risco menor de contaminação em comparação com

aqueles que não foram submetidos ao tratamento antirretroviral (TARV) (Bezemer *et al.*, 2008; Grant *et al.*, 2010).

Entretanto, vale ressaltar que a redução no risco de transmissão depende de muitos fatores, como o nível de carga viral, adesão aos antirretrovirais e ausência de outras DSTs. Além disso, apesar de a quantidade do vírus diminuir em indivíduos submetidos ao tratamento antirretroviral, os vírus não desaparecem totalmente. A incidência de contaminação entre sorodiscordantes em tratamento antirretroviral é alta, principalmente entre aqueles que praticam sexo anal.

Apesar dos benefícios com o uso de antiretrovirais, o uso do preservativo em todos os atos sexuais ainda é a melhor forma para se evitar a transmissão do vírus. O uso correto em todas as relações sexuais apresenta efetividade estimada de 99% na prevenção das DSTs/HIV (Brasil, 2010).

A efetividade do uso consistente do preservativo foi mostrada em um estudo longitudinal com casais heterossexuais sorodiscordantes. Nesse estudo, nenhum dos parceiros sorodiscordantes que relataram ter usado preservativo em todos os atos sexuais contrairam o HIV; entre os casais que relataram uso inconsistente do preservativo quase 5% dos parceiros foram infectados em um período de vinte meses (De Vincenzi, 1994).

Outras medidas, como usar lubrificante (diminuindo os microferimentos), baixa quantidade de vírus no portador, tomar os medicamentos antirretrovirais corretamente e circuncisão masculina (devido à facilidade na higienização e menor acúmulo de fluídos) diminuem a probabilidade de transmissão da doença (Eyer-Silva, 2003; Harbertson *et al.*, 2013). Também se preconiza que antes de fazer sexo oral não se deve usar fio dental devido ao risco de pequenos ferimentos na gengiva produzidos pelo seu uso (Brasil, 2010).

1.3. HISTÓRIA E EPIDEMIOLOGIA

Os primeiros casos de AIDS ocorreram na década de setenta, sendo diagnosticados nos EUA em 1977 e no Haiti e África Central em 1978. No Brasil, o primeiro caso ocorreu em 1980 no estado de São Paulo (Graw, 2001; Szwarcwald *et al.*, 2000).

A AIDS foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de números elevados de homossexuais moradores de São Francisco e de Nova York que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, e comprometimento do sistema imune (Graw, 2001).

Primeiramente, detectou-se o vírus HIV, sobretudo em homossexuais e bissexuais masculinos, em pessoas que necessitavam de transfusão sanguínea, como os hemofílicos, e, subsequentemente, em usuários de drogas injetáveis, criando os “grupos de risco” (Barbosa Junior *et al.*, 2009; Szwarcwald *et al.*, 2000). A ideia de um grupo de risco fez com que, inicialmente, pouca atenção fosse dada à característica central da doença (doença sexualmente transmissível - DST), contribuindo para que a incidência do HIV crescesse entre os heterossexuais.

O aumento da transmissão por contato heterossexual é observado pelo crescente número de casos em mulheres, uma das principais características atuais da doença no Brasil (Brasil, 2010/2012a). Nos últimos anos no país, vêm ocorrendo importantes mudanças no perfil epidemiológico da AIDS. A epidemia que, em sua primeira fase (1980 a 1986), caracterizava-se preponderantemente por homens homo e bissexuais, de escolaridade elevada, seguiu para uma segunda fase (1987 a 1991), marcada pela transmissão sanguínea, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), iniciando um processo simultâneo de **pauperização** (aumento entre pessoas com baixa renda e com pouca escolaridade) e **interiorização** da epidemia (aumento nas cidades do interior) (Grangeiro, Escuder, Castilho, 2010; Neto *et al.*, 2010).

De 1992 até os dias atuais, além da pauperização e da interiorização, a epidemia tem sido caracterizada pela **heterossexualização** (aumento entre os heterossexuais, que são a maioria) e **feminização** (aumento entre mulheres), principalmente entre as casadas ou em união estável (Antonio, Bahamandes, Cupertino, 2000; Brasil, 2010; Rocha, 2003).

Entre 1994 e 1998, enquanto o número de casos de AIDS na população masculina cresceu 10,2%, na feminina, o crescimento foi de 75,3%. Nesse período, os casos por exposição homo/bissexuais aumentaram 8,6%, enquanto os casos por exposição heterossexual cresceram 113% (Brasil, 2005; Varella, 2006). Nota-se que, ao longo dos anos, ocorreu diminuição progressiva da relação homem:mulher (Grangeiro, Escuder, Castilho, 2010; Santos *et al.*, 2002). Em 1986, a taxa de incidência era de 17

homens por mulher e, atualmente, é de 1,7 homens para cada mulher infectada (Brasil, 2013).

Na faixa etária de 13 anos de idade ou mais, do total de 16.464 casos de AIDS no sexo masculino notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN) no ano de 2012, 32% foram em homossexuais, 9,4% em bissexuais, 52,7% em heterossexuais, 5,2% em usuários de drogas injetáveis, 0,7% ocorreram por transmissão vertical e 18,3% por transmissão ignorada.

No sexo feminino, do total de 8.622 casos notificados no SINAN no ano de 2012, 96,6% foram em heterossexuais, 2,5% em UDI, 0,7% ocorreram por transmissão vertical, 0,8% por transfusão e 8,8% por transmissão ignorada. Em ambos os sexos, nos últimos 10 anos, observa-se uma diminuição na proporção de casos de AIDS em UDI de quase 65% em homens e de 48% em mulheres (Brasil, 2013).

Na população jovem, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendência de aumento. Estudos com conscritos do exército brasileiro e com parturientes apontam esse aumento. Pesquisas realizadas em Conscritos do Exército Brasileiro, de 17 a 21 anos de idade, mostram que a prevalência de infecção pelo HIV passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais significativo ocorreu na população de HSH jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007 (Brasil, 2012). Estudos sentinela em parturientes apontam que a prevalência de infecção pelo HIV em parturientes com menos de 24 anos apresentou aumento de 0,26% em 2006 para 0,31% em 2010.

Também foram observadas diferenças em função da idade. Em ambos os sexos, atualmente, as maiores taxas de incidência encontraram-se na faixa etária de 30 a 49 anos. De 2002 a 2012, observou-se um aumento da taxa de incidência de casos de AIDS nas faixas etárias de 15 a 24 anos e em pessoas com 50 anos ou mais. Em 2009, a taxa de incidência de AIDS em mulheres acima de cinquenta anos aumentou mais de duas vezes em relação a 1999 (5,7 para 12,3, por 100 mil habitantes). Nos homens dessa faixa etária, o aumento foi de 13,9 casos para 20,8, por 100 mil habitantes em 2009 (Brasil, 2010). Essa diferença em relação à idade pode estar associada a mudanças de parceiros sexuais. Isso pode ser observado em pesquisa sobre papiloma vírus humano (HPV), uma doença sexualmente transmissível que vem preocupando os órgãos públicos. A presença da doença tem sido destacada em idades distintas: início da vida

sexual, e depois, em pessoas mais velhas, entre 30 e 40 anos, quando mudam de parceiro sexual.

Com relação à escolaridade, em 2011, 14,1% do total de indivíduos notificados no SINAN tinham até a quarta série do ensino fundamental, completa ou incompleta; 27,1%, entre a quinta e a oitava série do ensino fundamental, completa ou incompleta; 21,2%, ensino médio, completo ou incompleto; 9,2%, ensino superior, completo ou incompleto; 2,4% eram analfabetos; e em 26,1% dos casos o dado era desconhecido. Em 2011 observa-se que no sexo feminino a proporção de casos de AIDS em analfabetas e entre as que têm ensino fundamental, completo ou incompleto, é maior do que no sexo masculino. No sexo masculino, a proporção de casos de AIDS com ensino médio completo, e com ensino superior, completo ou incompleto, é maior do que no sexo feminino. De modo geral, houve um aumento na escolaridade nos últimos 12 anos. Em 1999, a incidência de AIDS era maior entre pessoas com menos escolaridade (até quatro anos de estudo). Atualmente, os indivíduos com HIV têm entre oito e 11 anos de estudo. As mulheres com AIDS têm nível de escolaridade menor do que os homens. A maioria dos homens tem entre oito e 11 anos de estudo, enquanto as mulheres têm entre quatro e sete anos de estudo (Brasil, 2012a).

Quanto à forma de transmissão entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Entre as mulheres, 83,1% dos casos registrados em 2010 decorreram de relações heterossexuais. Entre os homens, 42,4% das infecções ocorreram por relações heterossexuais, 22% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (Barbosa Junior *et al.*, 2009; Brasil, 2012a).

Dados nacionais indicam um aumento de cerca de 2% na taxa de incidência de casos de AIDS nos últimos 10 anos no Brasil como um todo, mas com algumas diferenças regionais. No período de 2003 a 2012, dentre as cinco regiões do país, observa-se uma diminuição de 18,6% na taxa de incidência na Região Sudeste, de 0,3% na Região Sul, enquanto nas demais regiões observam-se um aumento de 92,7% na Região Norte, 62,6% na Nordeste e 6% na Região Centro-Oeste.

Em linhas gerais, no Brasil, atualmente, existem algumas tendências que caracterizam a epidemia da AIDS, como o aumento do número de casos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e diminuição nas regiões Sul e Sudeste; diminuição da relação homem:mulher nos casos de AIDS; aumento do número de casos em pessoas

com 15 a 24 anos e com cinquenta anos ou mais em ambos os sexos; aumento do número de casos em heterossexuais masculinos, diminuição em homossexuais e estabilização em bissexuais. A via sexual continua sendo o principal meio de transmissão do vírus HIV em ambos os sexos (Brasil, 2012a; Brasil, 2013; Grangeiro, Escuder, Castilho, 2010; Silva *et al.*, 2010).

O quadro, a seguir, mostra as mudanças no perfil epidemiológico da AIDS e a epidemiologia atual no país.

Quadro 1 - Mudanças no perfil epidemiológico da AIDS e a epidemiologia atual no país

<p style="text-align: center;">Mudança no perfil epidemiológico da AIDS no Brasil</p> <p>1980-1986: homens homo e bissexuais de escolaridade elevada.</p> <p>1987-1991: usuários de drogas injetáveis – início do processo de pauperização e interiorização.</p> <p>1992 até dias atuais: heterossexualização e feminilização.</p>
<p style="text-align: center;">Cenário epidemiológico da AIDS no Brasil – 2013</p> <p>- Estimativa de infectados: 686.478 (445.197 (64,5%) homens e 241.223 (35,1%) mulheres).</p> <p>- Prevalência na população entre 15 e 49 anos: 0,61 (0,41 para o sexo feminino e 0,82 para o masculino) mantendo-se estável desde 2004.</p> <p>- Notificação de casos da doença em 2012: 39.185</p> <p>- Taxa de incidência da AIDS (por 100.000 habitantes): 17,9 mantendo-se estável nos últimos 12 anos.</p> <p>- Coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100.000 habitantes): 5,5</p> <p>- Número de mortes em 2011: 11.965.</p>
<p style="text-align: center;">Característica atual da epidemia</p> <p>- Diminuição progressiva da relação homem:mulher : 1,7 homem para cada mulher.</p> <p>- Faixa etária de maior incidência, em ambos os sexos: 30 a 49 anos de idade.</p> <p>- Diminuição na Região Sul e Sudeste, aumento nas demais regiões.</p> <p>- Aumento do número de casos em heterossexuais.</p>

De acordo com os dados do relatório epidemiológico de 2013, estima-se que, no mundo, aproximadamente 35,3 milhões de pessoas estejam vivendo com o vírus HIV (UNAIDS, 2013), o que equivale a 0,8% dos adultos com idade entre 15 e 49 anos. A África Subsaariana ainda é a região mais afetada pela doença, concentrando quase 70% das contaminações. Lá, um em cada vinte adultos (4,7%) vive com HIV. Depois da África Subsaariana, as regiões mais afetadas são o Caribe, a Europa Oriental e a Ásia Central, onde 1% dos adultos está vivendo com HIV.

A Figura 1, a seguir, apresenta as prevalências do HIV no mundo.

Figura 1 - Estimativa de pessoas com HIV/AIDS em 2012 no mundo, segundo o relatório da UNAIDS (2013)

Apesar do alto número de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, nos últimos dez anos (de 2001 a 2011) houve uma diminuição no número de infecções em adultos e crianças. Em 2011, o número de infecções foi 20% menor do que em 2001 (700.000 novas infecções a menos). Nos últimos dez anos, em 25 países de baixa e média renda houve reduções superiores a 70% na taxa de infecção pelo HIV. As maiores quedas ocorreram no Malawi, Botswana, Namíbia, Zâmbia e no Zimbábue (UNAIDS, 2012a).

Desde o início da epidemia, vinte milhões de pessoas morreram em decorrência da AIDS (UNAIDS, 2012b). Apenas em 2012, 1,6 milhões de pessoas morrem em decorrência da AIDS. De acordo com o último relatório divulgado pela ONU, em 2011 houve uma queda de 24% no número de mortes causadas pela AIDS no mundo, em comparação com os dados divulgados em 2005 (UNAIDS, 2012b). As maiores reduções ocorreram na África Subsaariana (32%), no Caribe (48%) e na Oceania (41%) e reduções menores ocorreram na América Latina e do Sul (10%), na Ásia (4%), na Europa Central e Oriental e na América do Norte (1%). Na Europa ocidental, na Ásia Central (21%) e na África do Norte e do meio Oeste (17%) houve um aumento da mortalidade.

O declínio da transmissão está relacionado a programas educativos, maior acesso ao preservativo, circuncisão masculina, programas voltados a profissionais do sexo e a homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e acesso aos antirretrovirais. Programas de mudança de comportamento procuram promover um comportamento sexual individual mais seguro, bem como mudanças nas normas sociais que gerem comportamentos sexuais mais saudáveis. A mudança de comportamento envolve conhecimento, motivação e escolhas que são influenciadas por normas sociais. As mudanças no comportamento sexual têm sido avaliadas pela 1) redução no número de parceiros; 2) início mais tardio da relação sexual e 3) aumento do uso correto e consistente do preservativo.

No Brasil, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2013, de acordo com o último Boletim Epidemiológico, foram notificados ao SINAN, declarados no Sistema de informações de mortalidade (SIM) e registrados no sistema de controle de exames laboratoriais da rede nacional de contagem de linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral (SISCEL) e no Sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM), 686.478 casos de AIDS (Brasil, 2013), sendo 445.197 (64,9%) em homens e 241.223 (35,1%) em mulheres.

A epidemia no Brasil está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade, como os usuários de drogas injetáveis, pessoas que praticam sexo anal, sexo em troca, que têm múltiplos parceiros e com transtornos psiquiátricos graves, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas com a população geral. Estimam-se taxas de 0,8% entre pessoas com transtornos mentais graves (esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, depressão, transtorno bipolar, uso de substâncias psicoativas e ansiedade) (Guimarães *et al.*, 2009), 5,9% entre usuários de drogas injetáveis (Bastos, 2009; Brasil, 2010), de 10,5% entre homens que fazem sexo com outros homens (Brasil, 2010; Kerr, 2009) e de 4,9% entre profissionais do sexo (Brasil, 2010; Szwarcwald, 2009).

De 1980 a 2010, 241.469 pessoas morreram em decorrência da AIDS. Somente em 2011 foram 11.965 mortes. A taxa de mortalidade no país é de 5,5 por 100 mil pessoas (Brasil, 2012a; Brasil, 2013; Reis, Santos, Cruz, 2007).

A diminuição da mortalidade se deve ao acesso gratuito aos antirretrovirais que proporcionam a supressão sustentada da carga viral e a reconstituição imunológica, diminuindo a morbidade e a mortalidade e, como consequência, o aumento da expectativa de vida dos indivíduos infectados pelo HIV (Barbaro, Barbarini, 2006; Brasil, 2012a; Dourado *et al.*, 2006).

1.4. COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO

Considera-se comportamento sexual de risco a prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e ter múltiplos parceiros sexuais. Os intercursos anais e vaginais sem preservativo são as práticas sexuais mais associadas à contaminação pelo HIV quando um dos parceiros está infectado (De Vincenzi, 1994; Kingsley *et al.*, 1987; Nicolosi *et al.*, 1994).

Para analisar o comportamento sexual de risco, as pesquisas baseiam-se na investigação do uso de preservativo, no número de atos anais e vaginais praticados, no número de parceiros, no tipo de relacionamento, no vínculo com o parceiro e no *status* sorológico do parceiro (Crepaz *et al.*, 2009; Kaufman *et al.*, 2014; Nduna, Jewkes, Dunkle, Shai & Colman, 2010). O uso de preservativo, geralmente, é dividido em uso

consistente (uso de preservativo em todas as relações sexuais nos últimos três, seis ou 12 meses) e uso inconsistente (nunca usar preservativo ou usar às vezes).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010) e pesquisas epidemiológicas nacionais e internacionais, considera-se ter tido múltiplos parceiros aqueles que relatam ter tido dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses (Berquó 2000; Berquó, Barbosa & Lima, 2008; Brasil, 2011; Crepaz *et al.*, 2009; Kaufman *et al.*, 2014; Nduna, Jewkes, Dunkle, Shai & Colman, 2010). Também considera-se múltiplos parceiros, aqueles que relatam ter tido mais de 10 parceiros sexuais na vida (Berquó 2000; Berquó, Barbosa & Lima, 2008; Brasil, 2011). Estudos com pessoas infectadas pelo HIV também seguem esses critérios, entretanto muitos estudos avaliam o comportamento sexual nos últimos 6 e 3 meses, considerando múltiplos parceiros aqueles que tiveram dois ou mais parceiros nesse período (Jin *et al.*, 2010; Remien *et al.*, 2005). O viés de lembrança justifica a avaliação em um período anterior a um ano.

Outra maneira de se avaliar o comportamento sexual de risco é a situação conjugal e o fato de residir ou não com o parceiro. Os indivíduos solteiros e/ou que não residem com o parceiro parecem ter mais chance de usar preservativo em comparação àqueles com parceiros fixos ou casados. Em contrapartida, eles têm mais parceiros sexuais, podendo implicar em uma situação de maior risco em comparação àqueles que tem apenas um parceiro. Encontros casuais frequentes podem aumentar a probabilidade de praticar sexo com um portador do HIV, especialmente em comunidades com prevalência mais elevada.

A prática de sexo oral não tem sido avaliada como um comportamento central para a avaliação de risco, já que os riscos são pequenos. Entretanto, o sexo oral é associado à transmissão de outras DSTs, aumentando assim o risco de contaminação pelo HIV. Desse modo, o sexo oral pode favorecer a contaminação secundária pelo HIV (Bouscarat, 2005).

1.5. USO DE PRESERVATIVO

Levantamentos epidemiológicos representativos da população brasileira mostram que menos de 40% dos indivíduos faz uso consistente do preservativo. Esses números variam de acordo com o sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, região

do país em que se vive, tipo de relacionamento com o parceiro (estáveis ou eventuais), tipo de relação sexual (anal ou vaginal), e tipo de parceiro sexual (homossexual, bissexual ou heterossexual) (Abdo, 2004/2006; Paiva *et al.*, 2003).

Em 2006, Abdo coordenou o Levantamento Nacional sobre a Vida Sexual dos Brasileiros, que tinha por objetivo investigar a prevalência de transtornos sexuais e a satisfação sexual dos brasileiros. Participaram do estudo três mil pessoas com idade entre 17 e 70 anos. Nesse estudo, observou-se que 43,6% das mulheres e 65,8% dos homens, adultos, não institucionalizados, praticaram sexo sem preservativo nos seis meses anteriores à entrevista (Abdo, 2006).

Em 1998, 2004, 2005 e 2008 foram realizados levantamentos nacionais importantes, coordenados por Berquó, com o objetivo de avaliar características relacionadas ao comportamento sexual de risco na população brasileira. Os estudos foram realizados pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) em parceria com o Ministério da Saúde. O primeiro (1998 e 2005 - *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS*) teve por objetivo estudar o comportamento, atitudes e práticas sexuais da população brasileira, visando à formulação de estratégias interventoras preventivas das DSTs/AIDS. Conduzido em 1998, tratava-se do primeiro inquérito populacional de abrangência nacional que produziu informações sobre a frequência de uso do preservativo e seus diferenciais sociodemográficos para a população brasileira urbana, de ambos os sexos, com idade entre 16 e 65 anos.

O segundo levantamento (2004 e 2008 - *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas*) teve por objetivo identificar representações, comportamento, atitudes e práticas sexuais da população brasileira e conhecimento sobre HIV/AIDS, com vistas a estabelecer estratégias de intervenções preventivas das DSTs e HIV.

De acordo com os levantamentos realizados em 1998 e 2005 (*Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS*) com 8364 homens e mulheres de 16 a 65 anos de idade, domiciliados em áreas urbanas, entre 1998 (3.324 indivíduos entrevistados) e 2005 (5.040 indivíduos) o uso de preservativo foi associado ao sexo masculino, ter parceiro casual, não residir com o parceiro, estado civil solteiro, idade inferior a 24 anos, ter mais de oito anos de estudo e com mais renda.

Entre 1998 e 2005 houve aumento do uso de preservativo nos 12 meses anteriores à entrevista. Em 1998, 24% dos indivíduos sexualmente ativos usaram

preservativo nos 12 meses anteriores à entrevista. Em 2005, a taxa de uso de preservativo foi de 28,1% (Bastos *et al.*, 2008).

Para as pessoas com parceria estável nos 12 meses anteriores à entrevista, a proporção de uso do preservativo aumentou de 19,1% para 33,1%. Entre pessoas somente com parcerias eventuais, entre 1998 e 2005, embora não tenha sido significativo, houve um aumento de 63,5% para 78,6% no uso do preservativo nos 12 meses anteriores à entrevista (Berquó, 2000; Berquó, Barbosa e Lima, 2008).

Em 2005, o uso de preservativo foi mais frequente entre jovens de 16 a 24 anos (31,9%), principalmente com parcerias eventuais, declinando com a idade. Indivíduos com escolaridade até o ensino fundamental usaram menos o preservativo (26,2%) do que aqueles com maior escolaridade (mais de 40%). Os solteiros usaram mais preservativos (70,3%) do que os casados. O uso consistente do preservativo foi mais frequente entre os solteiros, tanto para os homens quanto para as mulheres. Os homens usaram preservativo com mais frequência com parcerias eventuais. O uso consistente do preservativo foi mais frequente entre pessoas entre 16 e 24 anos, mas grande parte das mulheres (24%) com idade entre 25 a 34 anos também relataram usar preservativo. Houve um aumento de 36% no uso de preservativo entre as mulheres com idade entre 25 e 34 anos de 1998 para 2005.

Para as 3.814 pessoas que praticaram apenas sexo vaginal na última relação sexual, 28,1% relataram o uso de preservativo. O uso de preservativo na última relação sexual entre aqueles que praticaram apenas sexo vaginal foi mais frequente entre os homens, entre os solteiros, entre os mais jovens, entre aqueles com maior escolaridade e entre aqueles com parceria eventual. A prática de sexo vaginal e anal na mesma relação sexual foi declarada por 122 pessoas, e, somente de sexo anal, por cinco. Quase 42% dos indivíduos que fizeram sexo vaginal e anal na mesma relação usaram preservativo em todos os atos, 4,9% usaram em apenas uma delas e 53,3% não usaram em nenhuma das práticas. As condutas diferiram quanto ao tipo de parceria, sendo que o uso de preservativo em ambas as práticas foi mais frequente (59,5%) com parceiro eventual do que com parceiro estável (32,6%).

Outro levantamento nacional importante é a *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira* (PCAP) (Brasil, 2011), realizada em 2004 e em 2008. O mais recente, realizado com oito mil indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, mostrou que o uso de preservativo na última relação sexual foi relatado por 35,1%

dos indivíduos. Nos 12 meses anteriores à entrevista, 19,4% relataram ter usado preservativo em todas as relações com parceiros fixos e, 45,7% com parceiros casuais. O uso de preservativo foi consistentemente maior entre os homens (23,7% entre as mulheres e 32,5% entre os homens). A proporção de homens que declararam uso de preservativo em todas as relações sexuais no último ano com qualquer parceiro (28,3%) foi 26% maior em comparação com as mulheres (22,5%). Mais da metade dos homens e 34,6% das mulheres relataram ter feito uso regular do preservativo com parceiro casual.

O uso de preservativo em todas as situações foi maior entre os indivíduos mais jovens (com tendência de declínio do uso com o aumento da idade) e entre os mais escolarizados. O uso de preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria foi de 55% entre os indivíduos com idade entre 15 e 24 anos, chegando a 68% quando se considera o uso na última relação com parceiro casual. Entre os jovens dessa faixa etária, o uso de preservativo no último ato sexual foi duas vezes maior entre os que declararam não viver com companheiro do que entre aqueles que viviam com o companheiro. Mais da metade dos indivíduos com parceiro fixo que não viviam com o parceiro usaram preservativo no ano anterior a entrevista e 67,5% deles usaram preservativo no último ato sexual.

Múltiplos parceiros foram relatados com maior frequência entre os homens. Enquanto 10,9% das mulheres relataram ter tido dez ou mais parceiros ao longo da vida, 40,1% dos homens relataram ter tido esse número de parceiros. Em relação ao ano anterior à entrevista, 13,2% dos homens e 4,1% das mulheres declararam ter tido mais de cinco parceiros casuais nesse período. Oitenta e nove por cento das mulheres e 84% dos homens relataram ter tido relação sexual com parceiro fixo nos últimos 12 meses. Quase 71% dos indivíduos sexualmente ativos de 15 a 64 anos que viviam sem companheiros declararam ter tido mais de um parceiro sexual na vida e 28% mais de 10 parceiros sexuais na vida, em comparação com aqueles que viviam com companheiro (59,9% e 23,5%, respectivamente). A proporção de indivíduos que não viviam com companheiro e que declararam ter tido mais de cinco parceiros casuais nos 12 meses anteriores à pesquisa (17,1%) foi quase quatro vezes maior do que a observada entre aqueles que viviam com companheiros (4,4%).

Entre os indivíduos do sexo masculino de 15 a 49 anos, em 2008, 3,1% declararam ter relações sexuais com outros homens, sendo que 1,2% tinham feito sexo tanto com homens quanto com mulheres e 1,9% tinham feito sexo apenas com homens.

A prática de sexo em troca de dinheiro foi relatada por 1,3% dos homens entre 15 e 49 e por 1,2% das mulheres dessa faixa etária nos 12 meses anteriores à entrevista. Quase 8% dos homens de 15 a 49 anos (7,7%) declararam ter pagado para ter sexo pelo menos uma vez nesse período.

Na pesquisa realizada em 2004, 24% dos indivíduos relataram ter usado preservativo nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Dentre os indivíduos que tiveram mais de um parceiro, o uso de preservativo na última relação, com qualquer parceiro, aumentou de 39,2% para 43,1%. Entretanto, comparando os resultados das PCAP de 2004 e de 2008, o uso regular do preservativo com parceiro casual diminuiu de 51,5% para 46,5% e o uso regular com parceiro fixo diminuiu de 25% para 20% de 2004 para 2008. As características relacionadas ao uso do preservativo foram as mesmas em 2004 e em 2008. O uso de preservativo foi mais frequente entre os homens, entre aqueles que tinham parceiros casuais, entre os mais escolarizados, com maior renda e entre os mais jovens (Brasil, 2008b).

O Quadro 2, a seguir, mostra a comparação entre esses quatro levantamentos e os fatores associados à prática sem preservativo.

Quadro 2 - Comparação das frequências do uso de preservativo nos últimos 12 meses e das características associadas à prática de sexo sem preservativo apresentadas na *Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS* realizada em 1998 e em 2005 e na *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas* realizada em 2004 e em 2008

	Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS (Berquó, 2000; Berquó, Barbosa e Lima, 2008)		Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP- Brasil, 2011)	
	1998	2005	2004	2008
Uso de preservativo nos últimos 12 meses	24%	28%	24%	35,1%
Uso de preservativo com parceiro estável (12 meses)	19,1%	33,1%	24,9%	20%
Uso de preservativo com parceiro casual (12 meses)	63,5%	78,6%	51,5%	46,5%
Características dos indivíduos que não usaram preservativo	- idade acima de 24 anos - escolaridade até ensino fundamental - estado civil: casado	- idade acima de 24 anos - escolaridade até ensino fundamental - estado civil: casado - sexo feminino - parceiro fixo	- idade acima de 24 anos - escolaridade até ensino fundamental - estado civil: casado - sexo feminino - baixa renda	- idade acima de 24 anos - escolaridade até ensino fundamental - viver com o parceiro - sexo feminino - parceiro fixo

Em pessoas com HIV, estudos mostram que, mesmo após o conhecimento da sorologia, uma em cada três pessoas infectadas pelo HIV continuam praticando sexo sem preservativo, independentemente da sorologia do parceiro sexual (Camoni *et al.*, 2011; Eaton *et al.*, 2009; Rosser *et al.*, 2008; Wang *et al.*, 2013).

Taxas superiores (40 a 63%) foram relatadas por Protopopescu *et al.*, (2010), Poudel *et al.*, (2009), Bouhnik *et al.*, (2007), Amirkhanian, Kelly, McAuliffe (2003), Amirkhanian *et al.*, (2011) e Wagner *et al.*, (2012). Fatores relacionados a variáveis sociodemográficas, características do parceiro, orientação sexual, presença de transtornos psiquiátricos e tempo de avaliação do comportamento sexual de risco, influenciaram a prática de sexo sem preservativo nos diferentes estudos.

As mulheres, os homossexuais e pessoas com parceiro sexual soroconcordante foram os mais vulneráveis a praticarem sexo sem preservativo nos estudos realizados por Protopopescu *et al.*, (2010), Poudel *et al.*, (2009), Bouhnik *et al.*, (2007). Já nos estudos realizados por Amirkhanian, Kelly, McAuliffe (2003) e Amirkhanian *et al.*, (2011), não ter conhecimento da sorologia do parceiro ou ter parceiros sorodiscordantes foi associado à prática de, ao menos um ato sexual (anal e/ou vaginal) sem preservativo, nos quatro meses anteriores à entrevista, entre heterossexuais de ambos os sexos.

Mais recentemente, Wagner *et al.* (2012) mostraram que ter diagnóstico de depressão afetou negativamente o uso consistente de preservativo em 62% dos 602 indivíduos com HIV.

No Brasil foram encontrados apenas dois estudos que mencionam a taxa de sexo sem preservativo em pessoas com HIV. Um estudo foi realizado apenas com homens (n=577) residentes em quatro cidades do Rio de Janeiro e duas em Minas Gerais. Os autores mostraram que 30,2% relataram ter praticado sexo vaginal sem preservativo no ano anterior à entrevista, 25,1% relataram ter praticado sexo anal insertivo e 23,7% sexo anal receptivo sem preservativo. Não é apresentada uma taxa geral da prática de sexo sem preservativo independente do ato sexual realizado. Uso de drogas ilícitas, número de parceiras, relação conjugal estável e diagnóstico de DSTs foram associados à prática de sexo sem preservativo (Guimarães *et al.*, 2008).

O outro estudo foi realizado por Scanavino (2007) com o objetivo de investigar os comportamentos afetivo-sexuais em pessoas com AIDS referida que participaram da pesquisa *Estudo da Vida Sexual dos Brasileiros* (2002/2003) (Abdo, 2004). Dos 7103 indivíduos entrevistados, 5519 responderam à questão sobre a AIDS e 75 refeririam ter HIV/AIDS. O autor comparou os resultados dos indivíduos com AIDS referida com aqueles sem AIDS referida. Nesse estudo, 50,7% (n=36) dos indivíduos com AIDS relataram não ter usado preservativo em algum dos atos sexuais nos últimos 12 meses. Os indivíduos com AIDS referida apresentaram 25,3% menos chance de usar

preservativo em algum ato sexual no ano anterior à entrevista em comparação com aqueles sem AIDS referida.

1.6. FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO (SEXO SEM PRESERVATIVO E MÚLTIPLOS PARCEIROS)

Muitos fatores têm sido apontados como importantes preditores de vulnerabilidade para a infecção do HIV, por estarem associados a prática de sexo sem preservativo e múltiplos parceiros sexuais. Entre eles estão às características demográficas como sexo, estado civil (ser casado), escolaridade (menor que oito anos), baixa renda, idade, ter tido alguma DST, ter tido mais de seis parceiros sexuais na vida, e presença de transtornos psiquiátricos, como os psicóticos, do humor, de ansiedade e relacionados ao uso de substâncias psicoativas (uso, abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas, incluindo sua utilização antes ou durante o sexo) (Elford, Hart, 2005; Harbertson *et al.*, 2013; Yi, Sandfort, Shidlo, 2010). Além desses, em pessoas com HIV, alguns fatores específicos dessa população, como o uso de antirretrovirais, carga viral indetectável, CD4 acima de 350 cels/mm³, falta de percepção da gravidade da doença por ausência de sintomas, e *status* sorológico do parceiro também tem sido associado aos comportamentos sexuais de risco (Coleman, Ball, 2007).

Um estudo de meta-análise mostrou que a prática de sexo sem preservativo em pessoas com HIV estava relacionada à falta de percepção das normas sociais, falta de apoio social, da família, dos amigos e dos parceiros, expectativa de resultado sexual desejável, ser impulsivo e sexualmente impulsivo, não ser assertivo, apresentar níveis de estresse elevado e sintomas de ansiedade e depressão (Crepaz, Marks, 2002).

A prática de sexo sem preservativo em pessoas com HIV aumenta o risco de transmissão da doença para outros e também de uma superinfecção com espécimes virais diferentes, além do risco de contrair outras DSTs que podem trazer complicações e acelerar a doença (Buchacz *et al.*, 2004; Dyer *et al.*, 1998; Kalichman, Di Berto, Eaton, 2008).

Pessoas com HIV e que praticam sexo sem preservativo com parceiros soroconcordantes têm mais risco de contrair a forma mais agressiva e resistente da doença (Jin *et al.*, 2010; Remien *et al.*, 2005). A reinfecção com outras variações do

vírus aumenta a chance de o indivíduo ficar resistente aos antirretrovirais (Smith, Richman, Little, 2005).

A seguir serão apresentadas as variáveis associadas ao comportamento sexual de risco mais estudadas.

1.6.1. Variáveis sociodemográficas

1.6.1.1. Diferenças entre homens e mulheres

O sexo é uma importante característica relacionada à prática de sexo sem preservativo e uma das principais responsáveis pelo aumento da infecção pelo HIV. Os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres e as diferenças na forma de agir frente a determinadas situações, como por exemplo, o uso do preservativo, são questões importantes quando se discute sobre práticas sexuais de risco.

Estudos mostram que as mulheres com HIV são mais vulneráveis a prática de sexo sem preservativo (Brasil, 2005; Hebling, Guimarães, 2004). Fatores como dificuldade de se impor, medo de rejeição, perder ou magoar o parceiro e dificuldade em conversar com o companheiro, baixo nível educacional, a religião, a falta de emprego, a dependência financeira do parceiro e a violência doméstica e sexual estão entre as principais razões apontadas por elas para não exigirem o uso do preservativo (Brasil, 2005/2011; Barros, Schraiber, França-Junior, 2011)

A diferença entre homens e mulheres em relação ao uso de preservativo também pode estar relacionada ao tipo de relacionamento, número de parceiros e a orientação sexual. As pessoas com parceiros casuais têm mais chance de usar preservativo do que aqueles com parceiros estáveis.

Os fatores relacionados à falta de adesão do preservativo entre os homens são: a perda de desempenho sexual no momento em que interrompe o ato para colocar o insumo, medo de perder a libido, a ideia de que a prática de sexo sem preservativo é mais prazerosa e de que a parceira é fiel e, portanto, não transmitirá doenças a eles (Abdo, 2006; Bastos, Cunha, Bertoni, 2008; Rutherford, 2008).

Maia, Guilhem e Freitas (2008) mostraram que os homens relatam não utilizar preservativo com sua companheira porque, em sua opinião, tal atitude seria

incompatível com o fato de ter uma parceria fixa (“Não vejo necessidade. Só tenho uma parceira”). Entre as mulheres, a justificativa mais frequente (24%) foi a confiança em seu companheiro (“Nós temos um relacionamento baseado no amor e na confiança”). Outros argumentos incluíram: uso de outro método contraceptivo, o fato de o companheiro não gostar de utilizar preservativo e realização prévia de exames anti-HIV, o que conferiria segurança à relação. Apesar de a maioria das pessoas terem atribuído a falta de adesão do preservativo à confiança, fidelidade e amor dos parceiros, nessa pesquisa, 17% relataram ter tido relação extraconjugal no ano anterior à entrevista.

Historicamente, o uso de preservativo esteve associado a relações extraconjugais e à prostituição, bem como a crença de que o insumo afeta o prazer sexual e resulta em desconfiança no parceiro (Amorim, Szapiro, 2008).

O uso do preservativo entre pessoas com parceiro fixo tende a ser interpretado como falta de confiança no parceiro. Geralmente, o casal opta por usá-lo apenas como contraceptivo, quando a mulher não pode fazer uso de outro método, ou seja, é usado apenas quando não se deseja engravidar. Quando a mulher exige o uso, o parceiro muitas vezes interpreta como desconfiança (Ali, Cleland, Shah, 2004).

Os homens com HIV também relataram dificuldade em usar o insumo por desconforto, perda do clima ao colocar o preservativo, vontade de compartilhar tudo com o(a) parceiro(a), crença de que o sexo desprotegido é mais emocionante, sensual e gratificante, que o preservativo atrapalha o sexo, reduz o prazer, e que a relação sem preservativo aumenta a confiança e a intimidade entre os parceiros (Bogart, Thorburn 2005; Davidovich, de Wit, Stroebe, 2004). Também notam-se algumas peculiaridades, como a crença de que não haveria risco de contaminação pelo fato de a carga viral estar baixa e por estar em tratamento antirretroviral (Bouhnik *et al.*, 2007; Camoni *et al.*, 2011).

Para as mulheres com HIV, a resistência do parceiro, incômodo, medo de perder o parceiro e desconhecimento de reinfeção eram as principais razões para a não adesão ao insumo entre elas (Galvão, Cerqueira, Marcondes-Machado, 2004).

Moura (2011) mostrou que o fato de as mulheres quererem proteger o parceiro aumentava a chance do uso de preservativo. A não adesão ao insumo foi associada ao uso de drogas antes do sexo pelo parceiro, à recusa do parceiro em usar o preservativo e à ideia de que Deus iria curá-la e, por isso, o uso seria dispensável. O autor apontou que

as desigualdades de renda e de sexo interferiram na busca de informação e na tomada de decisão para a prevenção da AIDS.

1.6.1.2. Escolaridade

Os quatro levantamentos nacionais supracitados (Berquó, 2000; Berquó, Barbosa e Lima, 2008; Brasil, 2011) e diversos outros estudos mostram que os indivíduos com menos escolaridade têm menos chance de usar preservativo (Hargreaves, Howe 2010; Toledo *et al.*, 2010). Em pessoas com HIV, a escolaridade também influencia na adesão ao insumo (Bertoni *et al.*, 2010; De Walque, 2007; Protopopescu *et al.*, 2010).

Com um nível educacional menor, pode haver mais dificuldade de se compreender os riscos e em negociar o uso do preservativo, bem como em ter acesso a programas educativos e ao tratamento antirretroviral (De Walque, 2007).

1.6.2. Características relacionadas ao parceiro sexual: tipo de parceiro

O tipo de parceiro sexual é um fator que interfere na prática de sexo sem preservativo em pessoas com HIV. O uso do preservativo é mais frequente com parceiros casuais do que com parceiros fixos. A estabilidade da relação é vista como um fator de risco para a prática de sexo seguro. Residir ou não com o parceiro e o estado civil são características importantes que compõem o tipo de parceiro, assim como o número de parceiros.

Apesar dos indivíduos que têm parceiros casuais usarem mais preservativo do que aqueles com parceiro fixo, os que relataram ter parceiros casuais geralmente têm mais parceiros do que aqueles que têm apenas parceiro fixo.

Estudos empíricos mostram que sexo com múltiplos parceiros pode ser especialmente importante na transmissão do HIV. Os indivíduos com múltiplos parceiros aceleram a progressão da doença em comparação aos monogâmicos (Kalichman *et al.*, 2007a; Morris, Kretzschmar, 1997).

A orientação sexual parecer ser outra variável que interfere no comportamento sexual de risco dependendo do tipo de parceiro. Heterossexuais parecem usar mais preservativo com parceiros casuais do que os homossexuais ou os homens que fazem sexo com outros homens. O número de parceiros nos últimos três meses também parece influenciar nessa relação. Quanto mais parceiros nos últimos três meses menores são as chances de usar preservativo com parceiros casuais (Kalichman *et al.*, 2007a). Os homens que fazem sexo com outros homens são os que relatam maior número de parceiros sexuais. Estes também são os que tendem a fazer uso inconsistente do preservativo, tanto com parceiros fixos, quanto com parceiros casuais.

Um estudo francês mostrou que os HSH com HIV que relataram ter tido quatro ou mais parceiros casuais tinham mais chance de praticar sexo sem preservativo com esses parceiros, além de terem tido mais chance de não usar preservativo com o parceiro fixo (independentemente da sorologia do parceiro) (Bouhnik *et al.*, 2007).

Em contrapartida, as mulheres tendem a usar menos preservativo quando têm parceiro fixo. Em geral, a falta de adesão do insumo nas relações estáveis está relacionada ao medo de perder o parceiro e de afetar a relação (Longfield *et al.*, 2004; Moore, Oppong, 2007).

Os homens heterossexuais também tendem a aderir menos ao preservativo com parceiro fixo independentemente da sorologia do parceiro (Desquilbet *et al.*, 2002).

Ter um parceiro estável, principalmente entre os heterossexuais, tem sido associado a sexo sem preservativo. Bunnell *et al.* (2008) observaram que mais de 90% dos heterossexuais com HIV entrevistados não usaram preservativo com o parceiro fixo. Não ter conhecimento do *status* sorológico do parceiro aumentou em três vezes a chance de usar preservativo no último ato sexual.

Moatti *et al.* (2003) observaram que a prática de sexo sem preservativo ocorre de maneira semelhante entre pessoas que têm parceiro fixo e casual. Entretanto, o índice de sexo sem preservativo foi maior entre aqueles que relatam ter apenas um parceiro em comparação com quem teve mais parceiros nos últimos seis meses. Além disso, aqueles que não contavam sobre sua sorologia ao parceiro tinham mais chance de praticar sexo sem preservativo do que aqueles que relataram sua sorologia.

1.6.3. Tratamento antirretroviral

As pessoas em tratamento antirretroviral, que estão com o CD4 acima de 350 cels/mm³ e que estão com a carga viral indetectável parecem ser mais propensas a praticar sexo sem preservativo do que aquelas que não estão em tratamento, ou ainda que apresentam algum sintoma relacionado à AIDS (Crepaz *et al.*, 2006).

Um estudo comparando a prática de sexo sem preservativo entre homens jovens que viviam com HIV antes (1994-1996) e depois do advento da terapia antirretroviral de alta potência (“coquetel”) (1999 a 2000) mostrou que durante esta última, houve um aumento de sexo desprotegido. Antes do coquetel, 62% relataram sexo com preservativo em contraste com 25% após a chegada do tratamento (Rice, Batterham, Rotheram-Borus, 2006). A qualidade de vida proporcionada pelos antirretrovirais tem melhorado a vida sexual das pessoas que vivem com HIV, mas por outro lado tem aumentado o risco de se praticar sexo sem preservativo (Kennedy *et al.*, 2007).

A presença dos sintomas da doença aumenta a probabilidade dos indivíduos perceberem o risco de transmissão e aderirem ao uso de preservativo tanto com parceiros sorodiscordantes quanto com parceiros soroconcordantes (Desquilbet *et al.*, 2002).

1.6.4. Consumo de álcool e outras drogas

Estudos têm mostrado que indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas têm mais chance de praticar sexo sem preservativo (Hart, Heimberg, 2005; Yi, Sandfort, Shidlo, 2010) e de ter múltiplos parceiros (Parsons, Grov, Golub, 2012; Safren *et al.*, 2010) do que aqueles que não fazem uso de substâncias. Homens e mulheres, quando estão sob efeito de álcool ou droga, ficam mais vulneráveis a praticarem sexo sem preservativo, tanto com parceiros fixos quanto com parceiros casuais, inclusive com profissionais do sexo (Madhivanan *et al.*, 2005; Sam *et al.*, 2006). A intoxicação pelo álcool e outras drogas diminui a capacidade de discernir os riscos associados à infecção pelo HIV, dificulta a negociação e, consequentemente, o uso do preservativo, facilitando a disseminação do vírus HIV e de outras DSTs (Kalichman *et al.*, 2007a; Maisto *et al.*, 2004; Stoner *et al.*, 2007). As drogas mais comuns relacionadas à prática

de sexo sem preservativo e a múltiplos parceiros são o álcool, a maconha e os estimulantes, como cocaína, ecstasy e anfetaminas.

Weiser *et al.* (2006) observaram que os homens que fizeram uso pesado de álcool, o equivalente a 21 doses ou mais por semana, tiveram quase quatro vezes mais chance de fazer sexo sem preservativo, de ter múltiplos parceiros e de pagar para fazer sexo. As mulheres que fizeram uso pesado de álcool, o equivalente a 14 doses ou mais por semana, tiveram quase nove vezes mais chance de fazer sexo sem preservativo, de ter múltiplos parceiros e de receber dinheiro em troca de sexo.

As profissionais do sexo que fazem uso de álcool e/ou outras drogas também apresentaram mais chance de não usar preservativo nos atos sexuais com seus clientes (Msuya *et al.*, 2006).

Tanto o beber pesado quanto o beber moderado antes do ato sexual têm sido associados à prática de sexo sem preservativo com parceiro fixo e casual, embora o beber pesado aumente ainda mais o risco de fazer sexo sem preservativo com parceiros casuais, independente da sorologia do parceiro (Silveira *et al.*, 2007; Kalichman *et al.*, 2007a; Malow *et al.*, 2006).

Homens que fazem sexo com outros homens, usuários de múltiplas drogas e adultos jovens são os mais vulneráveis a consumir álcool e/ou drogas antes do sexo (Barta, Tennen, Kiene, 2010; Clatts, Goldsamt, Yi, 2005; Fendrich *et al.*, 2010; Mustanski, 2008).

Um levantamento em 25 cidades americanas, realizado com mais de dez mil pessoas com 18 anos, mostrou que 32% dos jovens faziam uso de drogas antes do sexo (Sanchez *et al.*, 2006).

No Brasil, estudos epidemiológicos mostraram que quase 10% dos indivíduos com mais de 18 anos relataram não ter usado preservativo por estar sob efeito de álcool (Bastos, Cunha, Bertoni, 2008; Berquó, Babosa, Lima, 2008).

Entre HSH, Parsons *et al.* (2013) observaram que 87,2% daqueles que faziam uso de drogas não usaram preservativo nos últimos três meses. O uso de drogas aumentou em 4,3 vezes a chance de não usar preservativo no sexo anal. As drogas mais utilizadas nessa população foram cocaína, ecstasy, meta-anfetamina e ketamina.

Os tipos de drogas, padrões de consumo e contextos sociais e sexuais em que o uso delas ocorre estão fortemente associados aos comportamentos sexuais de risco. As altas taxas de consumo de álcool e drogas antes do sexo entre jovens e entre HSH têm

sido associadas a locais recreativos como casas noturnas, bares, boates, danceterias e clubes onde o uso de drogas (principalmente o álcool, anfetaminas, cocaína, e ecstasy) é mais frequente (Irwin *et al.*, 2006; Patterson *et al.*, 2005; Reback, Kamien, Amass, 2007).

Em pessoas com HIV/AIDS, o consumo de álcool e outras drogas também tem sido um fator de risco para a prática de sexo sem preservativo, e para aumentar o número de parceiros, tanto em homens quanto em mulheres (Stein *et al.*, 2005, Shuper *et al.*, 2010).

Estudos mostram que pessoas com HIV apresentam taxas duas vezes maiores de consumo de álcool do que as encontradas na população geral (Brasil, 2009; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2009).

Guimarães *et al.* (2008), em um estudo nacional, observaram que quase 50% dos homens com HIV entrevistados relataram ter usado álcool, 39,1% relataram ter usado tabaco, e 19,8% relataram ter usado drogas ilícitas nos 12 meses anteriores à entrevista. As taxas de consumo de álcool e tabaco foram semelhantes às encontradas na população geral, mas quanto ao uso de drogas ilícitas, os indivíduos com HIV/AIDS apresentaram taxas bem superiores. De acordo com o Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009), 49,8% da população fizeram uso de álcool, 19,2% fizeram uso de tabaco e 10,3% fizeram uso de alguma droga ilícita no último ano.

Recentemente, outro estudo nacional com 438 indivíduos com HIV em tratamento mostrou que 14,2% relataram uso de maconha e/ou cocaína no ano anterior à entrevista e 9,1% relataram ter usado maconha e/ou cocaína no último mês. Quase 30% da amostra faziam uso diário de maconha (Malbergier *et al.*, 2012).

O uso de álcool e drogas aumenta em até 6 vezes o risco de pessoas com HIV/AIDS praticarem sexo sem preservativo e de terem múltiplos parceiros (Stein *et al.*, 2005, Gerbi *et al.*, 2011).

A relação entre consumo de substâncias e prática de sexo de risco também é observada entre as mulheres com HIV. Estudo realizado com 910 mulheres vivendo com HIV mostrou que as que faziam *binge drinking* (beber mais de 4 doses em um curto espaço de tempo) tiveram duas vezes mais chance de serem sexualmente ativas do que as abstemias. O uso frequente de álcool aumentou em quase três vezes o risco de ter múltiplos parceiros e quatro vezes a chance de fazer sexo anal (Hutton *et al.*, 2013).

Um estudo de meta-análise mostrou que não apenas o consumo pesado estava associado à prática de sexo sem preservativo em pessoas com HIV, mas mesmo o baixo consumo esteve associado ao comportamento sexual de risco. O número de doses por mês foi associado ao aumento de atividade sexual entre mulheres e gay/bissexual, mas não entre heterossexuais (Shuper *et al.*, 2010). O consumo diário de álcool entre HSH e o consumo moderado entre as mulheres foram associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo, mas não entre homens que fazem sexo apenas com mulheres (Morin *et al.*, 2007). O padrão de uso *binge drinking* esteve associado com sexo sem preservativo entre mulheres, mas não entre homens (Golin *et al.*, 2009).

O consumo de álcool e drogas entre pessoas com HIV além de aumentar o comportamento sexual de risco, pode causar uma progressão mais rápida da doença e aparecimento de complicações relacionadas ao HIV mais precocemente (Conigliaro *et al.*, 2004; Strauss *et al.*, 2009).

Braithwaite *et al.* (2008) observaram que o consumo de bebidas diminuiu a expectativa de vida em mais de três anos para aqueles que faziam uso uma vez por semana e em 6,4 anos para aqueles que faziam uso diário, em comparação com aqueles que não bebiam.

Neblett *et al.* (2011) observaram que as mulheres que faziam uso de drogas ilícitas apresentaram um atraso no início da terapia antirretroviral. Beber pesado aumentou o risco de mortalidade em comparação com as abstermias, independentemente do início do tratamento antirretroviral.

As crenças relacionadas ao consumo de substâncias e à ação da droga no sistema nervoso central (SNC) explicam a relação entre consumo de droga e sexo de risco. O uso de álcool antes do ato sexual é visto como um facilitador das relações sexuais. Existe a crença de que a substância favoreceria um desempenho sexual mais desejável e que aumentaria o prazer. Um levantamento nacional mostrou que 16,7% dos indivíduos acreditavam que a bebida contribui para melhor o seu desempenho sexual (Bastos, Cunha, Bertoni, 2008). O uso de álcool também é associado à diminuição da ansiedade e da inibição, facilitando certos atos referidos como difíceis de serem realizados sem o efeito de uma bebida alcoólica (Stoner *et al.*, 2007).

Entre HSH, o uso de álcool é relatado como um facilitador para ter acesso a parceiros masculinos, iniciar uma atividade sexual e para se engajar em sexo sem preservativo quando o parceiro não aceita o uso do insumo (Harawa *et al.*, 2008).

A ação das substâncias psicoativas no sistema nervoso central (SNC) também pode facilitar a prática de sexo de risco. O efeito depressor do álcool produz uma diminuição da ansiedade e da percepção do risco. O efeito farmacológico de drogas como o ecstasy, a ketamina, a cocaína, o *crystal*, a meta-anfetamina e o *GHB* produz agitação, ansiedade e taquicardia. Essas drogas afetam neurotransmissores que causam euforia, aumentam sentimentos de intimidade e libido, e aumentam a energia. Podem causar desinibição e dificuldade no controle de impulso e favorecer o sexo de risco (Worth, Rawstorne, 2005).

Além disso, em pessoas com HIV, o uso de álcool pode ser uma forma de buscar novas sensações, bem como diminuir as inibições e a percepção de risco e minimizar a culpa ou o temor de se reinfectar ou transmitir o vírus (Stein *et al.*, 2005). O consumo de álcool e outras drogas antes do sexo parece encorajar a inserção em práticas sexuais e facilita o engajamento em situações sociais.

1.6.5. Habilidades sociais

O termo “habilidades sociais” é usado para designar um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais (Caballo, 1996; Del Prette, Del Prette, 2010). O comportamento socialmente habilidoso ou mais adequado refere-se à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões e desejos, respeitando a si próprio e aos outros, conseguindo resolver problemas de modo eficiente e diminuindo a probabilidade de problemas futuros.

As respostas do indivíduo frente a situações sociais podem ser assertivas e não-assertivas (passivas ou agressivas). Assertividade é a expressão apropriada de sentimentos e pensamentos em defesa dos próprios direitos sem prejudicar as relações futuras com os outros (Alberti, Emmons, 1978; Del Prette, Del Prette, 1999). A não-assertividade ocorre quando o indivíduo não consegue expressar seus sentimentos e pensamentos, agindo contra a própria vontade, deixando de se defender por medo de prejudicar sua relação com as outras pessoas. A falta de assertividade também inclui a agressividade, que para atingir seus objetivos, o indivíduo agride ou magoa os demais, fazendo escolhas por eles e os desvalorizando.

As habilidades sociais incluem, além da assertividade, habilidades de comunicação (fazer e responder a perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar *feedback* nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação), habilidades de civilidade (dizer por favor; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se), habilidades de enfrentamento (manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades; lidar com críticas), empatia (parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio), resolução de problemas (tomar decisões e mediar conflitos) e habilidades de expressão de sentimento positivo (fazer amizade; expressar a solidariedade e cultivar o amor) (Bandeira *et al.*, 2005; Del Prette, Del Prette, 2001; Fumo *et al.*, 2009).

A falta de habilidades sociais, dificuldades de enfrentamento e de resolução de problemas tem sido associada a prática de sexo sem preservativo (Guimarães *et al.*, 2009; Mosack *et al.*, 2009; Safren *et al.*, 2010; Treisman, Angelino, 2007).

Indivíduos com baixa autoestima, inassertividade, falta de habilidade de comunicação com o parceiro, dificuldade em lidar com críticas, dificuldade em dizer “não” frente a situações que lhes desagradam, que têm dificuldade em resolver problemas e com sentimentos de vergonha, culpa e rejeição, têm mais chance de praticar sexo sem preservativo (Benton, 2008; Boutinik *et al.*, 2007; Mosack *et al.*, 2009; Rabkin, 2008).

Intervenções baseadas em treino de habilidades sociais (THS), resolução de problemas e habilidades de enfrentamento têm sido amplamente utilizadas para reduzir comportamentos de risco como o uso de drogas e a prática de sexo sem preservativo (McCain *et al.*, 2003; Johnson *et al.*, 2008).

Pessoas assertivas têm mais chance de conseguir tomar decisões mais conscientes, percebem melhor o perigo e conseguem impor melhor seus desejos. Também conseguem recusar e dizer não frente a uma situação de risco sem temer a avaliação negativa do outro e sem medo de rejeição.

Em pessoas com HIV, o treino de habilidades sociais tem sido amplamente utilizado para reduzir comportamento de risco, como uso de droga e sexo sem preservativo, principalmente em HSH.

1.6.6. Transtornos psiquiátricos

Pessoas com transtornos psiquiátricos são mais vulneráveis à contaminação pelo HIV. A presença de algum transtorno psiquiátrico aumenta o risco dos indivíduos praticarem sexo sem preservativo e de terem múltiplos parceiros (Alvy *et al.*, 2011; De Santis *et al.*, 2008; Reisner *et al.*, 2009).

Estudos mostram que 12% a 68% dos indivíduos com transtornos psiquiátricos praticaram sexo sem preservativo no ano anterior à entrevista (Cournos, Guimarães, Wainberg, 2012; Guimarães *et al.*, 2009) e que 43% a 78% das pessoas relataram ter feito sexo sem preservativo nos últimos três meses (Campos *et al.*, 2008; Guimarães *et al.*, 2009). Levantamento realizado na Austrália constatou que 3/4 dos pacientes com algum transtorno psiquiátrico nunca usavam preservativo nas relações com parceiros fixos e/ou com parceiros casuais. Apenas 15% dos homens e 2% das mulheres usavam o insumo (Collins *et al.*, 2006).

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil mostrou que mais da metade (61,4%) dos indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, como ansiedade, depressão, problemas relacionados ao uso de substâncias e esquizofrenia tinham feito sexo nos últimos seis meses e que 85,9% não usaram preservativo nos nesse período independentemente do tipo de parceiro sexual (fixo ou casual) (Guimarães *et al.*, 2009).

Em uma amostra de HSH, os indivíduos com sintomas de ansiedade e/ou depressão tiveram 1,9 vez mais chance de fazer sexo anal sem preservativo e de ter mais parceiros sexuais em comparação com aqueles que não apresentavam sintomas de ansiedade e depressão (Safren *et al.*, 2010; Sivasubramanian *et al.*, 2011).

Gupta *et al.* (2010) mostraram que as mulheres com diagnóstico de depressão tiveram 180% mais chance de ter pouco poder de decisão no relacionamento sexual e de fazerem sexo sem preservativo. Entre os homens, ter depressão aumentou em até 2,8 vezes à chance de fazer sexo em troca de dinheiro e fazer sexo sem preservativo.

Fendrich *et al.* (2013) observaram que os HSH que tinham depressão grave tiveram 5,7 vezes mais chance de fazer sexo anal sem preservativo do que aqueles que tinham depressão moderada.

Além da depressão, Kinyanda *et al.* (2012) mostraram que os homens que praticaram sexo sem preservativo também apresentavam histórico de violência sexual, e as mulheres que praticaram sexo sem preservativo também tinham tido mais

experiências traumáticas do que as que usavam o insumo. O mesmo autor e colaboradores também observaram que entre pessoas com HIV, aqueles que tinham depressão, histórico familiar de transtornos psiquiátricos, níveis de estresse elevados e dependência de álcool tinham mais comportamento sexual de risco do que aqueles que não apresentavam essas características (Kinyanda *et al.*, 2011).

1.6.6.1. Depressão em pessoas com HIV/AIDS

A depressão é a psicopatologia mais frequente em pessoas com HIV. Um estudo longitudinal comparando pessoas com HIV e pessoas sem HIV mostrou que os indivíduos com HIV tinham mais chance de ter depressão ao longo da vida do que os não infectados (Atkinson *et al.*, 2008). Os fatores resultantes da própria doença aumentam o risco de depressão.

A prevalência de transtornos depressivos em pacientes infectados pelo HIV varia de 12% a 66% e não é diagnosticada em até 60% desses pacientes (Kagee, Martin, 2010; Reis *et al.*, 2011; Silveira *et al.*, 2012). Em um estudo recente, indivíduos com HIV tiveram seis vezes mais chance de ter depressão do que indivíduos sem HIV (Lopes *et al.*, 2011).

Kagee e Martin (2010) mostraram que 24,7% dos pacientes com HIV tinham depressão leve, 37,6% tinham depressão moderada e 17,6% tinham depressão grave. Os pacientes em tratamento antirretroviral tiveram escore significativamente menor de depressão em comparação com aqueles que não recebiam o tratamento antirretroviral, indicando menos sintomas de depressão.

Silveira *et al.* (2012) mostraram que dos 246 pacientes com HIV entrevistados, 32% apresentaram sintomas depressivos. Quatorze por cento tinham depressão moderada e 4% depressão grave. Fadiga e irritabilidade foram os sintomas mais frequentes.

Mello e Malbergier (2006) observaram que 25,8% das 120 mulheres com HIV tinham depressão no momento da entrevista, sendo mais frequente nas pacientes sintomáticas em relação às assintomáticas. Sessenta por cento das mulheres já tinham tido algum episódio de depressão na vida.

A variabilidade nas prevalências descritas pode ser atribuída a fatores como o instrumento de avaliação utilizado nos diferentes estudos, às características da população estudada, ao local de realização da pesquisa e do estágio da doença (Stumpf, Rocha, Proietti, 2006).

A maioria dos estudos que investigam depressão em pessoas com HIV buscam identificar a relação com a adesão e impacto na qualidade de vida. Alguns estudos apontam para a relação entre depressão e comportamento sexual de risco, como por exemplo, o realizado por Desquilbet *et al.* (2002). Neste estudo, observou-se que a prática de sexo sem preservativo foi mais frequente entre os pacientes com parceiros casuais, assintomáticos e que apresentavam sintomas de ansiedade e depressão.

Gore-Felton *et al.* (2003) também mostraram que, após a infecção pelo HIV, a prevalência de contaminação por outras DSTs era maior entre aqueles que apresentavam sintomas de depressão e nível de estresse elevado do que entre aqueles que não apresentavam esses sintomas.

Dificuldades cognitivas relacionadas ao problema psiquiátrico, insatisfação nas atividades cotidianas, insatisfação sexual, dificuldades no relacionamento com o parceiro sexual, sensação de falta de suporte social, falta de atenção e cuidado do parceiro sexual, ter tido poucas recompensas na vida, e ausência de modelos positivos são comuns em pessoas vivendo com HIV com depressão e que dificultam a negociação para o uso de preservativo (Chander, Himelhoch, Mooer, 2006; Fincham *et al.*, 2008; Remien *et al.*, 2003; Stein *et al.*, 2005).

1.6.6.2. Ansiedade em pessoas com HIV/AIDS

A prevalência de transtornos ansiosos ao longo da vida em indivíduos com HIV pode chegar a 40% (Adewuya *et al.*, 2007; Campos, Guimarães, Remien, 2010; Tomlinson *et al.*, 2009). Os sintomas de ansiedade geralmente estão associados a situações que envolvem sensação de ameaça, medo, escolhas ou grandes decisões acerca do futuro, ou seja, situações que coloquem o indivíduo em risco iminente. Em pessoas com HIV, as incertezas acerca da progressão da doença, seu curso clínico, temores relacionados à dor, sofrimento, alterações corporais, tratamento e morte podem gerar algum sintoma de ansiedade (Campos, Guimarães, Remien, 2010).

A ansiedade pode prejudicar a adesão aos antirretrovirais e aumentar o risco para a prática de sexo sem preservativo e de ter múltiplos parceiros. Pesquisa realizada com 4963 pacientes infectados em 102 hospitais franceses mostrou que 63% das mulheres e 39% dos homens tinham sintomas de ansiedade e 24% das mulheres e 22% dos homens tinham sintomas de depressão. Sintomas de ansiedade foram associados à não adesão em homens e mulheres (Roux *et al.*, 2009).

Recentemente, um estudo mostrou que indivíduos ansiosos tiveram quase quatro vezes mais chance de fazer sexo sem preservativo do que os sem sintomas de ansiedade (Lopes *et al.*, 2011).

Características comportamentais ligadas à impulsividade presentes em pessoas ansiosas podem aumentar a vulnerabilidade para a prática de sexo sem preservativo e para ter múltiplos parceiros.

1.7. VIDA SEXUAL DOS INDIVÍDUOS COM HIV/AIDS

Com o advento da terapia antirretroviral, as pessoas com HIV estão vivendo mais e melhor. A sensação de morte não é mais tão iminente e a reconstrução da vida e de relacionamentos amorosos têm sido mais frequentes (Amorim, Szapiro, 2008).

A sexualidade tem sido especialmente centrada quanto ao risco de transmissão do HIV pela via sexual e nos direitos reprodutivos. O grande objetivo dos estudiosos da área é investigar e proporcionar uma vida sexual satisfatória para as pessoas com HIV, apesar das diversas variáveis que podem interferir na sexualidade dessa população.

A sexualidade é um aspecto da vida bastante comprometido pelo impacto da soropositividade ao HIV e das consequências emocionais e sociais associadas a ela. O diagnóstico da infecção pelo HIV pode resultar em perda da libido e cessação ou redução da atividade sexual.

Fatores como medo de contaminar o parceiro, efeitos colaterais dos remédios, idade, sintomas de depressão, humor negativo e piora da imagem corporal em decorrência da lipodistrofia interferem na vida sexual dos indivíduos com HIV (Bouhnik *et al.*, 2007). A dificuldade em negociar o uso do preservativo e o medo de revelar o diagnóstico ao parceiro também interferem.

Após o diagnóstico, muitas pessoas preferem optar pela abstinência sexual (Lambert, Keegan, Petrak, 2005; Reis, Gir, 2010). Com o passar do tempo, algumas delas voltam à atividade sexual, outras decidem por se manterem abstinentes. Entre as mulheres, o abandono da vida sexual é mais frequente do que entre os homens. Entre os homens que fazem sexo com homens, alguns priorizam a prática de sexo oral em vez do sexo anal como medida para exercer sua sexualidade, diminuindo o risco de transmissão e reinfecção do HIV.

Após a descoberta do HIV, os casais vivenciam muitas dificuldades relacionadas à prática sexual, como o medo e o afastamento do parceiro, risco de contaminação do parceiro sorodiscordante e reinfecção e agravamento da doença com parceiros soroconcordantes (Amorim, Szapiro, 2008; Reis, Gir, 2010).

Os indivíduos têm que lidar com o estigma e preconceito associados à doença, como a ideia de que o parceiro teve uma vida sexual promíscua e práticas sexuais desviantes das regras sociais, o que, conseqüentemente, compromete a vivência da sexualidade (Reis, Gir, 2010).

As estratégias de enfrentamento para a vivência da sexualidade são a negação (acreditarem que não vão contaminar ninguém e que estão imunes a outras infecções), regras de comportamento muito rígidas, como utilizar mais de um preservativo e a abstinência sexual total (Reis, Gir, 2010).

Além disso, são frequentes as queixas de disfunção sexual em homens e mulheres com HIV, como dificuldade de ereção e de ejaculação, falta de lubrificação, anorgasmia, vaginismo, dispareunia e falta de libido (Scanavino, 2007).

A redução da libido pode ser provocada por processos orgânicos ou fatores psicossociais (Scanavino, 2007). Uma doença crônica pode inibir o desejo sexual, dependendo da adaptação psicossocial à doença. Entre portadores da infecção pelo HIV/AIDS, o enfrentamento negativo perante a vida sexual, tanto às alterações biológicas como cansaço, fadiga, diarreia, quanto emocionais, que provocam ansiedade, depressão, isolamento, tensão, estigma, medo de ser rejeitado, insegurança e apatia podem diminuir a libido (Carvalho, Galvão, 2008).

Uma das razões relacionadas às disfunções sexuais em pessoas com HIV é o uso de antirretroviral, principalmente os que contêm inibidores de protease (Asboe *et al.*, 2007; Collazos *et al.*, 2002).

Quase metade dos indivíduos com HIV relatam piora na vida sexual após o diagnóstico. Os homens tendem a se queixar mais do que as mulheres, alegando perda de libido, dificuldade de ereção e de ejaculação. Anorgasmia, falta de lubrificação, falta de libido e dor na relação são as queixas mais frequentes entre as mulheres. Polistchuck (2010) mostrou que, para as mulheres, não querer mais ter filhos, passar por desconforto ou dor física em atendimento em algum serviço, optar por se abster de sexo para não transmitir o HIV, e não se sentir à vontade para conversar sobre sexo e sexualidade com um médico foram associadas à piora na vida sexual delas. Para os homens, desemprego, não se sentir à vontade para conversar sobre sexo e sexualidade com um médico, ter tido menos de seis parceiras ao longo da vida, e uso de maconha no último mês foram associados à piora na vida sexual.

Aderir à prática de sexo seguro após o diagnóstico do HIV tem um impacto negativo no funcionamento sexual em mais da metade dos indivíduos (Reis, Gir, 2005/2010).

Scanavino (2007) mostrou que os indivíduos com HIV relatavam menos preliminares antes do sexo, dificuldade de lubrificação, e menos adesão ao preservativo do que os não infectados.

Casais constituídos antes da descoberta do HIV apresentam mais dificuldade na adesão do preservativo, principalmente quando esta não era uma prática comum entre eles. Muitas vezes, o uso do preservativo gera conflitos no relacionamento, como afastamento do casal. Sua utilização, muitas vezes, remete a prática de risco tida anteriormente por um dos parceiros, a uma desconfiança de traição ou de uma vida sexual pregressa promíscua, o que resulta em perda da libido e conflito entre o casal.

2. JUSTIFICATIVA

Os dados apresentados até agora nesta tese reforçam a idéia de que muitos indivíduos com HIV, apesar das várias dificuldades referidas, mantém vida sexual ativa. Muitos deles apresentam comportamento sexual de risco, como sexo sem preservativo e múltiplos parceiros. Conhecer os fatores associados a esses comportamentos de risco e as diferenças encontradas no perfil das pessoas que fizeram sexo sem preservativo e daquelas que tiveram múltiplos parceiros são pontos importantes para o desenvolvimento de programas de prevenção. Tais características podem servir como marcadores que auxiliam os profissionais de saúde a detectar possíveis comportamentos de risco e planejar estratégias de prevenção.

Na revisão de literatura sobre o tema comportamento sexual de risco em pessoas com HIV não foi possível encontrar estudos brasileiros que investigassem a taxa de sexo sem preservativo e a sua relação com o uso de álcool e outras drogas, sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, e falta de habilidades sociais numa amostra representativa de pessoas com HIV em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência de sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, consumo de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais na prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo em uma amostra representativa de indivíduos com HIV/AIDS em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características associadas ao comportamento sexual de risco em pessoas com HIV em tratamento na cidade de São Paulo
- b) Avaliar a influencia das características relacionadas ao parceiro sexual como o *status* sorológico, uso de substâncias psicoativas, dependência financeira, residir no mesmo domicílio e tipo de parceiro sexual nos atos sexuais anais e/ou vaginais sem preservativo e em ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista nesta amostra;
- c) Verificar a influência do uso de álcool, maconha, cocaína, crack e/ou ecstasy antes do ato sexual; histórico de prática de sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida, sexo em grupo e de contaminação por outras doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis, gonorreia, hepatites B e C, entre outras na prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e em ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV na cidade de São Paulo.

3.3. HIPÓTESES

3.3.1. Hipóteses nulas

- a) H01: sintomas de ansiedade não estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- b) H02: sintomas de depressão não estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e em ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- c) H03: níveis de estresse não estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- d) H04: repertório de habilidades sociais não está associado à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- e) H05: consumo de álcool, tabaco e outras drogas na vida, no último ano e nos trinta dias anteriores à entrevista não está associado à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- f) H06: características relacionadas ao parceiro sexual como o status sorológico do parceiro, uso de substâncias psicoativas pelo parceiro, dependência financeira do parceiro sexual, residir no mesmo domicílio do parceiro sexual e tipo de parceiro sexual não estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- g) H07: comportamentos de risco como uso de álcool, maconha, cocaína, crack e/ou ecstasy antes do ato sexual, prática de sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida, sexo em grupo e histórico de contaminação por outras doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis, gonorreia, hepatites B e C, entre outras, não estão associado à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;

3.3.2. Hipóteses alternativas

- a) H1: sintomas de ansiedade estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- b) H2: sintomas de depressão estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- c) H3: níveis de estresse estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- d) H4: repertório de habilidades sociais está associado à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- e) H5: consumo de álcool, tabaco e outras drogas na vida, no último ano e nos trinta dias anteriores à entrevista está associado à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- f) H06: características relacionadas ao parceiro sexual como o status sorológico do parceiro, uso de substâncias psicoativas pelo parceiro sexual, dependência financeira do parceiro, residir no mesmo domicílio e tipo de parceiro sexual estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;
- g) H07: comportamentos de risco como uso de álcool, maconha, cocaína, crack e/ou ecstasy antes do ato sexual, prática de sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida, sexo em grupo e histórico de contaminação por outras doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis, gonorreia, hepatites B e C, entre outras estão associados à prática de sexo anal e/ou vaginal sem preservativo e a múltiplos parceiros (dois ou mais) nos três meses anteriores à entrevista em pessoas com HIV;

4. MÉTODOS

4.1. PARTICIPANTES

Foram entrevistados indivíduos dos: Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS, Instituto de Infectologia Emilio Ribas, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP e de cinco serviços municipais de saúde especializados em DST/AIDS dentre 15 centros disponíveis na cidade, cada um representando uma região do município de São Paulo (regiões norte, sul, sudeste, leste e centro).

A quantidade de indivíduos entrevistados em cada centro foi proporcional ao número de pacientes atendidos em cada um dos serviços supracitados. Para o tamanho amostral (Tabela 1), assumiu erro de 4% e, como não havia informação prévia sobre a taxa de pacientes que fazem sexo sem preservativo dentro de cada estrato, utilizou-se o método conservador, que garante amostra suficiente para satisfazer qualquer proporção. Nele se supõe que 50% poderiam ter feito sexo sem preservativo nos três meses anteriores à entrevista. Portanto, a amostra mínima necessária com intervalo de confiança de 95% foi de 600 indivíduos (Bussab, Bolfarine, 2005).

Desse modo, o número mínimo de pessoas que deveriam ser entrevistadas em cada centro era de: 49 no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/AIDS da Divisão de Clínicas de Moléstias Infecto-Contagiosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Casa da AIDS) (foram entrevistados 79), 81 indivíduos no Instituto Emílio Ribas, 98 indivíduos no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP (CRT Santa Cruz) e 372 indivíduos nos serviços de atendimento da prefeitura da cidade de São Paulo, sendo 84 na região sudeste (foram entrevistados 98), 88 na região centro-oeste, 77 na região leste, 60 na região norte (foram entrevistados 67) e 63 na região sul (foram entrevistados 79).

Ao todo foram entrevistados 667 indivíduos (83,6% dos pacientes convidados), sendo 383 (57,4%) homens e 284 (42,6%) mulheres, portadores do vírus HIV em tratamento em oito serviços da cidade de São Paulo.

Crítérios de inclusão: para participarem da pesquisa, os pacientes tinham que ter mais de 18 anos, serem portadores do vírus HIV e estarem em seguimento ambulatorial nos serviços supracitados.

Critérios de exclusão: apresentar déficits cognitivos graves. Seriam excluídos do estudo aqueles pacientes que apresentassem escores iguais ou menores que 24 pontos no Mini Exame do Estado Mental - MEEM (Anexo A). Nenhum paciente foi excluído por apresentar tais prejuízos.

Tabela 1 - Desenho do cálculo amostral

Cálculo amostral: estimando que 50% poderiam ter comportamento sexual de risco, assumindo 4% de erro nessa estimativa, com intervalo de confiança de 95%, a amostra mínima necessária foi de 600 indivíduos			
Número de pacientes em seguimento ambulatorial			Pacientes entrevistados em cada serviço
Casa da AIDS	3.000		79 (49) ^c
Emílio Ribas	5.000		81
CRT – Santa Cruz	6.000		98
Serviços da prefeitura	22.688		372
Região sudeste	5113 ^a	AE Vila Prudente (578) ^b	98 (84) ^c
Região centro-oeste	5403 ^a	SAE Campos Elíseos (3054) ^b	88
Região leste	4707 ^a	SAE Cidade Líder II (2355) ^b	77
Região norte	3628 ^a	CR Nossa Senhora do Ó (1475) ^b	67 (60) ^c
Região sul	3837 ^a	CR Santo Amaro (1769) ^b	79 (63) ^c

^a Número de pacientes em tratamento em todos os serviços da região.

^b Serviço avaliado na região e número de pacientes em tratamento neste serviço de acordo com os dados obtidos no Boletim epidemiológico de 2009.

^c Número mínimo de pacientes que deveriam ser entrevistados em cada centro de acordo com o cálculo amostral.

4.2. LOCAIS

A pesquisa foi realizada em oito centros especializados no tratamento de DST/HIV/AIDS na cidade de São Paulo, sendo eles:

- 1) **Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/AIDS da Divisão de Clínicas de Moléstias Infecto-Contagiosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Casa da AIDS)**

Localizado na Rua Frei Caneca, 557 – Cerqueira César, funciona das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira. Realiza atendimento integral ao paciente, oferecendo serviços em infectologia, ginecologia, psiquiatria, obstetrícia, endoscopia, saúde bucal, psicologia, assistência social, nutrição e educação física. O Serviço oferece atendimento em Hospital Dia, farmácia, arquivo de prontuários e setor de registro. Também desenvolve atividades de ensino de graduação e pós-graduação (estrito e lato senso) para as áreas médicas e afins. Este centro proporciona atendimento ambulatorial a aproximadamente três mil pessoas vivendo com HIV. Foi absorvido pelo Emílio Ribas em junho de 2012. A coleta de dados foi realizada em 2010.

2) Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Localizado na Av. Dr. Arnaldo, 165 – Cerqueira César, este centro presta serviço a aproximadamente cinco mil pacientes (matriculados para seguimento ambulatorial de acordo com os dados obtidos no setor de registro do serviço). Funciona das 7h às 20h, de segunda-feira a sexta-feira, para atendimento ambulatorial e 24h no serviço de pronto socorro e farmácia. Realiza atendimento integral ao paciente, oferecendo serviços de infectologia, ginecologia, proctologia, neurologia, psiquiatria, obstetrícia, endoscopia, saúde bucal, psicologia, assistência social, nutrição, fisioterapia, entre outros serviços de medicina e saúde. Atualmente, atende mais de trinta mil pacientes por ano em seus ambulatórios, enfermarias, Hospital Dia, urgências, emergências e terapia intensiva (para todas as doenças infecto-contagiosas). Cerca de 90% dos pacientes, assistidos no Pronto Socorro, são portadores de HIV/AIDS. Também presta serviço em domicílio a pacientes com HIV/AIDS. Desenvolve também atividades de ensino de graduação e pós-graduação (estrito e lato senso) nas áreas de Infectologia, Epidemiologia e Saúde Coletiva.

3) Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP (CRT Santa Cruz)

Localizado na Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana – SP, este serviço funciona das 7h às 20h. Oferece atendimentos em várias especialidades médicas e de saúde como infectologistas, ginecologistas, pediatras, neurologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, dermatologistas, proctologistas, pneumologistas, urologistas, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de laboratório e de enfermagem. Presta assistência médico-hospitalar,

ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/AIDS. Também desenvolve e apoia pesquisa científica em seu campo de atuação, promovendo intercâmbio técnico-científico com outras instituições nacionais e internacionais. Este centro presta serviço a aproximadamente seis mil pessoas com HIV.

4) Serviços municipais de saúde especializados em DST/AIDS da cidade de São Paulo

Há quinze centros na cidade de São Paulo que oferecem tratamento ambulatorial a pacientes vivendo com HIV/AIDS, sendo três na região centro oeste, dois na zona leste, dois na região norte, cinco na região sudeste e três na região sul. Esses centros são apresentados como SAE - Serviços de Assistência Especializada, CR - Centro de Referência e AE - Ambulatórios de Especialidades.

Os **SAE - Serviços de Assistência Especializada** são serviços de saúde capacitados para atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento para pessoas com DST/HIV/AIDS, oferecendo tratamento ambulatorial e de Hospital Dia. Conta com equipe multiprofissional, incluindo médicos em mais de uma especialidade e outros profissionais da saúde como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e dentistas.

Os **CR - Centros de Referência em DST/AIDS** são serviços de maior resolutividade, estruturados como referência aos serviços de menor complexidade. Realizam os mesmos níveis de atenção de um SAE, mas têm capacidade para procedimentos diagnósticos mais complexos como endoscopia, ultrassonografia e radiologia.

Os **AE - Ambulatório de Especialidades** prestam serviços de atendimentos ambulatoriais com médicos de diversas especialidades e outros profissionais da saúde como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e dentistas.

Os 15 centros oferecem atendimento a aproximadamente 22.688 pessoas com HIV na cidade de São Paulo (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009).

Para essa pesquisa foram utilizados cinco serviços, um em cada região da cidade que ofereciam tratamento às pessoas com HIV, sendo eles:

a) Região centro-oeste: SAE DST/AIDS Campos Elíseos

Localizado na Alameda Cleveland, 374 – Campos Elíseos, este serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 19h. Este serviço presta atendimento ambulatorial a 3054 pacientes com HIV/AIDS (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009).

b) Região leste: SAE DST/AIDS Cidade Líder II

Localizado na R. Médio Iguaçu, 86 - Cidade Líder, este serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 20h. Neste serviço há 2355 pacientes em seguimento ambulatorial (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009).

c) Região norte: CR DST/AIDS Nossa Senhora do Ó

Localizado na Avenida Itaberaba, 1377 - Freguesia do Ó, este serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira das 7h às 19h. Neste serviço há 1475 pacientes em seguimento ambulatorial (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009).

d) Região sudeste: AE Vila Prudente

Localizado na Praça Centenário de Vila Prudente, 108 - Vila Prudente, este serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 19h. Neste serviço há 578 pacientes em seguimento ambulatorial (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009).

e) Região sul: CR DST/AIDS Santo Amaro

Localizado na Rua Carlos Gomes, 695 - Santo Amaro, este serviço funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 7h às 19h. Neste serviço há 1769 pacientes em seguimento ambulatorial (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2009).

A escolha dos serviços para a pesquisa se deu após uma reunião com os coordenadores de todos os serviços no Programa Municipal de DST/AIDS da cidade de São Paulo. Após a apresentação do protejo e da logística do estudo foram discutidos e definidos os centros nos quais a pesquisa poderia ocorrer. A pesquisa foi realizada em centros de atendimento que ofereciam uma infraestrutura mínima, como por exemplo, sala disponível para avaliação dos pacientes.

A seguir, a Figura 2 mostra a localização dos serviços no desenho da cidade de São Paulo.

Mapa da cidade de São Paulo com a localização dos centros de atendimento

Figura 2 – Desenho da cidade de São Paulo com a localização dos centros de atendimento

4.3. INSTRUMENTOS

Foram utilizados instrumentos para investigar sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, repertório de habilidade social, consumo de álcool, tabaco e outras drogas e comportamento sexual de risco na vida e nos três meses anteriores à pesquisa. Os instrumentos foram aplicados na ordem descrita abaixo.

- 1) **Mini Exame do Estado Mental - MEEM** (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) (Anexo A): é um teste breve, composto por 11 questões que geram um escore máximo de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, orientação temporo-espacial, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia construcional, possibilitando uma avaliação do estado mental do paciente (Tombaugh, McIntyre, 1992).

O teste inclui questões e problemas simples em algumas áreas, como a data e o local no momento da realização do teste, repetição de listas de palavras, aritmética, como a série de setes, uso e compreensão de linguagem e habilidades motoras básicas, por exemplo, em uma questão em que o paciente deve copiar um desenho de dois pentágonos. Foi utilizada a versão traduzida e validada no Brasil por Bertolucci *et al.* (1994).

Considerou-se que os indivíduos que apresentassem pontuação igual ou superior a 25 (de um total de 30) estavam com os processos cognitivos preservados. Abaixo dessa pontuação, o indivíduo pode apresentar perda cognitiva leve (21 a 24 pontos), moderada (10 a 20 pontos) ou grave (menor ou igual a nove pontos) (Tombaugh, McIntyre, 1992).

Esse instrumento foi utilizado para avaliar inicialmente o paciente, com o objetivo de excluir aqueles que apresentassem déficits cognitivos. Nenhum paciente foi excluído em decorrência do resultado desse instrumento.

- 2) **Questionário sociodemográfico** (Anexo B): instrumento desenvolvido pela pesquisadora com o objetivo de avaliar os dados sociodemográficos. Esse instrumento continha 29 perguntas que investigavam **sexo** (homem/mulher); **situação profissional** (trabalho regular, irregular, pensionista, aposentado por tempo de serviço, aposentado por invalidez, afastado por doença,

desempregado, viver de renda) (priorizou-se o vínculo empregatício formal quando havia coexistência de outros); **idade** (variável contínua categorizada em 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64, e 65 ou mais, conforme apresentado nos relatórios epidemiológicos nacionais); **escolaridade** (fundamental, médio, superior e pós-graduação), **renda** (sem renda, até 1 salário mínimo (545 reais), de 1 a 3 salários mínimos (entre 545 e 1635 reais), de 3 a 6 salários mínimos (entre 1635 e 3270 reais), acima de 6 salários mínimos (3270 reais) (valor vigente em 2011)); **estado civil** (solteiro, casado, divorciado e viúvo); **histórico de sorologia positiva para Hepatite B e/ou C** (nunca teve, tem/teve, não sabe); **forma de contaminação pelo HIV** (relação sexual, drogas injetáveis, transfusão de sangue, transmissão vertical, agulha hospitalar, acidente trabalho, não sabe); **relação com a pessoa que o contaminou** (parceiro fixo, parceiro casual, abuso sexual, não sabe); **tempo de conhecimento sobre a contaminação pelo HIV** (até 2 anos, entre 2 e 5 anos, entre 5 e 10 anos, entre 10 e 20 anos, mais de 20 anos); **tratamento antirretroviral** (sim, não); **tratamento psicológico e/ou psiquiátrico** (sim, não); **consumo de psicotrópico indicado pelo médico** (sim, não); **ter recebido transfusão de sangue** (sim, não, não sei); **cirurgia da fimose** (sim, não); **ter sido preso alguma vez na vida** (sim, não); **ter filhos** (sim, não) e **o número de filhos** (variável contínua), **violência sexual** (sim, não), **valores do CD4** (maior que 350 cels/mm³, menor que 350 cels/mm³, sem resultado) e **da carga viral** (detectável, indetectável, sem resultado), **a idade em que teve a primeira relação sexual** (antes dos 12 anos, entre 12 e 14 anos, entre 15 e 16 anos, entre 17 e 18 anos, mais de 18 anos, não sabe), **número de vezes que engravidou** (nenhuma vez, 1 vez, 2 vezes, 3 ou mais vezes), **ter sofrido aborto (espontâneo ou provocado)** (sim, não, nunca engravidou), **estar tentando ter filhos nos últimos três meses** (sim, não) e o **local em que os indivíduos foram entrevistados** (Casa da AIDS, Emílio Ribas, CRT Santa Cruz, Santo Amaro, Freguesia do Ó, Vila Prudente, Campos Elíseos, Cidade Líder).

Os dados foram analisados considerando as categorias supracitadas. Foram entrevistados cinco travestis/transsexuais. Esses foram incluídos no sexo masculino, já que não haviam feito a cirurgia para remoção do pênis.

- 3) Escala de Avaliação para Depressão de Beck (Anexo C):** composta por 21 questões que avaliam presença e intensidade de sintomas depressivos na última semana. Essa escala avalia atitudes e sintomas que refletem o estado atual do paciente, tais como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (Gorestein, Andrade, 1998). Ao final, o instrumento gera um escore que norteia a análise dos resultados. Cada questão apresenta quatro possibilidades de resposta apontando para a gravidade do sintoma (0, 1, 2 ou 3, sendo que 3 equivale à forma intensa do sintoma). O escore final pode ser classificado como: até nove pontos que indica que o indivíduo não está deprimido, de 10 a 18 que indica depressão leve, de 19 a 29 que indica depressão moderada e de 30 a 63 (escore máximo) que indica depressão grave (Cunha, 2001; Gorestein, Andrade, 1998). Foi utilizada a versão traduzida e validada no Brasil por Cunha (2001).

Os dados obtidos com esse instrumento foram resumidos por meio de uma variável categórica considerando as variáveis supracitadas (sem sintomas, depressão leve, moderada e grave).

- 4) Escala de Avaliação para Ansiedade de Beck (Anexo D):** composta por 21 questões que avaliam presença e intensidade de sintomas de ansiedade na última semana. Os sintomas englobam dormência ou formigamento no corpo, sudorese, dificuldade de relaxar, tontura, sensação de que o pior vai acontecer, aceleração cardíaca, inquietude, falta de ar, tremor no corpo, medo de perder o controle e desconforto abdominal. Os indivíduos atribuem um valor de 0 a 3 para apontar a intensidade em que sentiu o sintoma na última semana, sendo que 0 considera não ter sentido o sintoma e 3 sentiu

com intensidade máxima (difícil de suportar). As possíveis respostas são: não senti, não me incomodou muito (leve), foi desagradável mas pude suportar (moderado) e quase não suportei (severo). O instrumento gera um escore de 0 a 63 pontos, sendo que de 0 a 7 há uma indicação de grau mínimo de ansiedade, de 8 a 15, ansiedade leve, de 16 a 25, ansiedade moderada e de 26 a 63, ansiedade grave (Cunha, 2001). Foi utilizada a versão traduzida e validada no Brasil por Cunha (2001).

Os dados obtidos com esse instrumento foram resumidos por meio de uma variável categórica considerando a categorização supracitada (sem ansiedade, ansiedade leve, moderada ou grave).

- 5) Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos (Lipp, 2000) (Anexo E):** este instrumento avalia características comportamentais que possibilitam diagnosticar estresse e a fase (alerta, resistência e exaustão) em que o indivíduo se encontra. É dividido em três quadros de perguntas. Cada quadro gera um escore. O primeiro quadro é composto por 15 perguntas que avaliam os sintomas do indivíduo nas últimas 24 horas. O segundo quadro também é composto por 15 perguntas e investiga a presença dos sintomas na última semana, e o terceiro quadro é composto por 23 questões e avalia a presença de sintomas no último mês. O primeiro quadro corresponde à fase de alerta, o segundo, à fase de resistência e o terceiro, à fase de exaustão. Ao final da aplicação, o instrumento gera três escores, um para cada quadro, que, no final, corresponde a uma porcentagem indicada na folha de correção do instrumento. A maior porcentagem dos três quadros indica a fase do estresse em que o indivíduo se encontra (Lipp, 2005).

Para a análise dos dados obtidos com esse instrumento, o estresse foi categorizado de acordo com as fases, sendo: alerta, resistência, e exaustão. Nesse estudo, não houve ninguém que apresentou sintomas referentes ao nível de quase exaustão.

- 6) Escala de assertividade de Rathus (RAS – *Rathus' Assertiveness Scale*) (Rathus, 1973) (Anexo F):** o instrumento é composto por 30 questões que avaliam o comportamento assertivo em situações sociais cotidianas. Para

respondê-las, os sujeitos empregam um código que varia de -3 a +3 para caracterizar a intensidade de sua reação diante dessas situações. Os sujeitos devem optar por uma dentre seis alternativas de resposta, dispostas em uma escala que se estende de "extremamente parecido comigo" (+3), "muito parecido comigo" (+2), "pouco parecido comigo" (+1), "não se parece muito comigo" (-1), "não se parece quase nada comigo" (-2), "não se parece nada comigo" (-3) (Pasquali, Gouveia, 1990). Os escores obtidos variam de - 90 a + 90. Esses valores são categorizados em assertivo ou não assertivo. Os escores abaixo de +10 na pontuação total do instrumento indicam inassertividade, e escores acima de + 10 indicam assertividade. Foi utilizada a versão traduzida e validada no Brasil por Pasquali e Gouveia (1990).

A habilidade social também foi analisada como uma variável dicotômica sobre dificuldade em exigir o uso de preservativo nos atos sexuais (concordar em ter uma relação sexual sem preservativo, atualmente).

- 7) Questionário sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas (Anexo G):** investiga o uso de álcool, tabaco e outras drogas na vida, no último ano e nos trinta dias anteriores à entrevista. As drogas investigadas foram: álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, cocaína, crack, anfetaminas, anticolinérgicos, tranquilizantes/sedativos, opiáceos, anabolizantes, inalantes e ecstasy (Stempliuk *et al.*, 2005).

Para análise dos dados, os indivíduos que relataram ter usado alguma droga ilícita (na vida, no último ano e no último mês, separadamente (três categorias distintas)) foram agrupados, em decorrência de ter havido pouca frequência de relato de consumo para algumas delas. Desse modo, essa informação está descrita nas seguintes categorias: **consumo de drogas ilícitas na vida** (sim/não), **consumo de drogas ilícitas no último ano** (sim/não) e **consumo de drogas ilícitas no último mês** (sim/não). Nessa categoria foram agrupadas os indivíduos que relataram ter usado, ao menos uma das seguintes substâncias: maconha, alucinógenos, cocaína, crack, anfetaminas, anticolinérgicos, tranquilizantes/sedativos, opiáceos, anabolizantes, inalantes e ecstasy.

- 8) **AUDIT - Questionário de risco para uso de álcool** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Anexo H): o AUDIT é um questionário criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1992, como instrumento de detecção do consumo de álcool em níveis de risco ou prejudicial a pacientes de serviços de atenção primária. É composto por dez questões que investigam comportamentos associados ao consumo e problemas relacionados. As perguntas referem-se ao consumo recente e no ano anterior à entrevista (Méndez, 1999). Para cada pergunta o indivíduo tem cinco alternativas de resposta correspondentes a 0, 1, 2, 3 e 4. Ao final é gerado um escore. A pontuação de 0 a 7 indica consumo baixo ou abstinência, de 8 a 15 indica consumo de risco, de 16 a 19, uso nocivo e acima de 20 indica provável dependência.

Os resultados foram analisados considerando as categorias indicadas pelo instrumento (consumo de baixo risco ou abstinência, consumo de risco, uso nocivo ou de alto risco, e provável dependência).

- 9) **Questionário sobre Comportamento Sexual na Vida** (Anexo I): esse instrumento foi desenvolvido pela pesquisadora, baseado na literatura especializada, com o objetivo de investigar comportamento sexual na vida. Composto por 36 questões que investigaram **sexo em grupo** (sim, não), **sexo com profissional do sexo (pagar por sexo)** (sim, não) **sexo em troca (dar e/ou receber) de dinheiro, droga, abrigo/comida** (sim, não) com homens e mulheres, **quantidade de pessoas com quem fez sexo em troca** (nenhuma, 1, de 2 a 4, de 5 a 10 e mais de 10.), **uso de preservativo com parceiro no sexo por troca** (às vezes, sempre, nunca), **parceiro sexual com Hepatite B e/ou C** (sim, não, não sei), **parceiro sexual com problemas com álcool e/ou droga** (sim, não, não sei), **parceiro sexual que usou droga injetável** (sim, não, não sei) **e que recebeu transfusão de sangue** (sim, não, não sei), **DSTs** (sim, não), [(**sífilis** (sim, não), **gonorréia** (sim, não), **herpes** (sim, não), **chato** (sim, não), **HPV** (vírus do papiloma humano) (sim, não), **clamídia** (sim, não))], **número de parceiros nos últimos 12 meses** (nenhum, 1, de 2 a 4, de 5 a 10 e mais de 10) e **uso de preservativo na última relação sexual** (sim, não).

10) Escala de Avaliação de Comportamento Sexual de Risco – SERBAS

(*Sexual Risk Behavior Assessment*) (Pinto *et al.*, 2007) (Anexo J): este instrumento é composto por questões que avaliam o comportamento sexual nos três meses anteriores à entrevista. Investiga-se o comportamento sexual com os cinco parceiros homens e cinco parceiras mulheres mais recentes (nos últimos três meses). As questões são: **ter tido algum parceiro sexual nos últimos três meses** (sim, não), **razão para não ter feito sexo com homens e com mulheres, orientação sexual** (homo, hetero ou bissexual), **número de parceiros sexuais nos últimos três meses** (variável contínua), **tipo de parceiro sexual** (apenas parceiro fixo, apenas parceiro casual, parceiro fixo e casual, apenas parceiro por troca e parceiro fixo, casual e por troca), **residir com algum parceiro** (sim, não), **ter conhecimento da sorologia do parceiro** (parceiro sexual soropositivo, parceiro sexual sorodiscordante e não sabe a sorologia do parceiro), **depende financeiramente do parceiro** (sim, não), **o parceiro ter algum transtorno psiquiátrico** (sim, não, não sei), **tipo de transtorno psiquiátrico** (álcool, droga, ansiedade, depressão), **o parceiro ter usado drogas injetáveis alguma vez na vida** (sim, não, não sei), **ter feito sexo anal passivo** (sim, não), **anal ativo** (sim, não), **vaginal** (sim, não), **e/ou oral** (sim, não), **ter usado preservativo no sexo vaginal** (todas às vezes, algumas vezes, nenhuma vez), **anal receptivo** (todas às vezes, algumas vezes, nenhuma vez), **anal insertivo** (todas às vezes, algumas vezes, nenhuma vez) e **oral receptivo** (todas às vezes, algumas vezes, nenhuma vez), **ter usado álcool** (sim, não), **maconha** (sim, não), **cocaína** (sim, não), **ecstasy** (sim, não) e **crack** (sim, não) **antes do ato** (Rosário *et al.*, 1999; Sohler *et al.*, 2000). Foi utilizada a versão traduzida e validada no Brasil por Pinto *et al.* (2007).

Para as análises, a variável tipo de parceiro sexual foi reagrupada em apenas parceiro fixo e parceiro casual (incluindo sexo em troca). O uso de preservativo no sexo anal e/ou vaginal também foi reagrupado em uso (consistente (todas às vezes)) e não uso (inconsistente (não usou pelo menos uma vez)). A variável ter feito sexo sem preservativo incluiu aqueles que tiveram ao menos um ato sexual anal e/ou vaginal sem preservativo. O consumo de drogas ilícitas antes do ato sexual também foi analisado por uma

variável na qual se agruparam todos os sujeitos que tinham feito uso de qualquer uma dessas substâncias antes do sexo.

Em relação à orientação sexual, considerou-se homossexuais homens e mulheres que fizeram sexo apenas com indivíduos do mesmo sexo nos últimos três meses; bissexuais, homens e mulheres que fizeram sexo com pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto nos últimos três meses, e heterossexuais, homens e mulheres que fizeram sexo apenas com o sexo oposto nesse período.

Todos os instrumentos, com exceção do MEEM, foram preenchidos diretamente em um programa (Acess) para que os dados fossem registrados diretamente no computador.

4.4. PROCEDIMENTO

Para a coleta de dados, a pesquisadora fazia o convite aos pacientes na sala de espera, seguindo a ordem dos atendimentos. Os pacientes sentados nos bancos perto do guichê de atendimento eram convidados para participar da pesquisa. Caso houvesse recusa, o próximo ao lado era convidado até ter a permissão do mesmo para participar da pesquisa. Todos os pacientes, ao chegar no serviço se dirigem ao guichê de atendimento para deixar sua ficha. Dessa forma, não havia influencia da pesquisadora na escolha dos pacientes. Após a entrevista, que tinha duração de aproximadamente uma hora, o processo era repetido e o primeiro da fila era convidado. Quando não havia pacientes na sala de espera, aqueles que aguardavam na fila da farmácia e para a coleta de exames no período da manhã eram convidados por ordem de chegada. Quando havia recusa, o próximo da fila era convidado. Caso a entrevista fosse iniciar perto do horário da consulta médica, a pesquisadora pedia, com antecedência, autorização para o médico, evitando assim atrasos nas consultas ou complicações na logística dos atendimentos. Os atendimentos ocorriam das 8h às 18h, dependendo do dia e do local. A entrevista ocorreu em diferentes dias e horários (manhã e tarde) abrangendo as cinco regiões da cidade de São Paulo, garantindo a heterogeneidade na escolha dos pacientes e uma

amostra representativa de indivíduos com HIV/AIDS em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo.

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, após assinarem o termo de consentimento (Anexo K), foram entrevistados individualmente no próprio serviço em que faziam tratamento. A avaliação iniciava-se pela aplicação do MEEM e, em seguida, eram investigados sintomas de depressão, ansiedade, estresse, habilidades sociais, uso de drogas e comportamento sexual de risco. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável pelo estudo.

As respostas obtidas nesta entrevista foram registradas num banco de dados no computador, garantindo o sigilo da identidade do participante. O controle dos participantes foi realizado por meio do número do registro de atendimento do ambulatório. As entrevistas foram realizadas entre junho de 2010 e abril de 2011.

Após a entrevista, os participantes que apresentaram ao menos um ato sexual (anal e/ou vaginal) sem preservativo, nos três meses anteriores à mesma, receberam um folder informativo (Anexo L) sobre os riscos desse comportamento e orientação sobre a coleta de preservativo no serviço.

Segue abaixo a Figura 3 com o desenho do estudo.

Figura 3 - Desenho do estudo

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n°), relativas (%) e médias.

Foram utilizados teste de qui-quadrado (teste exato de Fisher) para avaliar as associações entre as variáveis relacionadas ao comportamento sexual de risco (uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista) e as variáveis sociodemográficas, uso de álcool e outras drogas, sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, habilidades sociais e características do parceiro sexual, calculando a razão de chance e o intervalo de confiança de 95%.

O modelo de regressão logística foi utilizado para avaliar a influência das variáveis relacionadas aos sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, habilidades sociais e consumo de álcool e outras drogas no comportamento sexual de risco. Foram realizadas quatro análises múltiplas. As variáveis dependentes em cada uma delas foram: ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo (em todas as relações) nos atos sexuais anal e/ou vaginal nos últimos três meses, múltiplos parceiros nos últimos três meses e múltiplos parceiros entre pessoas que fizeram sexo sem preservativo. As variáveis independente foram: dados sociodemográficos, sintomas de ansiedade e de depressão, nível de estresse, habilidades sociais, consumo de álcool e outras drogas e características relacionadas ao comportamento sexual na vida e ao parceiro sexual nos últimos três meses. As variáveis incluídas no modelo foram aquelas que apresentaram significância ($p < \text{ou} = 0,05$) nas regressões simples.

Para todos os testes adotou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Os testes foram bicaudais. Níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes. Para as análises, utilizou-se o *software* SPSS versão 15.

4.6. FINANCIAMENTO

Parte do projeto contou com apoio financeiro da **SENAD** (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas).

A aluna obteve bolsa de doutorado da **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior).

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelas Comissões de Ética em Pesquisa: 1) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (nº do protocolo: 1340/09) (Anexo M); 2) do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/AIDS da Divisão de Clínicas de Moléstias Infecto-Contagiosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo N); 3) do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (nº do protocolo: 63/10) (Anexo O); 4) do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (nº do protocolo: 116/2010) (Anexo P); e 5) da Comissão Nacional de Saúde (CONEP/SISNEP) (Anexo Q).

O anonimato de todos os pacientes foi preservado. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação na pesquisa. Foi garantido aos participantes o direito de não participar do projeto sem nenhum prejuízo em seu tratamento.

5. RESULTADOS

5.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

5.1.1. Dados sociodemográficos

Setecentos e noventa e sete (797) pacientes foram convidados a participar da pesquisa. Noventa (11,2%) recusaram, sendo 52 (57,7%) homens e 38 (42,3%) mulheres. Os pacientes que se recusaram a participar da pesquisa alegaram falta de tempo (n=67; 74,4%), falta de interesse (n=18; 20%), mal estar (n=3; 3,3%) e medo de a família descobrir que tinham HIV (n=2; 2,2%). Quarenta (5,1%) pacientes foram chamados, mas foram excluídos do estudo por não terem HIV, pois alguns serviços atendiam pacientes com outras DSTs como sífilis e hepatites.

A Tabela 2 mostra a descrição dos dados sociodemográficos. Mais da metade da amostra foi constituída por homens (57,4%; n=383), pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas (57,1%; n=381), com idade entre 35 e 54 anos (70,6%; n=471) (idade média de 43,6 anos), que tinham trabalho (regular ou irregular - atividades sem registro e horários/dias definidos) (73,4%; n=490), com mais de 8 anos de estudo (ensino médio, superior e/ou pós-graduação) (58,7%; n=392), com renda superior a um salário mínimo por mês (545,00 reais – valor vigente em 2011) (70,6%; n=471).

Tabela 2 - Descrição dos dados sociodemográficos

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Sexo (667)		
Feminino	284	42,6
Masculino	383	57,4
Situação profissional (667)		
Desempregado	103	15,4
Afastamento por doença	46	6,9
Aposentado por invalidez	79	11,8
Aposentado por tempo de serviço	17	2,5
Pensionista	24	3,6
Trabalho irregular (atividades sem registro e horários/dias definidos)	63	9,4
Trabalho regular/diário (com vínculo empregatício)	327	49,0
Renda	8	1,2
Escolaridade (667)		
Fundamental	275	41,2
Médio	244	36,6
Superior	119	17,8
Pós-graduação	29	4,3
Idade (667)		
18 a 24	17	2,5
25 a 34	98	14,7
35 a 44	234	35,1
45 a 54	237	35,5
55 a 64	67	10,0
65 ou mais	14	2,1
Renda (667)		
Não tem	111	16,6
Até 1 salário mínimo (545 reais)	85	12,7
De 1 a 3 salários mínimos (entre 545 e 1635 reais)	297	44,5
De 3 a 6 salários mínimos (entre 1635 e 3270 reais)	104	15,6
Acima de 6 salários mínimos (3270 reais)	70	10,5
Estado civil (667)		
Solteiro	286	42,9
Casado	218	32,7
Divorciado	94	14,1
Viúvo	69	10,3

Das 667 pessoas entrevistadas, 57,3% (n=382) tinham filhos, sendo que quase 80% deles (79,5%; n=363) tinham até três filhos. Apenas quatro pessoas (0,6%) relataram estar tentando ter filhos nos três meses anteriores à entrevista. Quase 60% da amostra (57,7%; n=385) relataram ter tido a primeira relação sexual antes dos 16 anos.

Quase 12% (n=76) dos 667 indivíduos entrevistados relataram ter sofrido algum tipo de violência sexual alguma vez na vida. Um décimo (9,8%; n=66) dos entrevistados relatou ter tido passagem pela polícia (prisão). Entre as mulheres (n=284), quase metade delas (n=123; 49,5%) já tiveram algum aborto (espontâneo ou provocado).

5.1.2. Informações sobre sorologias e outras infecções, meio de contaminação e tratamento

A Tabela 3 mostra a descrição sobre outras infecções, meio de contaminação e tratamento para HIV. Quase 20% dos pacientes já tiveram hepatite (n=132). Metade deles (n=66) tiveram Hepatite B, 41% (n=54) tiveram Hepatite C, e 9% (n=12) tiveram ambas.

Setenta por cento dos participantes relataram ter conhecimento do HIV há mais de cinco anos (70,6%; n=471). A grande maioria se contaminou por relação sexual (90,8%; n=606), com parceiro fixo (65,8%; n=399). Quase 90% faziam tratamento com medicação antirretroviral (n=584). A maioria estava com a carga viral indetectável (70,5%; n=470) e com o CD4 acima de 350 cels/mm³ (62,4%; n=416).

Tabela 3 - Descrição sobre outras infecções, meio de contaminação e tratamento para o HIV

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Outras infecções, meio de contaminação e tratamento		
Tipo de hepatite (132)		
Hepatite B	66	50,0
Hepatite C	54	41,0
Hepatite B e C	12	9,0
Forma de contaminação do HIV (667)		
Relação sexual	606	90,9
Drogas injetáveis	19	2,8
Transfusão de sangue	7	1,0
Transmissão vertical	1	0,1
Agulha hospitalar	6	0,9
Acidente de trabalho	1	0,1
Não sabe	27	4,0
Relação com a pessoa que transmitiu o HIV (606)		
Parceiro fixo	399	65,8
Parceiro casual	148	24,4
Não sabe	57	9,4
Abuso sexual	2	0,3
Tempo de conhecimento sobre o HIV (667)		
Até 2 anos	84	12,6
Entre 2 e 5 anos	112	16,8
De 5 a 10 anos	163	24,4
De 10 a 20 anos	272	40,8
Mais de 20 anos	36	5,4
Tratamento antirretroviral (667)		
Sim	584	87,6
Não	83	12,4
Transfusão de sangue alguma vez na vida (667)		
Não	547	82,0
Sim	112	16,8
Não sei	8	1,2
Resultado do último exame de CD4 (667)		
Menor que 350 cels/mm ³	209	31,3
Maior que 350 cels/mm ³	416	62,4
Sem resultado	42	6,3
Resultado do último exame de carga viral (667)		
Indetectável	470	70,5
Detectável	155	23,2
Sem resultado	42	6,3

5.1.3. Ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais

A Tabela 4 mostra a descrição das variáveis relacionadas à ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais. Podemos observar que quase metade da mostra apresentou sintomas de ansiedade (43,9% ; n=293) e sintomas de depressão (46,2%; n=308), e que 64,3% (n=431) apresentaram estresse na fase de resistência e/ou exaustão. A maior parte dos indivíduos se mostrou assertivos (63,7%; n=425).

Com relação ao estresse, não houve indivíduos na fase de quase exaustão. Os indivíduos se concentraram em: alerta, resistência e exaustão, sendo esses estratos utilizados para análise. A fase de alerta é considerada a fase positiva do *stress*, o ser humano se energiza através da produção da adrenalina; a sobrevivência é preservada e uma sensação de plenitude é frequentemente alcançada (Lipp, 2001).

Aproximadamente 14% da amostra faziam tratamento psicológico (8,8%; n=59), e/ou psiquiátrico (13,8%; n=92). Noventa e três (13,9%) pessoas relataram estarem fazendo uso de algum psicotrópico indicado por um médico no momento da entrevista.

Tabela 4 - Descrição das variáveis relacionadas aos problemas psiquiátricos e psicológicos

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Problemas psiquiátricos e psicológicos		
Ansiedade (667)		
Sem sintoma (até 7 pontos)	374	56,1
Leve	104	15,6
Moderada	63	9,4
Grave	126	18,9
Depressão (667)		
Sem sintoma (até 9 pontos)	359	53,8
Leve	104	15,6
Moderada	95	14,2
Grave	109	16,3
Nível de estresse (667)		
Alerta	236	35,4
Resistência	148	22,2
Exaustão	283	42,4
Habilidade sociais (667)		
Assertivo	425	63,7
Inassertivo	242	36,3

5.1.4. Consumo de drogas

A Tabela 5 mostra a descrição em frequência e porcentagem do consumo de álcool e outras drogas na vida, no último ano e no último mês.

a) Uso de álcool e outras drogas na vida:

Dos 667 indivíduos, 97,6% (n=651) experimentaram álcool, 25,2% (n=168) tabaco e 46,5% (n=310) alguma droga ilícita. As drogas ilícitas mais frequentes foram maconha, relatada por 40,6% (n=271) da amostra, e cocaína, relatada por 26,5% (n=177) da amostra. As outras drogas ilícitas tiveram taxas inferiores a 14%, separadamente. O uso de drogas injetáveis na vida foi referido por 4,8% (n=32) da amostra.

b) Uso de álcool e outras drogas no último ano:

Sessenta e dois por cento da amostra (n=414) relataram ter usado álcool, 28,5% (n=190) relataram ter usado tabaco e 12,4% (n=83) alguma droga ilícita nos últimos 12 meses.

c) Uso de álcool e outras drogas no último mês:

No mês anterior à entrevista, 38,5% (n=257) relataram ter usado álcool, 24,4% (n=163) relataram ter usado tabaco e 7,5% (n=50) alguma droga ilícita.

Em relação ao padrão de consumo de álcool, de acordo com o resultado obtido pelo AUDIT, 86,7% (n=578) das pessoas apresentaram consumo de baixo risco ou estavam abstinidos, 9% (n=60) apresentaram consumo de risco, 1,5% (n=10) apresentaram uso nocivo ou consumo de alto risco e 2,8% (n=19) apresentaram provável dependência.

Tabela 5 - Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas na vida, no último ano e no último mês

Tipo de droga	Uso na vida		Uso no ano		Uso no mês	
	n	%	n	%	n	%
Álcool (667)						
Não	16	2,4	253	37,9	410	61,5
Sim	651	97,6	414	62,1	257	38,5
Tabaco (667)						
Não	168	25,2	477	71,5	504	75,6
Sim	499	74,8	190	28,5	163	24,4
Drogas ilícitas (667)						
Não	357	53,5	584	87,6	617	92,5
Sim	310	46,5	83	12,4	50	7,5
Maconha						
Não	396	59,4	615	92,2	634	95,1
Sim	271	40,6	52	7,8	33	4,9
Cocaína						
Não	490	73,5	633	94,9	651	97,6
Sim	177	26,5	34	5,1	16	2,4
Alucinógenos						
Não	602	90,3	663	99,4	666	99,9
Sim	65	9,7	4	0,6	1	0,1
Crack						
Não	605	90,7	653	97,9	659	98,8
Sim	62	9,3	14	2,1	8	1,2
Anfetaminas						
Não	606	90,9	665	99,7	667	100
Sim	61	9,1	2	0,3	---	---
Anticolinérgicos						
Não	644	96,6	666	99,9	667	100
Sim	23	3,4	1	0,1	---	---
Tranquilizantes						
Não	572	85,7	648	97,1	661	99,2
Sim	95	14,2	19	2,8	6	0,8
Opiáceos						
Não	661	99,1	666	99,9	667	100
Sim	6	0,9	1	0,1	---	---
Anabolizantes						
Não	653	97,9	665	99,7	667	100
Sim	14	2,1	2	0,3	---	---
Inalantes						
Não	592	88,8	666	99,9	667	100
Sim	75	11,2	1	0,1	---	---
Ecstasy						
Não	639	95,7	663	99,4	667	100
Sim	29	4,3	4	0,6	---	---

5.1.5. Comportamento sexual

A Tabela 6 mostra a descrição por frequência e porcentagem das variáveis relacionadas ao comportamento sexual na vida.

a) Comportamento sexual na vida

Dos 667 indivíduos, mais da metade (51,6%; n=344) relataram ter tido algum parceiro sexual com problemas com álcool e/ou drogas, quase 1/5 da amostra referiu ter tido algum parceiro sexual com hepatite B e/ou C (15,7%; n=105) e parceiro que fazia uso de droga injetável (17,1%; n=114). Menos de 3% da amostra tiveram algum parceiro sexual que recebeu transfusão de sangue (n=20).

Mais da metade da amostra (54,9%; n=366) informaram ter tido alguma DST na vida. Entre elas, sífilis foi a mais prevalente (23,7%; n=158), seguida por gonorreia (18,9%; n=126), chato (17,4%; n=116), HPV (16,3%; n=109) e herpes (14,7%; n=98).

Setenta e cinco por cento dos entrevistados (n=502) tiveram algum parceiro sexual nos últimos 12 meses. Destes, a maioria teve apenas um parceiro nesse período (59,3%; n=298). O uso de preservativo no último ato sexual foi relatado por 70% (n=467) dos entrevistados.

Quase 30% das pessoas relataram ter feito sexo com mais de uma pessoa ao mesmo tempo (27,4%; n=183), ter feito sexo com profissional do sexo alguma vez na vida (26,4%; n=176), e ter feito sexo em troca de dinheiro, álcool/droga, abrigo e/ou comida (28,9%; n=193). Dos 193 indivíduos que fizeram sexo em troca, 164 fizeram sexo apenas em troca de dinheiro e 29 também fizeram em troca de álcool, droga, abrigo e/ou comida. A prática de sexo em troca mais frequente foi entre aqueles que pagaram para fazer sexo com mulher (20,7%; n=138). A maioria das pessoas que fez sexo por troca não usou preservativo em todas as ocasiões (62,1%; n=132).

Tabela 6 - Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual na vida

COMPORTAMENTO SEXUAL NA VIDA	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Sexo com profissional do sexo (667)		
Não	491	73,6
Sim	176	26,4
Sexo com alguém em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida (667)		
Não	474	71,1
Sim	193	28,9
Sexo em troca de dinheiro	164	85,0
Sexo em troca de álcool/droga/abrigo/comida	29	15,0
Uso de preservativo com as pessoas com as quais fez sexo em troca (193)		
Nenhuma vez	61	31,6
Algumas vezes	59	30,5
Todas às vezes	73	37,8
Sexo em grupo (667)		
Não	484	72,6
Sim	183	27,4
Parceiro sexual com Hepatite B ou C (667)		
Não	515	77,2
Sim	105	15,7
Não sei	47	7,0
Tipo de hepatite do parceiro (105)		
Hepatite B	50	47,6
Hepatite C	43	41,0
Hepatite B e C	9	8,6
Não sabe	3	2,9
Parceiro sexual com problema com álcool/droga (667)		
Não	323	48,4
Sim	344	51,6
Tipo de problema (álcool e/ou droga) (344)		
Álcool	66	19,2
Droga	58	16,9
Álcool e droga	218	63,4
Não sei	2	0,6
Parceiro sexual que usou drogas injetáveis (667)		
Não	521	78,1
Sim	114	17,1
Não sei	32	4,8

Tabela 6 - Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual na vida (continuação)

COMPORTAMENTO SEXUAL NA VIDA	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Parceiro sexual que recebeu transfusão de sangue (667)		
Não	636	95,4
Sim	20	3,0
Não sei	11	1,6
DSTs (667)		
Não	301	45,1
Sim	366	54,9
Sífilis (667)		
Não	509	76,3
Sim	158	23,7
Gonorreia (667)		
Não	541	81,1
Sim	126	18,9
Herpes (667)		
Não	569	85,3
Sim	98	14,7
Chato (667)		
Não	551	82,6
Sim	116	17,4
HPV (667)		
Não	558	83,7
Sim	109	16,3
Clamídia (667)		
Não	663	99,4
Sim	4	0,6
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (502)		
1	298	59,3
De 2 a 4	112	22,3
De 5 a 10	30	5,9
Mais de 10	62	12,3
Uso de preservativo na última relação (667)		
Não	200	30,0
Sim	467	70,0

b) Comportamento sexual nos últimos três meses

A Tabela 7 mostra a descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual nos últimos três meses.

Quase 62% da amostra (n=411) tiveram algum parceiro sexual nos últimos três meses. A maioria fez sexo apenas com indivíduos do sexo oposto (heterossexual) (59,4%; n=244), teve apenas um parceiro (74,4%; n=306), considera o parceiro fixo (69,8%; n=287), não residia com o parceiro sexual (53,8%; n=221), o parceiro sexual não tinha HIV (53,3%; n=53,3), não dependia financeiramente do parceiro (81%; n=333), o parceiro não tinha transtorno psiquiátrico (75,4%; n=310) e o parceiro não tinha usado drogas injetáveis alguma vez na vida (83%; n=341).

O uso de álcool antes do sexo foi relatado por 30,7% (n=126) dos indivíduos. O uso de outras drogas como maconha, ecstasy, cocaína e/ou crack foi relatado por 5,6% (n=17) da amostra.

Quase metade da amostra (45,5%; n=224) teve algum comportamento sexual de risco nos últimos três meses (sexo sem preservativo e/ou dois ou mais parceiros nesse período). Vinte e cinco por cento (25,3%; n=104) não usaram preservativo em ao menos um ato sexual anal e/ou vaginal e 25,6% (n=105) tiveram dois ou mais parceiros nesse período. Quando indagados se, atualmente, concordariam em fazer sexo sem preservativo caso o parceiro pedisse, 27% afirmaram que teriam dificuldade em exigir o uso do preservativo.

Mais da metade da amostra fez sexo vaginal (61,8%) e/ou sexo oral (52%), 38% fizeram sexo anal receptivo, e 29,7% relataram ter feito sexo anal insertivo. Seis pessoas relataram ter feito apenas sexo oral. Dos que fizeram sexo vaginal, 26,7% relataram não ter usado preservativo em ao menos um ato sexual, 22,4% relataram não ter usado preservativo no sexo anal insertivo e 22% relataram não ter usado preservativo no sexo anal receptivo.

Tabela 7 - Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual nos últimos três meses

COMPORTAMENTO SEXUAL NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Sexo nos últimos 3 meses (667)		
Não	256	38,4
Sim	411	61,6
Orientação sexual (411)		
Heterossexual	244	59,4
Homossexual	156	38,0
Bissexual	11	2,7
Número de parceiros nos últimos três meses (411)		
1	306	74,4
2	43	10,4
3	21	5,1
4	6	1,4
5	10	2,4
6	4	0,9
7	1	0,2
8	2	0,4
9	1	0,2
10 ou mais	17	4,1
Tipo de parceiro sexual (411)		
Parceiro fixo	287	69,8
Parceiro casual	87	21,2
Parceiro fixo e casual	31	7,5
Apenas parceiro por troca	5	1,2
Parceiro fixo, casual e por troca	1	0,2
Reside com algum parceiro (411)		
Sim	190	46,2
Não	221	53,8
Sorologia do parceiro (411)		
Sorodiscordante	219	53,3
Parceiro soropositivo	107	26,0
Desconhecimento da sorologia do parceiro	85	20,7
Dependência financeira do parceiro (411)		
Não	333	81,0
Sim	78	19,0
Parceiro tem algum transtorno psiquiátrico (411)		
Não	310	75,4
Tem/teve	41	10,0
Não sei	60	14,6
Transtorno psiquiátrico do parceiro (41)		
Álcool e/ou droga	28	68,2
Ansiedade	1	2,4
Depressão	12	29,2

Tabela 7 - Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual nos últimos três meses (continuação)

COMPORTAMENTO SEXUAL NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	NÚMERO DE RESPONDENTES	
	n	%
Uso de drogas injetáveis pelo parceiro (411)		
Não	341	83,0
Sim	6	1,5
Não sei	64	15,6
Sexo vaginal (411)		
Sim	254	61,8
Não	157	38,2
Sexo anal receptivo (411)		
Sim	156	38,0
Não	255	62,0
Sexo anal insertivo (411)		
Sim	122	29,7
Não	289	70,3
Sexo oral (411)		
Sim	213	52,0
Não	197	48,0
Uso de preservativo no sexo vaginal (254)		
Todas às vezes	186	73,2
Algumas vezes	23	9,0
Nenhuma vez	45	17,7
Uso de preservativo no sexo anal receptivo (156)		
Todas às vezes	121	77,6
Algumas vezes	12	7,7
Nenhuma vez	23	14,7
Uso de preservativo no sexo anal insertivo (122)		
Todas às vezes	95	77,8
Algumas vezes	12	9,8
Nenhuma vez	15	12,2
Uso de preservativo no sexo oral (213)		
Todas às vezes	48	22,5
Algumas vezes	8	3,8
Nenhuma vez	157	73,7
Uso de álcool antes do ato sexual (411)		
Não	285	69,3
Sim	126	30,7
Uso de maconha antes do ato sexual (411)		
Não	395	96,1
Sim	16	3,9
Uso de cocaína antes do ato sexual (411)		
Não	397	96,6
Sim	14	3,4

Tabela 7 - Descrição das variáveis relacionadas ao comportamento sexual nos últimos três meses (conclusão)

COMPORTAMENTO SEXUAL NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	NÚMERO DE RESPONDENTES	
Uso de crack antes do ato sexual (411)	n	%
Não	410	99,8
Sim	1	0,2
Uso de ecstasy antes do ato sexual (411)		
Não	409	99,5
Sim	2	0,5
Comportamento sexual de risco (sexo sem preservativo e/ou múltiplos parceiros (411)		
Não	224	54,5
Sim	187	45,5
Uso de preservativo em qualquer ato sexual vaginal e/ou anal (411)		
Não	104	25,3
Sim	307	74,7

Dos 256 indivíduos que não tiveram parceiro sexual nos últimos três meses, 27,5% (n=64) relataram não ter feito sexo com homens e 10,7 (n=22) não ter feito sexo com mulheres por questões relacionadas ao HIV (medo de contaminar o parceiro(a), vergonha em pedir o uso do preservativo, vergonha em contar sobre o HIV, nojo de sexo após a contaminação, medo do parceiro(a) recusar o uso de preservativo, nojo/raiva de homens após a contaminação, medo de pegar outras doenças, dificuldade em contar para o parceiro sobre o HIV, medo de ser rejeitado pelo parceiro quando contar sobre o HIV, lipodistrofia). Em seguida, a razão mais frequente para não se fazer sexo com homens foi separação ou morte do parceiro (não teve outros parceiros após a separação, não quis mais saber de outras pessoas após a separação/morte do parceiro; (n=61; 26,2%), perda de libido (n=37; 15,9%), perda de interesse ou impotência do parceiro (n=8; 3,4%), depressão (n=8; 3,4%), em decorrência do uso de drogas (“só sinto vontade em usar droga”) (n=2; 3,4%), fazia sexo com homens apenas por dinheiro (n=1; 0,6%), dificuldade em se relacionar e encontrar parceiro (n=14; 6%), problemas de saúde (bolsa de coloscopia, câncer de mama, problema na bexiga) (n=5; 2,1%), em decorrência à religião (n=6; 2,6%), porque está se relacionando com mulher (n=2; 0,9%) e por perda de interesse em homens (n=25, 10,3%). Entre os indivíduos que não fizeram sexo com mulher, os principais motivos foram: perda de interesse pelo sexo feminino (62%, n=127), questões relacionadas ao HIV (n=22; 10,7%), separação ou

morte da parceira (n=19; 9,3%), perda da libido (n=16; 7,8%), perda de interesse ou impotência da parceira (n=4; 2%), não teve parceira (falta de oportunidade, dificuldade em encontrar uma parceira), (n=10; 4,9%), problemas de saúde (n=2; 1%), religião (n=3; 1,5%) e por falta de cliente (profissional do sexo) (2;1%).

5.2. SEXO NOS TRÊS MESES ANTERIORES À ENTREVISTA

A Tabela 8 mostra a análise univariada da relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de drogas, comportamento sexual, ansiedade, depressão e estresse entre os 667 sujeitos da pesquisa.

5.2.1. Relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas

Os indivíduos que fizeram sexo nos últimos três meses eram, em sua maioria, homens, com trabalho regular ($p<0,001$; OR=2,7), com ensino médio ($p=0,001$; OR=1,8) ou com pós-graduação ($p=0,030$; OR=2,6), com renda acima de 3.270 reais ($p=0,037$; OR=1,9), casados ($p<0,001$; OR=4,2), divorciados ($p<0,001$; OR=13,6) ou viúvos ($p=0,001$; OR=3,3), com idade abaixo de 45 anos e que estavam com o CD4 maior que 350 cels/mm³ ($p=0,010$; OR=1,5). Ter iniciado a vida sexual com 18 anos ou mais ($p=0,011$; OR=0,418) mostrou associação negativa para fazer sexo nos últimos três meses.

5.2.2. Relação entre ansiedade, estresse, depressão e habilidades sociais e sexo nos últimos três meses

Os indivíduos com maior grau de estresse ($p<0,001$; OR=0,489), inassertivos ($p=0,008$; OR=,645) e que apresentaram ansiedade ($p=0,003$; OR=0,537) e/ou depressão grave ($p<0,001$; OR=0,335) tiveram menos chance de fazer sexo nos últimos três meses. Nota-se que quanto maior a gravidade dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão menor a chance de fazer sexo.

5.2.3. Relação entre comportamento sexual e sexo nos últimos três meses

Ter feito sexo com profissional do sexo alguma vez na vida ($p=0,002$), sexo em grupo ($p<0,001$), ter tido sífilis ($p=0,011$; $OR=1,6$), gonorreia ($p=0,014$; $OR=1,7$) e chato ($p=0,009$; $OR=1,7$), ter feito sexo com alguém em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida ($p=0,001$; $OR=1,8$) e ter tido 5 ou mais parceiros nos últimos 12 meses ($p<0,001$; $OR=8,7$) mostrou-se associado a vida sexual ativa nos últimos três meses.

Ter tido algum parceiro com problema com álcool e/ou droga ($p=0,021$; $OR=0,683$) mostrou associação negativa em fazer sexo nos últimos três meses.

Não houve diferença entre orientação sexual (homo, hetero e bissexual) e sexo nos últimos três meses ($p=0,903$).

5.2.4. Relação entre uso de álcool e/ou drogas na vida, no último ano e no último mês e sexo nos últimos três meses.

O uso de drogas ilícitas na vida ($p=0,03$; $OR=1,6$), uso de álcool no último ano ($p=0,001$; $OR=1,7$) e no último mês ($p<0,001$; $OR=1,9$) foram associados a fazer sexo últimos três meses.

Tabela 8 - Análise univariada da relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, comportamento sexual, ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais entre os 667 indivíduos com HIV na cidade de São Paulo

	Sexo nos últimos três meses		P	OR (IC95%)
	Não (256)	Sim (411)		
Sexo				
Feminino	135 (47,5)	149 (52,5)	<0,001	1,962 (1,429-2,694)
Masculino	121 (31,6)	262 (68,4)		
Situação profissional				
Desempregado	51 (49,5)	52 (50,5)	<0,001	0,630 (0,311-1,279)
Afastamento por doença	28 (60,9)	18 (39,1)		
Aposentado por invalidez	39 (49,4)	40 (50,6)	0,984	1,006 (0,560-1,808)
Aposentado por tempo de serviço	7 (41,2)	10 (58,8)	0,525	1,401 (0,495-3,965)
Pensionista	16 (66,7)	8 (33,3)	0,134	0,490 (0,193-1,246)
Trabalho irregular/bico	26 (41,3)	37 (58,7)	0,302	1,396 (0,741-2,629)
Trabalho regular/diário	87 (26,6)	240 (73,4)	0,000	2,706 (1,712-4,275)
Renda	2 (25,0)	6 (75,0)	0,199	2,942 (0,567-15,263)
Escolaridade				
Fundamental	126 (45,8)	149 (54,2)	0,005	1,800 (1,257-2,576)
Médio	78 (32)	166 (68)	0,001	
Superior	45 (37,8)	74 (62,2)	0,142	1,391 (0,896-2,159)
Pós-graduação	7 (24,1)	22 (75,9)	0,030	2,658 (1,099-6,427)
Renda				
Não tem	49 (44,1)	62 (55,9)	0,015	0,736 (0,418-1,298)
Até 1 salário mínimo (545 reais)	44 (51,8)	41 (48,2)	0,290	
De 1 a 3 salários mínimos (entre 545 e 1635 reais)	109 (36,7)	188 (63,3)	0,170	1,363 (0,875-2,122)
De 3 a 6 salários mínimos (entre 1635 e 3270 reais)	34 (32,7)	70 (67,3)	0,086	1,627 (0,934-2,835)
Acima de 6 salários mínimos (3270 reais)	20 (28,6)	50 (71,4)	0,037	1,976 (1,042-3,746)
Estado civil				
Solteiro	119 (41,6)	167 (58,4)	<0,001	4,293 (2,365-7,790)
Casado	40 (18,3)	178 (81,7)	<0,001	
Divorciado	45 (47,9)	49 (52,1)	<0,001	13,612 (7,134-25,973)
Viúvo	52 (75,4)	17 (24,6)	0,001	3,331 (1,686-6,580)
Idade				
18 a 24	3 (17,6)	14 (82,4)	<0,001	0,891 (0,232-3,415)
25 a 34	19 (19,4)	79 (80,6)		
35 a 44	78 (33,3)	156 (66,7)	0,193	0,429 (0,120-1,536)
45 a 54	109 (46,0)	128 (54,0)	0,034	0,252 (0,070-0,899)
55 a 64	38 (56,7)	29 (43,3)	0,008	0,164 (0,043-0,623)
65 ou mais	9 (64,3)	5 (35,7)	0,012	0,119 (0,023-0,625)

Tabela 8 - Análise univariada da relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, comportamento sexual, ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais entre os 667 indivíduos com HIV na cidade de São Paulo (continuação)

	Sexo nos últimos três meses		P	OR (IC95%)
	Não (256)	Sim (411)		
Idade em que teve a 1ª relação sexual				
Antes dos 12 anos	16 (28,6)	40 (71,4)	0,014	
Entre 12 e 14 anos	53 (31,4)	116 (68,6)	0,695	0,875 (0,450-1,702)
Entre 15 e 16 anos	60 (37,5)	100 (62,5)	0,230	0,667 (0,344-1,293)
Entre 17 e 18 anos	59 (40,7)	86 (59,3)	0,113	0,583 (0,299-1,137)
Mais de 18 anos	64 (48,9)	67 (51,1)	0,011	0,419 (0,214-0,821)
Não sabe	4 (66,7)	2 (33,3)	0,079	0,200 (0,033-1,202)
Sexo com profissional do sexo alguma vez na vida				
Não	206 (42,0)	285 (58,0)	0,002	
Sim	50 (28,4)	126 (71,6)		1,821 (1,254-2,646)
Sexo em grupo alguma vez vida				
Não	211 (43,6)	273 (56,4)	<0,001	
Sim	45 (24,6)	138 (75,4)		2,370 (1,619-3,471)
Parceiro sexual com problema com álcool e/ou droga na vida				
Não	109 (33,7)	214 (66,3)	0,021	
Sim	147 (42,7)	197 (57,3)		0,683 (0,498-0,935)
DSTs na vida				
Não	143 (47,5)	158 (52,5)	<0,001	
Sim	113 (30,9)	253 (69,1)		2,026 (1,476-2,782)
Sífilis				
Não	209 (41,1)	300 (58,9)	0,011	
Sim	47 (29,7)	111 (70,3)		1,645 (1,121-2,416)
Gonorreia				
Não	220 (40,7)	321 (59,3)	0,014	
Sim	36 (28,6)	90 (71,4)		1,713 (1,123-2,615)
Chato				
Não	224 (40,7)	327 (59,3)	0,009	
Sim	32 (27,6)	84 (72,4)		1,798 1,157 2,795
Sexo em troca de dinheiro, álcool e/ou droga, abrigo e/ou comida				
Não	201 (42,4)	273 (57,6)	0,001	
Sim	55 (28,5)	138 (71,5)		1,847 (1,287-2,653)

Tabela 8 - Análise univariada da relação entre sexo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, comportamento sexual, ansiedade, depressão, estresse e habilidades sociais entre os 667 indivíduos com HIV na cidade de São Paulo (conclusão)

	Sexo nos últimos três meses		P	OR (IC95%)
	Não (256)	Sim (411)		
CD4				
Menor que 350 cels/mm3	93 (44,5)	116 (55,5)	0,006	
Maior que 350 cels/mm3	141 (33,9)	275 (66,1)	0,010	1,564 (1,113-2,197)
Sem resultado	22 (52,4)	20 (47,6)	0,351	0,729 (0,375-1,416)
Uso de droga na vida				
Não	156 (43,7)	201 (56,3)	0,003	
Sim	100 (32,3)	210 (67,7)		1,630 (1,187-2,238)
Uso de álcool no último ano				
Não	117 (46,2)	136 (53,8)	0,001	
Usou	139 (33,6)	275 (66,4)		1,702 (1,235-2,345)
Uso de álcool no último mês				
Não	181 (44,1)	229 (55,9)	<0,001	
Sim	75 (29,2)	182 (70,8)		1,918 1,376 2,674
Sintomas de depressão				
Normal	113 (31,5)	246 (68,5)	<0,001	
Leve	42 (40,4)	62 (59,6)	0,091	0,678 (0,432-1,064)
Moderado	38 (40,0)	57 (60,0)	0,118	0,689 (0,442-1,099)
Severo	63 (57,8)	46 (42,2)	0,000	0,335 (0,216-0,521)
Sintomas de ansiedade				
Normal	128 (34,2)	246 (65,8)	0,029	
Leve	42 (40,4)	62 (59,6)	0,246	0,768 (0,492-1,200)
Moderada	24 (38,1)	39 (61,9)	0,551	0,846 (0,487-1,468)
Grave	62 (49,2)	64 (50,8)	0,003	0,537 (0,357-0,809)
Nível de estresse				
Alerta	75 (31,8)	161(68,2)	<0,001	
Resistência	43 (29,1)	105 (70,9)	0,573	1,138 (0,727-1,781)
Exaustão	138 (48,8)	145 (51,2)	<0,001	0,489 (0,342-0,701)
Habilidades sociais				
Assertivo	147 (34,6)	278 (65,4)		
Inassertivo	109 (45,0)	133 (55,0)	0,008	0,645 (0,467-0,891)

Para as análises 2x2 o valor de p refere-se ao valor obtido pelo teste exato de Fischer. Para as análises em que as variáveis descritas nas linhas têm mais que duas opções de respostas o valor de p refere-se ao teste qui-quadrado de Pearson. As razões de chance para as variáveis com mais de duas categorias foram obtidas pelo teste de regressão logística binária

A Tabela 9 mostra os resultados obtidos com a análise múltipla. O modelo final mostrou que ter feito sexo nos últimos três meses esteve associado a ter idade inferior a 45 anos, ser casado, estar trabalhando ou estar aposentado por tempo de serviço, estar com o CD4 acima de 350 cels/mm³, ter feito sexo com profissional do sexo alguma vez na vida, ter feito sexo em grupo alguma vez na vida, ter tido sífilis e ter usado álcool no mês anterior à entrevista. Ter depressão grave e idade acima de 45 anos estiveram negativamente associado a fazer sexo nos últimos três meses.

Tabela 9 - Análise múltipla das variáveis associadas a ter feito sexo nos últimos três meses entre os 411 indivíduos com HIV em tratamento na cidade de São Paulo.

Fatores relacionados a ter tido parceiro sexual nos últimos três meses	P	OR	IC (95%)	
Idade acima de 45 anos	0,000	0,936	0,914	0,958
Estado civil casado	0,000	6,194	3,764	10,192
Aposentado por tempo de serviço	0,022	4,893	1,264	18,943
Trabalho regular/diário	0,002	2,451	1,400	4,291
CD4 acima de 350 cels/mm ³	0,028	1,583	1,052	2,381
Ter feito sexo com profissional do sexo na vida	0,031	1,669	1,047	2,661
Ter feito sexo em grupo alguma vez na vida	0,019	1,786	1,098	2,905
Ter tido sífilis	0,012	1,829	1,140	2,936
Ter usado álcool no último mês	0,003	1,830	1,224	2,735
Depressão grave	0,000	0,340	0,199	0,581

O modelo inicial incluiu as seguintes variáveis: local da entrevista, sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda, situação profissional, sexo com profissional do sexo, sexo em grupo, sexo em troca de dinheiro, álcool/droga, abrigo e comida, valor do CD4, gonorréia, sífilis, chato, nível de estresse, habilidades sociais, parceiro sexual com problema com álcool e/ou droga alguma vez na vida, uso de drogas ilícitas na vida, uso de álcool no último ano e no mês anterior à entrevista, padrão de consumo de álcool avaliado pelo AUDIT, ansiedade, depressão.

5.3. USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES

A Tabela 10 mostra a análise univariada da associação entre o uso de preservativo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de álcool e outras drogas, comportamento sexual e característica do parceiro sexual entre os 405 indivíduos que relataram ter feito sexo anal e/ou vaginal nos três meses anteriores à entrevista.

Considerou-se sexo sem preservativo quando este não foi utilizado em ao menos um ato sexual (anal e/ou vaginal) nos últimos três meses.

5.3.1. Uso de preservativo nos últimos três meses e dados sociodemográficos

O uso de preservativo foi associado ao sexo masculino ($p=0,006$; $OR=1,9$). Não houve diferença entre sexo com preservativo e o centro de tratamento (local da entrevista) ($p=0,713$), situação profissional ($p=0,631$), idade ($p=0,453$), escolaridade ($p=0,060$), grau de instrução ($p=0,157$), renda ($p=0,353$), estado civil ($p=0,243$), estar em tratamento antirretroviral ($p=0,738$), carga viral ($p=0,586$), CD4 (>350 cels/mm³) ($p=0,661$) e orientação sexual ($p=0,242$).

5.3.2. Uso de preservativo e problemas psiquiátricos

Não houve diferença significativa entre apresentar sintomas de ansiedade ($p=0,165$), depressão ($p=0,165$) e nível de estresse ($p=0,226$) e o uso de preservativo. Também não houve diferença no uso de preservativo entre os indivíduos assertivos e inassertivos ($p=0,395$).

5.3.3. Comportamento sexual na vida e uso de preservativo nos últimos três meses

Os indivíduos que fizeram sexo com profissional do sexo alguma vez na vida ($p=0,009$; $OR=2$), que tiveram gonorreia ($p=0,019$; $OR=2,1$), que fizeram sexo em troca de dinheiro, álcool/droga, abrigo e/ou comida ($p=0,008$; $OR=1,9$), e que tiveram de 2 a 4 parceiros sexuais nos últimos 12 meses ($p=0,001$; $OR=3,2$) apresentaram até 3,2 vezes mais chance de usar preservativo nos últimos três meses.

Ter tido algum parceiro sexual com problemas com álcool e/ou droga na vida mostrou associação negativa para o uso do preservativo ($p=0,004$; $OR=0,504$).

5.3.4. Comportamento sexual nos últimos três meses

O uso de preservativo foi mais frequente entre aqueles que não residiam com o parceiro sexual ($p=0,030$; $OR=1,6$).

Ter algum parceiro soropositivo ($p<0,001$; $OR=0,186$), parceiro com problemas com álcool e/ou droga ($p=0,032$; $OR=0,420$) e ter feito uso de maconha antes do sexo ($p=0,037$; $OR=0,328$) diminuiu as chances dos indivíduos usarem preservativo. Não houve diferença entre uso de álcool ($p=0,902$), ecstasy ($p=0,065$), cocaína ($p=0,208$) e crack ($p=1$) antes do sexo e o uso de preservativo. Também não houve diferença no uso de preservativo em relação ao tipo de parceiro sexual ($p=0,189$), depender financeiramente do parceiro ($p=0,152$), ter tido parceiro sexual que usou droga injetável ($p=0,670$), estar tentando ter filho nos últimos três meses ($p=0,273$), número de parceiro sexual ($p=0,434$) e praticar sexo com pessoas do mesmo sexo, com pessoas do sexo oposto e com pessoas de ambos os sexos ($p=0,242$).

5.3.5. Consumo de substâncias

O consumo de maconha ($p=0,046$; $OR=0,468$) e de cocaína ($p=0,042$; $OR=0,390$) no último ano mostrou associação negativa para o uso de preservativo em pessoas com HIV. Os indivíduos que apresentaram provável dependência de álcool tiveram 71,2% menos chance de usar preservativo em comparação com aqueles que eram abstêmios ou que faziam uso de baixo risco ($p=0,029$).

Tabela 10 - Análise univariada entre uso de preservativo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias psicoativas e características relacionadas ao comportamento sexual entre os 405 indivíduos com HIV que relataram ter feito sexo anal e/ou vaginal nesse período

	Uso de preservativo nos últimos três meses		p	OR (IC 95%)
	Não n (%)	Sim n (%)		
Sexo				
Feminino	50 (33,8)	98 (66,2)	0,006	1,918 (1,218-3,020)
Masculino	54 (21,0)	203 (79,0)		
Sexo com profissional do sexo alguma vez na vida				
Não	83 (29,5)	198 (70,5)	0,009	2,056 (1,205-3,510)
Sim	21 (16,9)	103 (83,1)		
Parceiro sexual com problema com álcool/droga na vida				
Não	41 (19,5)	169 (80,5)	0,004	0,504 (0,323-0,801)
Sim	63 (32,3)	132 (67,7)		
DSTs na vida				
Não	50 (31,8)	107 (68,2)	0,027	1,679 (1,069-2,636)
Sim	54 (21,8)	194 (78,2)		
Gonorreia na vida				
Não	90 (28,5)	226 (71,5)	0,019	2,133 (1,147-3,969)
Sim	14 (15,7)	75 (84,3)		
Sexo em troca de dinheiro, álcool/droga, abrigo e/ou comida				
Não	80 (29,7)	189 (70,3)	0,008	1,975 (1,183-3,298)
Sim	24 (17,6)	112 (82,4)		
Parceiros nos últimos 12 meses				
1	71 (31,3)	156 (68,7)	0,006	3,269 (1,639-6,519)
De 2 a 4	11 (12,2)	79 (87,8)	0,001	
De 5 a 10	5 (18,5)	22 (81,5)	0,178	2,003 (,729-5,502)
Mais de 10	17 (27,9)	44 (72,1)	0,608	1,178 (0,630-2,203)
Reside com algum parceiro				
Sim	58 (30,9)	130 (69,1)	0,030	1,659 (1,058-2,599)
Não	46 (21,2)	171 (78,8)		
Parceiro soropositivo nos últimos três meses				
Não	32 (15,0)	182 (85,0)	<0,001	0,186 (0,109-0,317)
Sim	52 (48,6)	55 (51,4)	<0,001	
Não sei	20 (23,8)	64 (76,2)	0,072	0,563 (0,301-1,053)

Tabela 10 - Análise univariada entre uso de preservativo nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias psicoativas e características relacionadas ao comportamento sexual entre os 405 indivíduos com HIV que relataram ter feito sexo anal e/ou vaginal nesse período (conclusão)

	Uso de preservativo nos últimos três meses		p	OR (IC 95%)
	Não n (%)	Sim n (%)		
Parceiro sexual (atual) tem algum transtorno psiquiátrico				
Não	73 (23,9)	232 (76,1)	0,022	
Tem/teve	18 (43,9)	23 (56,1)	0,008	0,402 (0,206-0,786)
Não sei	13 (22,0)	46 (78,0)	0,753	1,113 (0,570-2,175)
Transtorno psiquiátrico do parceiro				
Não tem transtorno	73 (23,9)	232 (76,1)	0,053	
Álcool e/ou droga	12 (42,9)	16 (57,1)	0,032	0,420 (0,190-0,928)
Ansiedade e/ou depressão	6 (46,2)	7 (53,8)	0,080	0,367 (0,120-1,127)
Não sei	13 (22,0)	46 (78,0)	0,753	1,113 (0,570-2,175)
Uso de maconha antes do sexo				
Não	96 (24,7)	293 (75,3)	0,037	
Sim	8 (50,0)	8 (50,0)		0,328 (0,120-0,897)
Uso de maconha no ano				
Não	89 (24,2)	285 (75,8)	0,046	
Sim	15 (40,5)	22 (59,5)		0,468 (0,233-0,941)
Uso de cocaína no ano				
Não	94 (24,5)	289 (75,5)	0,042	
Sim	10 (45,5)	12 (54,5)		0,390 (0,163-0,932)
Padrão de consumo de álcool				
Consumo de baixo risco/abstêmios	87 (24,9)	263 (75,1)	0,092	
Consumo de risco	7 (17,5)	33 (82,5)	0,363	1,488 (0,632-3,499)
Uso nocivo/consumo de alto risco	3 (37,5)	5 (62,5)	0,434	0,560 (0,131-2,391)
Provável dependência	7 (53,8)	6 (46,2)	0,029	0,288 (0,094-0,880)

A Tabela 11 mostra os resultados obtidos com a análise múltipla. O modelo final mostrou que ter tido de 2 a 4 parceiros sexuais nos últimos 12 meses aumentou em duas vezes a chance de usar preservativo nos últimos três meses. Ter tido parceiro sexual com HIV e ter feito uso de maconha antes do sexo apresentaram associação negativa para o uso do preservativo.

Tabela 11 - Análise múltipla das variáveis relacionadas ao uso de preservativo nos últimos três meses

Fatores associados ao uso de preservativo nos últimos três meses	P	OR	IC (95%)	
Ter tido de 2 a 4 parceiros sexuais no último ano	0,027	2,351	1,105	5,003
Parceiro sexual soropositivo nos últimos três meses	0,000	0,173	0,098	0,302
Uso de maconha antes do sexo	0,005	0,213	0,072	0,629

O modelo inicial incluiu as seguintes variáveis: local da entrevista, sexo, situação profissional, idade, escolaridade, renda, estado civil, sexo com profissional do sexo, sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida, sexo em grupo, gonorréia, número de parceiros nos últimos 12 meses, residir com algum parceiro, parceiro soropositivo, parceiro atual com algum transtorno psiquiátrico, parceiro sexual com problema com álcool ou droga na vida, uso de maconha no último ano, uso de cocaína no último ano, AUDIT, uso de maconha antes do sexo.

5.4. NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES

A Tabela 12 mostra a análise univariada da associação entre dois ou mais parceiros nos últimos três meses e as variáveis sociodemográficas, consumo de álcool e outras drogas, comportamento sexual na vida e característica do parceiro sexual, entre os 411 indivíduos com HIV que tiveram parceiro sexual nos três meses anteriores à entrevista na cidade de São Paulo.

5.4.1. Dados sociodemográficos e número de parceiros

As características associadas a ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista foram: sexo masculino ($p<0,001$; $OR=7$), estado civil solteiro ($p<0,001$), alto nível de escolaridade [ensino superior ($p=0,034$; $OR=1,9$) e pós-graduação ($p=0,009$; $OR=3,4$)] e de renda [de 1635 a 3270 ($p=0,007$; $OR=3,2$); acima de 3270 reais por mês ($p=0,010$; $OR=3,3$)], situação profissional com trabalho regular ($p=0,012$; $OR=3,1$), e aposentadoria por invalidez ($p=0,003$; $OR=5,1$), ter tido Hepatite B ($p=0,001$; $OR=3$), estar com o CD4 acima de 350 cels/mm³ ($p=0,013$; $OR=2$) ou não ter conhecimento sobre o CD4 ($p=0,019$; $OR=3,4$).

5.4.2. Comportamento sexual na vida e número de parceiros

Ter feito sexo com profissional do sexo ($p=0,005$; $OR=1,9$), sexo em troca de dinheiro, droga, abrigo e/ou comida ($p<0,001$; $OR=2,6$), sexo em grupo ($p<0,001$; $OR=7,4$), ter tido parceiro sexual com Hepatite B ou C ($p=0,012$; $OR=2$), ter tido algum parceiro sexual com problemas com álcool e/ou droga na vida ($p=0,018$; $OR=1,7$) e ter tido sífilis ($p<0,001$; $OR=2,8$), gonorreia ($p<0,001$; $OR=4,3$), herpes ($p=0,032$; $OR=1,8$), chato ($p<0,001$; $OR=3,9$) e HPV ($p=0,026$; $OR=1,9$) foram associados a ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses.

5.4.3. Comportamento sexual nos últimos três meses e número de parceiros

Não residir com nenhum dos parceiros sexuais ($p<0,001$; $OR=9,7$), não ter conhecimento da sorologia dos parceiros sexuais ($p<0,001$; $OR=4,1$), não ter conhecimento sobre se o parceiro tem algum transtorno psiquiátrico ($p<0,001$; $OR=8,1$), não depender financeiramente do parceiro sexual ($p<0,001$; $OR=0,124$), fazer uso de cocaína antes do sexo ($p<0,001$; $OR=7,9$) e fazer sexo com pessoas do mesmo sexo ($p<0,001$; $OR=5,8$) ou com pessoas de ambos os sexos (bissexuais) ($p<0,001$; $OR=12,8$) foram associados a ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista.

5.4.4. Consumo de álcool e outras drogas e número de parceiros

O uso de drogas ilícitas aumentou o risco de os indivíduos terem mais parceiros sexuais. Os indivíduos que usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, que usaram álcool ($p=0,022$; $OR=1,8$; $p=0,001$; $OR=2,1$, respectivamente) e maconha ($p=0,016$; $OR=2,4$; $p=0,036$; $OR=2,8$, respectivamente) no último ano e no último mês tiveram mais chance de ter tido dois ou mais parceiros nos últimos três meses em comparação àqueles que não usaram substâncias psicoativas.

Os indivíduos que apresentaram provável dependência de álcool tiveram 3,8 vezes mais chance de ter dois ou mais parceiros sexuais ($p=0,019$).

Tabela 12 - Análise univariada entre indivíduos com HIV na cidade de São Paulo que tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses em comparação àqueles que tiveram apenas um parceiro em relação às variáveis sociodemográficas, consumo de drogas, comportamento sexual e características do parceiro sexual

	Número de parceiros nos últimos três meses		Total	p	OR	IC (95%)
	1 parceiro n (%)	2 ou mais n (%)				
Sexo						
Feminino	138 (92,6)	11 (7,4)	149	<0,001	7,019	(3,614-3,635)
Masculino	168 (64,1)	94 (35,9)	262			
Situação profissional						
Desempregado	46 (88,5)	6 (11,5)	52	0,037	1,533	(0,341-6,896)
Afastamento por doença	15 (83,3)	3 (16,7)	18	0,577		
Aposentado por invalidez	24 (60,0)	16 (40,0)	40	0,003	5,111	(1,771-14,755)
Aposentado tempo de serviço	9 (90,0)	1 (10,0)	10	0,888	0,852	(0,091-7,956)
Pensionista	7 (87,5)	1 (12,5)	8	0,937	1,095	(0,114-10,511)
Trabalho irregular/bico	31 (83,8)	6 (16,2)	37	0,526	1,484	(0,438-5,025)
Trabalho regular/diário	170 (70,8)	70 (29,2)	240	0,012	3,157	(1,290-7,727)
Renda	4 (66,7)	2 (33,3)	6	0,165	3,833	(0,574-25,595)
Escolaridade						
Fundamental	120 (80,5)	29 (19,5)	149	0,030	1,402	(,820-2,395)
Médio	124 (74,7)	42 (25,3)	166	0,217		
Superior	50 (67,6)	24 (32,4)	74	0,034	1,986	(1,054-3,743)
Pós-graduação	12 (54,5)	10 (45,5)	22	0,009	3,448	(1,358-8,758)
Renda						
Não tem	53 (85,5)	9 (14,5)	62	0,003	0,465	(0,118-1,832)
Até 1 salário mínimo (545 reais)	38 (92,7)	3 (7,3)	41	0,274		
De 1 a 3 salários mínimos (entre 545 e 1635 reais)	138 (73,4)	50 (26,6)	188	0,056	2,134	(,981-4,641)
De 3 a 6 salários mínimos (entre 1635 e 3270 reais)	45 (64,3)	25 (35,7)	70	0,007	3,272	1,385-7,726
Acima de 6 salários mínimos (3270 reais)	32 (64,0)	18 (36,0)	50	0,010	3,312	1,330-8,250

Tabela 12 - Análise univariada entre indivíduos com HIV na cidade de São Paulo que tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses em comparação àqueles que tiveram apenas um parceiro em relação às variáveis sociodemográficas, consumo de drogas, comportamento sexual e características do parceiro sexual (continuação)

	Número de parceiros nos últimos três meses			p	OR	IC (95%)
	1 parceiro n (%)	2 ou mais n (%)	Total			
Estado civil						
Solteiro	91 (54,5)	76 (45,5)	167	<0,000		
Casado	163 (91,6)	15 (8,4)	178	<0,000	0,110	(0,060-0,203)
Divorciado	37 (75,5)	12 (24,5)	49	0,010	0,388	(0,189-0,797)
Viúvo	15 (88,2)	2 (11,8)	17	0,017	0,160	(0,035-0,720)
Tipo de hepatite						
Não sabe/não teve	255 (77,0)	76 (23,0)	331	0,008		
Hepatite B	22 (52,4)	20 (47,6)	42	0,001	3,050	(1,580-5,887)
Hepatite C	23 (79,3)	6 (20,7)	29	0,780	0,875	(0,344-2,228)
Hepatite B e C	6 (66,7)	3 (33,3)	9	0,472	1,678	(0,410-6,867)
CD4						
Menor que 350 cels/mm3	97 (83,6)	19 (16,4)	116	0,017		
Maior que 350 cels/mm3	197 (71,6)	78 (28,4)	275	0,013	2,021	(1,158-3,529)
Sem resultado	12 (60,0)	8 (40,0)	20	0,019	3,404	(1,226-9,446)
Sexo profissional do sexo na vida						
Não	224 (78,6)	61 (21,4)	285	0,005		
Sim	82 (65,1)	44 (34,9)	126		1,970	(1,240-3,130)
Sexo em troca de dinheiro na vida						
Não	298 (76,6)	91 (23,4)	389	0,000		
Sim	8 (36,4)	14 (63,6)	22		5,731	(2,330-14,093)
Parceiro sexual com Hepatite B ou C						
Não	246 (77,6)	71 (22,4)	317	0,027		
Sim	40 (62,5)	24 (37,5)	64	0,012	2,079	(1,175-3,679)
Não sei	20 (66,7)	10 (33,3)	30	0,180	1,732	(0,776-3,870)
Parceiro sexual com problema com álcool/droga na vida						
Não	170 (79,4)	44 (20,6)	214	0,018		
Sim	136 (69,0)	61 (31,0)	197		1,733	(1,107-2,714)
DSTs na vida						
Não	139 (88,0)	19 (12,0)	158	0,000		
Sim	167 (66,0)	86 (34,0)	253		3,767	(2,184-6,500)

Tabela 12 - Análise univariada entre indivíduos com HIV na cidade de São Paulo que tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses em comparação àqueles que tiveram apenas um parceiro em relação às variáveis sociodemográficas, consumo de drogas, comportamento sexual e características do parceiro sexual (continuação)

	Número de parceiros nos últimos três meses		Total	p	OR	IC (95%)
	1 parceiro n (%)	2 ou mais n (%)				
Sífilis na vida						
Não	241 (80,3)	59 (19,7)	300	<0,001	2,891	(1,801-4,639)
Sim	65 (58,6)	46 (41,4)	111			
Gonorreia na vida						
Não	261 (81,3)	60 (18,7)	321	<0,001	4,350	(2,640-7,168)
Sim	45 (50,0)	45 (50,0)	90			
Herpes na vida						
Não	264 (76,5)	81 (23,5)	345	0,032	1,862	(1,064-3,260)
Sim	42 (63,6)	24 (36,4)	66			
Chato na vida						
Não	263 (80,4)	64 (19,6)	327	<0,001	3,918	(2,359-6,509)
Sim	43 (51,2)	41 (48,8)	84			
HPV na vida						
Não	259 (76,9)	78 (23,1)	337	0,026	1,908	(1,115-3,263)
Sim	47 (63,5)	27 (36,5)	74			
Sexo em troca de álcool, dinheiro, abrigo e/ou comida						
Não	221 (81)	52 (19)	273	<0,001	2,650	(1,678-4,186)
Sim	85 (61,6)	53 (38,4)	138			
Reside com algum parceiro						
Sim	177 (93,2)	13 (6,8)	190	<0,001	9,710	(5,205-18,114)
Não	129 (58,4)	92 (41,6)	221			
Parceiro soropositivo nos últimos três meses						
Não	177 (80,8)	42 (19,2)	219	<0,001	1,029	(0,574-1,845)
Sim	86 (80,4)	21 (19,6)	107			
Não sei	43 (50,6)	42 (49,4)	85	0,000	4,116	(2,394-7,079)
Dependência financeira do parceiro						
Não	232 (69,7)	101 (30,3)	333	<0,001	0,124	(0,044-0,349)
Sim	74 (94,9)	4 (5,1)	78			
Parceiro tem transtorno psiquiátrico						
Não	249 (80,3)	61 (19,7)	310	<0,001	0,441	(0,152-1,285)
Tem/teve	37 (90,2)	4 (9,8)	41			
Não sei	20 (33,3)	40 (66,7)	40	0,000	8,164	(4,456-14,956)

Tabela 12 - Análise univariada entre indivíduos com HIV na cidade de São Paulo que tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses em comparação àqueles que tiveram apenas um parceiro em relação às variáveis sociodemográficas, consumo de drogas, comportamento sexual e características do parceiro sexual (conclusão)

	Número de parceiros nos últimos três meses			P	OR	IC (95%)
	1 parceiro n (%)	2 ou mais n (%)	Total			
Uso de cocaína antes do sexo						
Não	302 (76,1)	95 (23,9)	397	<0,001	7,947	(2,437-25,921)
Sim	4 (28,6)	10 (71,4)	14			
Sexo vaginal						
Não	87 (55,4)	70 (44,6)	157	<0,001	0,199	(0,123-0,320)
Sim	219 (86,2)	35 (13,8)	254			
Sexo anal receptivo						
Não	227 (89,0)	28 (11,0)	255	<0,001	7,902	(4,780-13,062)
Sim	79 (50,6)	77 (49,4)	156			
Sexo anal insertivo						
Não	245 (84,8)	44 (15,2)	289	<0,001	5,568	(3,451-8,985)
Sim	61 (50,0)	61 (50,0)	122			
Orientação sexual						
Heterossexual	213 (80)	29 (12)	242	<0,001	5,893	(3,571-9,724)
Homossexual	86 (55,5)	69 (45,5)	155			
Bissexual	4 (36,4)	7 (63,6)	11			
Drogas ilícitas na vida						
Não usou	160 (79,6)	41 (20,4)	201	0,023	1,711	(1,089-2,687)
Usou	146 (69,5)	64 (30,5)	210			
Álcool no ano						
Não usou	111 (81,6)	25 (18,4)	136	0,022	1,822	(1,098-3,021)
Usou	195 (70,9)	80 (29,1)	275			
Maconha no ano						
Não usou	285 (76,2)	89 (23,8)	374	0,016	2,440	(1,221-4,877)
Usou	21 (56,8)	16 (43,2)	37			
Álcool no mês						
Não usou	185 (80,8)	44 (19,2)	229	0,001	2,120	(1,351-3,325)
Usou	121 (66,5)	61 (33,5)	182			
Maconha no mês						
Não usou	295 (75,6)	95 (24,4)	390	0,036	2,823	(1,163-6,854)
Usou	11 (52,4)	10 (47,6)	21			
Padrão de consumo de álcool						
Consumo de baixo risco/abstêmios	268 (76,6)	82 (23,4)	350	0,039	1,401	(0,682-2,878)
Consumo de risco	28 (70,0)	12 (30,0)	40			
Uso nocivo/alto risco	4 (50,0)	4 (50,0)	8	0,099	3,268	(0,800-13,357)
Provável dependência	6 (46,2)	7 (53,8)	13	0,019	3,813	(1,246-1,664)

A Tabela 13 mostra os resultados obtidos com a análise múltipla. Ter tido dois ou mais parceiros foi associado a ter trabalho regular, ter feito sexo em grupo, ter feito sexo em troca de álcool, droga, dinheiro, abrigo e/ou comida, ter tido gonorreia, ter tido HPV, não residir com o parceiro sexual, ter tido algum parceiro soropositivo, não saber a sorologia do parceiro, ter usado cocaína antes do sexo, ter feito sexo anal passivo, e estar com o CD4 acima de 350 cels/mm3 ou não saber o resultado do CD4.

Tabela 13 - Análise múltipla das variáveis relacionadas a ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista

Relação entre ter tido dois ou mais parceiros sexuais	P	OR	IC 95%	
Ter trabalho regular	0,049	3,690	1,004	13,566
Sexo em grupo alguma vez na vida	<0,001	3,790	1,899	7,564
Gonorreia	0,000	4,559	2,198	9,454
HPV	0,044	2,216	1,021	4,809
Não residir com o parceiro sexual	0,000	14,279	5,922	34,430
Parceiro sexual soropositivo	0,018	2,736	1,184	6,321
Sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida	0,025	11,030	1,360	89,457
Uso de cocaína antes do sexo	0,002	8,043	2,117	30,556
Orientação homossexual	0,024	2,242	1,114	4,513
CD4 acima de 350 cels/mm3	0,002	3,644	1,629	8,154

O modelo inicial incluiu: local da entrevista, sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil, situação profissional, hepatite, sexo com profissional do sexo na vida, sexo em grupo, sífilis, gonorreia, herpes, chato, HPV, reside com algum parceiro sexual, sorologia do parceiro, depende financeiramente do parceiro, parceiro sexual com problema com álcool e droga, sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida, uso de drogas ilícitas na vida, uso de álcool no último ano, uso de maconha no último ano, uso de álcool no último mês, uso de maconha no último mês, AUDIT, uso de cocaína antes do sexo, sexo anal receptivo, sexo anal insertivo, orientação sexual, CD4.

O quadro a seguir mostra as características que foram associadas a ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros nos últimos três meses apresentadas pelas análises univariadas.

Quadro 3 - Características associadas a ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros neste período apresentadas pelas análises univariadas

Sexo nos últimos três meses	Uso de preservativo	Ter tido 2 ou mais parceiros
<ul style="list-style-type: none"> - sexo masculino - trabalho regular - ensino médio e pós-graduação - renda acima de 6 salários mínimos - casados, divorciados ou viúvos - CD4 maior que 350 cels/mm3 - sexo com profissional do sexo alguma vez na vida - sexo em grupo - ter tido sífilis - ter tido gonorreia - ter tido chato - sexo com alguém em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida na vida - uso de drogas ilícitas na vida - uso de álcool no último ano - uso de álcool no último mês <p>Associação negativa a ter parceiro sexual nos três meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - idade igual ou superior a 45 anos - início da vida sexual depois dos 18 anos - parceiro com problema com álcool e/ou droga na vida - inassertivade - sintomas de ansiedade - sintomas de depressão - sintomas de estresse 	<ul style="list-style-type: none"> - sexo masculino - ter feito sexo com profissional do sexo alguma vez na vida - ter tido gonorreia - ter feito sexo em troca de dinheiro, álcool/droga, abrigo e/ou comida - ter tido de 2 a 4 parceiros sexuais nos últimos 12 meses - não residir com o parceiro sexual <p>Associação negativa ao uso de preservativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - parceiro soroconcordante - parceiro com problemas com álcool e/ou droga - parceiro com transtorno psiquiátrico - uso de maconha antes do sexo - uso de maconha no último ano - uso de cocaína no último ano - consumo de risco/provável dependência 	<ul style="list-style-type: none"> - sexo masculino - trabalho regular diário - aposentado por invalidez - ensino superior e pós-graduação - renda até 3 salários mínimos - ter ou ter tido Hepatite B - CD4 acima de 350 cels/mm3 ou que não ter conhecimento sobre o CD4 - ter feito sexo com profissional do sexo alguma vez na vida - sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida na vida - ter tido parceiro sexual com Hepatite B - parceiro sexual com problema com álcool e/ou droga - ter tido sífilis, gonorreia, herpes chato e/ou HPV - não residir com nenhum dos parceiros sexuais - não ter conhecimento da sorologia dos parceiros sexuais - uso de cocaína antes do sexo - ter feito sexo anal insertivo e receptivo - orientação homo e bissexual - uso de drogas ilícitas na vida - uso de álcool no último ano - uso de maconha no último ano - uso de maconha no último mês - uso de álcool no último mês - apresentar provável dependência de álcool <p>Associação negativa a ter 2 ou mais parceiros</p> <ul style="list-style-type: none"> - ser casado, divorciado ou viúvo - depender financeiramente do parceiro sexual - ter feito sexo vaginal

O Quadro 4 sintetiza as características associadas a ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros nos últimos três meses, apresentadas pelas análises múltiplas.

Quadro 4 - Características associadas à ter feito sexo nos últimos três meses, uso de preservativo e ter tido dois ou mais parceiros neste período apresentadas pelas análises múltiplas

Fatores relacionados a ter tido parceiro sexual nos últimos três meses	Fatores relacionados ao uso de preservativo nos últimos três meses	Relação entre ter tido dois ou mais parceiros sexuais
<ul style="list-style-type: none"> - estado civil casado - aposentado por tempo de serviço - trabalho regular/diário - sífilis na vida - sexo em grupo alguma vez na vida - sexo com profissional do sexo alguma vez na vida - uso de álcool no último mês - CD4 acima de 350 cels/mm³ <p>Associação negativa a ter tido parceiro sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - idade acima de 45 anos - depressão grave 	<ul style="list-style-type: none"> - de 2 a 4 parceiros sexuais no último ano <p>Associação negativa ao uso de preservativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - uso de maconha antes do sexo - parceiro sexual soropositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - trabalho regular - sexo em grupo na vida - gonorreia na vida - HPV na vida - parceiro soropositivo - não residir com o parceiro - sexo em troca de álcool, droga, dinheiro, abrigo/comida - orientação sexual - CD4 acima de 350 cels/mm³ - uso de cocaína antes do sexo

5.5. INDIVÍDUOS QUE FIZERAM SEXO SEM PRESERVATIVO E QUE TIVERAM DOIS OU MAIS PARCEIROS

Considerando que ter tido dois ou mais parceiros e não usar preservativo nos atos sexuais são comportamentos de alto risco em pessoas com HIV, foram realizadas análises univariadas e múltiplas com o objetivo de verificar os fatores relacionados a presença dos dois comportamentos.

A Tabela 14 mostra as variáveis associadas ao número de parceiros entre os indivíduos que fizeram sexo sem preservativo nos últimos três meses.

Dos 104 indivíduos que não usaram preservativo, 23 (22,1%) tiveram dois ou mais parceiros. A análise univariada mostrou que os indivíduos que não usaram preservativo e que tiveram dois ou mais parceiros apresentaram as seguintes características: sexo masculino ($p<0,001$; OR=9,2), ter ou ter tido Hepatite B ou C ($p=0,041$; OR=3), ter feito sexo com profissional do sexo alguma vez na vida ($p=0,006$; OR=4,8), ter feito sexo em grupo ($p<0,001$; OR=18), ter tido sífilis ($p=0,003$; OR=5,2), ter tido gonorreia ($p=0,013$; OR=4,6), ter tido chato ($p=0,044$; OR=3,5), não residir com o parceiro ($p<0,001$; OR=23,5), ter feito sexo em troca de dinheiro, álcool droga, abrigo ou comida ($p<0,001$; OR=8,2), ter usado cocaína no último mês ($p=0,033$; OR=12), apresentar provável dependência de álcool ($p=0,005$; OR=12), ter tido a primeira relação sexual antes dos 14 anos ($p=0,013$; OR=11,3), ter usado cocaína antes do sexo ($p=0,021$; OR= 8,3); ter feito sexo anal receptivo ($<0,001$; OR=17,8), sexo anal insertivo ($<0,001$; OR=8,9) e orientação homossexual ($p<0,001$; OR=13,1).

Ser casado ($p<0,001$; OR=0,038) e ter feito sexo vaginal ($p=0,001$; OR=0,079) foi associado negativamente a ter mais parceiros.

O modelo de regressão logística mostrou que ter tido 2 ou mais parceiros entre os indivíduos que fizeram sexo sem preservativo foi associado a sexo em grupo ($p<0,001$; OR=19), não residir com o parceiro ($p=0,002$; OR=39,4) e ter feito uso de cocaína antes ou durante o sexo ($p=0,023$; OR=19,5).

Tabela 14 - Comparação do número de parceiros entre os indivíduos que fizeram sexo sem preservativo nos últimos três meses

	Número de parceiros entre os indivíduos que não usaram preservativo nos últimos três meses		p	OR	IC (95%)
	1 parceiro n (%)	2 ou mais n (%)			
Sexo					
Feminino	47 (94,0)	3 (6,0)			
Masculino	34 (62,9)	20 (37,0)	<0,001	9,216	(2,534- 33,520)
Estado civil					
Solteiro	17 (50,0)	17 (50,0)	0,001		
Casado	52 (96,3)	2 (3,7)	<0,001	0,038	(0,008-0,184)
Divorciado	8 (72,7)	3 (27,3)	0,196	0,375	(0,085-1,660)
Viúvo	4 (80,0)	1 (20,0)	0,236	0,250	(0,025-2,474)
Hepatite					
Tem/teve	12 (60,0)	8 (40,0)			
Não teve	69 (82,1)	15 (17,9)	0,041	3,067	(1,068-8,803)
Sexo com profissional do sexo					
Não	70 (84,3)	13 (15,7)			
Sim	11 (52,4)	10 (47,6)	0,006	4,895	(1,728-13,864)
Sexo em grupo					
Não	70 (92,1)	6 (7,9)			
Sim	11 (39,3)	17 (60,7)	<0,001	18,030	(5,841-55,653)
Sífilis					
Não	69 (85,2)	12 (14,8)			
Sim	12 (52,2)	11 (47,8)	0,003	5,271	(1,896-14,651)
Gonorreia					
Não	74 (82,2)	16 (17,8)			
Sim	7 (50,0)	7 (50,0)	0,013	4,625	(1,423-15,033)
Chato					
Não	72 (81,8)	16 (18,2)			
Sim	9 (56,3)	7 (43,8)	0,044	3,500	(1,135-10,797)
Reside com algum parceiro					
Sim	56 (96,6)	2 (3,4)			
Não	25 (54,3)	21 (45,7)	<0,001	23,520	(5,118-108,088)
Sexo em troca de álcool, dinheiro, abrigo e/ou comida					
Não	70 (87,5)	10 (12,5)	<0,001	8,272	(2,921-23,429)
Sim	11 (45,8)	13 (54,2)			

Tabela 14 - Comparação do número de parceiros entre os indivíduos que fizeram sexo sem preservativo nos últimos três meses (conclusão)

	Número de parceiros entre os indivíduos que não usaram preservativo nos últimos três meses		p	OR	IC 95%
	1 parceiro n (%)	2 ou mais n (%)			
Uso de cocaína no último mês					
Não	80 (80,0)	20 (20,0)	0,033	12,000	(1,184-121,573)
Usou	1 (25,0)	3 (75,0)			
Padrão de consumo de álcool					
Consumo de baixo risco/abstêmios	72 (82,8)	15 (17,2)	0,040	1,920	(0,340-10,848)
Consumo de risco	5 (71,4)	2 (28,6)	0,460		
Uso nocivo/consumo de alto risco	2 (66,7)	1 (33,3)	0,486		
Provável dependência	2 (28,6)	5 (71,4)	0,005	12,000	(2,124-67,797)
Uso de cocaína antes do sexo					
Não	79 (80,6)	19 (19,4)	0,021	8,316	(1,417-48,807)
Sim	2 (33,3)	4 (66,7)			
Sexo vaginal					
Não	18 (50,0)	18 (50,0)	<0,001	0,079	(0,026-0,243)
Sim	63 (92,6)	5 (7,4)			
Sexo anal receptivo					
Não	59 (95,2)	3 (4,8)	<0,001	17,879	(4,831-66,165)
Sim	22 (52,4)	20 (47,6)			
Sexo anal insertivo					
Não	67 (89,3)	8 (10,7)	<0,001	8,973	(3,192-25,221)
Sim	14 (48,3)	15 (51,7)			
Orientação sexual					
Heterossexual	62 (92,5)	5 (7,5)	0,000	13,129	(4,255-40,513)
Homossexual	17 (48,6)	18 (51,4)	0,000		
Bissexual	1 (100)	0	1,000		
Idade da 1ª relação sexual					
Antes dos 12 anos	4 (36,4)	7 (63,6)	0,014	11,375	(1,651-78,378)
Entre 12 e 14 anos	20 (71,4)	8 (28,6)	0,013		
Entre 15 e 16 anos	25 (89,3)	3 (10,7)	0,270		
Entre 17 e 18 anos	19 (86,4)	3 (13,6)	0,798		
Mais de 18	13 (86,7)	2 (13,3)	0,978		

6. DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi avaliar a taxa de sexo sem preservativo e a influência de sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, consumo de álcool e outras drogas, repertório de habilidades sociais e características do parceiro sexual na prática de sexo sem preservativo e em ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista em uma amostra representativa de indivíduos com HIV/AIDS em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo. Este é, até onde foi possível encontrar, o primeiro estudo que apresenta dados sobre comportamento sexual de risco em uma amostra representativa de pessoas com HIV/AIDS em tratamento em uma grande metrópole brasileira.

As características apresentadas pelos indivíduos com HIV em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo observadas nesse estudo acompanham a evolução da epidemia no país em relação à idade, sexo e forma de contaminação. De acordo com o último relatório epidemiológico (Brasil, 2013) as maiores taxas de incidência de AIDS estão entre homens e pessoas com idade entre 30 e 49 anos. Nesse estudo a maioria dos indivíduos era do sexo masculino e tinha entre 25 e 54 anos. As relações hetero e bissexual são as formas de transmissão que mais têm contribuído para disseminação do vírus. No Brasil, a incidência de casos entre os heterossexuais foi a que mostrou o maior aumento, influenciando de forma decisiva a expansão da epidemia entre as mulheres (Rachid, Schechter, 2001). Nesse estudo, a forma de transmissão mais prevalente foi a sexual, sendo por relacionamento heterossexual e com parceiro fixo, corroborando as características descritas nos relatórios epidemiológicos nacionais (Antonio, Bahamandes, Cupertino, 2000; Brasil, 2010/2013; Rocha, 2003).

Em relação à escolaridade, quase 60% da amostra tinham concluído o ensino médio. Já no último relatório epidemiológico nacional (Brasil, 2012), a maioria apresentou escolaridade entre quinta série e ensino médio completo. As altas taxas de escolaridade na população entrevistada podem estar associadas ao tipo de população entrevistada. Os indivíduos em tratamento podem apresentar comportamentos distintos daqueles com HIV que não estão vinculados a um serviço especializado. A maioria também relatou ter renda acima de um salário mínimo. Além disso, quase 90% estavam em tratamento antirretroviral, o que contribui para a qualidade de vida e maior chance de trabalhar e gerar renda.

A baixa idade das primeiras relações sexuais citadas na literatura científica como fatores de risco às DSTs parece se confirmar em nossa amostra (Gravningen *et al.*,

2013; Jalkh *et al.*, 2013; Tilahun, Ayele, 2013). Mais da metade dos entrevistados relatam ter tido a primeira relação sexual antes dos 16 anos.

Um dado importante observado nesse estudo foi que quase metade das mulheres relataram ter tido algum aborto provocado ou espontâneo alguma vez na vida. A taxa de aborto foi superior as encontradas em estudos nacionais que apontam índices em torno de 30% (Barbosa *et al.*, 2009; Jagannathan, 2001; Olinto, Moreira Filho, 2004; Santos *et al.*, 2002a). As taxas de relato de aborto em países onde a prática é legal variam entre 40% e 65% em estudos de base populacional realizados nos Estados Unidos da América (Jagannathan, 2001) e na França (Rossier, Michelot, Bajos, 2007). No Brasil, estudo exploratório conduzido com uma amostra de conveniência de 148 mulheres com HIV/AIDS atendidas em um centro de referência em DST e AIDS no município de São Paulo mostrou que um terço delas já havia realizado pelo menos um aborto (Santos *et al.*, 2002a).

Diferenças metodológicas entre os estudos que investigam sobre o aborto na população feminina em geral e a escassez daqueles que investigam aborto entre mulheres com HIV/AIDS tornam difícil a comparação entre os achados. A ilegalidade desse ato também dificulta essa investigação. Muitas mulheres se sentem constrangidas em relatar questões relacionadas ao aborto, já que este assunto é permeado por questões morais e religiosas e mais ainda em contextos de ilegalidade da sua prática, como é o caso do Brasil. O modo de indagar a questão, sem entrar em pormenores sobre o evento, e nem questionar as razões que permearam o aborto pode ter deixado as mulheres menos constrangidas em falar sobre o assunto, consequentemente mais mulheres relataram ter sofrido algum tipo de aborto. O objetivo desse estudo não foi avaliar fatores relacionados ao aborto. Entretanto, como essa variável pode estar relacionada ao comportamento sexual de risco, podendo ser, inclusive, um comportamento sinalizador de práticas de risco relacionadas a múltiplos parceiros e sexo sem preservativo, tal questão foi incluída na pesquisa.

Os poucos estudos existentes mostram que as taxas de abortamento espontâneo (D'Ubaldo *et al.*, 1998; Miotti *et al.*, 1990) e induzido (De Vincenzi *et al.*, 1997; Thackway *et al.* 1997) entre mulheres com HIV são maiores em comparação com as mulheres sem HIV. Fatores relacionados a própria doença, pouca escolaridade, baixa renda e relacionamento com parceiro casual têm sido apontados como variáveis associadas ao aborto nessa população (Barbosa *et al.*, 2009; Menezes, Aquino, Silva,

2006; Sihvo *et al.*, 2003; Townsend *et al.*, 2008). Alguns estudos também apontam que violência sexual e contaminação por DSTs como sífilis e gonorreia aumentam o risco de aborto (Owusu-Edusei *et al.*, 2014). Nesse estudo as altas taxas de aborto foram associadas a história de contaminação por DSTs, o que pode indicar história anterior de práticas sexuais de risco ao longo da vida, como sexo sem preservativo e múltiplos parceiros.

Ter sofrido violência sexual foi relatado por 11,4% da população investigada. Taxas semelhantes foram encontradas no estudo realizado por Tsai *et al.* (2011). No presente estudo, todos os casos de violência sexual relatados se referem a uma história passada, nenhum caso tinha ocorrido nos últimos 12 meses. Todos os casos tinham ocorrido na infância, adolescência ou início da idade adulta. Pais, irmãos, padrastos e conhecidos da família foram os principais responsáveis pelos atos de violência sexual. Trinta e três mulheres e 43 homens relataram ter sofrido violência sexual. Não houve diferença significativa entre violência sexual e sexo.

Abusos e violência sexuais têm sido associados à presença de transtornos psiquiátricos na idade adulta, como por exemplo, o uso de drogas, beber pesado e sexo de risco (Aded *et al.*, 2006; Messman-Moore, Brown, 2004; Molnar, Buka, Kessler, 2001), bem como se colocar em situações de práticas sexuais de risco, como sexo sem preservativo, múltiplos parceiros e sexo em troca de dinheiro e/ou droga (Raj *et al.*, 2013; Tsai *et al.*, 2011). Estudo realizado com prostitutas (n=325) que atuavam em Miami (EUA), mostrou, que mais da metade delas haviam sido vítimas de abuso sexual quando crianças (Surrat *et al.*, 2004).

Outra associação comum entre pessoas com HIV é a co-infecção com Hepatites B e C (Farias *et al.*, 2012). A principal razão é que o meio de contaminação é o mesmo, deixando os indivíduos mais susceptíveis a outras infecções. A presença do HBV (Hepatite B) no portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) reveste-se de importância clínica, na medida em que a ocorrência de tal co-infecção parece favorecer um pior prognóstico do paciente, bem como interferir nos resultados da terapêutica aplicada (Segurado *et al.*, 2004; Silva, Barone, 2006; Wolff, 2007). A co-infecção de Hepatites em pacientes com HIV é muito frequente (Pavan *et al.*, 2003; Souza Milta *et al.*, 2004) e é explicada pelas vias de transmissão comuns a estes dois vírus, basicamente sexual, vertical e parenteral. Nesse estudo quase 20% dos indivíduos

apresentaram co-infecção com hepatite B e/ou C. Prevalência semelhante foi encontrada por Souza *et al.* (2004) em um estudo nacional com 401 pacientes com HIV.

Em relação às alterações psicopatológicas avaliadas, as taxas de presença de sintomas de ansiedade e depressão foram semelhantes às encontradas na literatura. Quase metade da amostra apresentou algum grau de ansiedade e/ou depressão. Essas são as patologias psiquiátricas mais frequentes em pessoa com HIV (Brasil, 2008a; Campos *et al.*, 2008; Owe-Larsson *et al.*, 2009). O desenvolvimento destes transtornos está associado à revelação diagnóstica da doença, história pregressa de transtornos mentais, uso/abuso/dependência de álcool ou outras drogas. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais estão os efeitos diretos do vírus, as manifestações oportunistas que acometem o SNC, a cronicidade e a gravidade da doença, os efeitos adversos causados pelo tratamento (como a lipodistrofia) e limitações sociais e afetivas, como por exemplo, a dificuldade em se manter nas atividades profissionais, nos relacionamentos sexuais, na decisão de ter ou não filhos (Chander, Himelhoch, Moore, 2006a; Kalichman *et al.*, 2007a).

Além da ansiedade e depressão, nesse estudo avaliou-se a presença de sintomas de estresse. Sessenta e quatro por cento da amostra apresentaram sintomas de estresse, sendo que a maior parte desses (65,5%, n=283) apresentou nível de exaustão.

Nota-se que a taxa de sintomas de estresse em pessoas com HIV é bem superior as encontradas na população geral. No Brasil, o maior estudo que avaliou estresse foi realizado por Lipp em 1996 com 1.800 pessoas entrevistadas em aeroporto de São Paulo. Nesse estudo, a taxa de incidência de estresse foi de 32%, bem inferior a encontrada no presente estudo com pessoas em tratamento para HIV. O único estudo nacional encontrado que investigou estresse em pessoas com HIV foi o realizado por Tanganelli em 1996. Esse estudo investigou a incidência de fontes e sintomas de estresse em 12 pessoas com HIV, desses 9 (75%) apresentaram sintomas de estresse. A maioria se encontrava na fase de resistência.

Estudo realizado nos EUA com 101 pessoas com HIV encontrou taxas semelhantes. Nesse estudo, 72,3% das pessoas apresentaram graus elevados de estresse (Cohen *et al.*, 2002).

O estresse é uma reação do organismo frente a uma situação que altera a vida do indivíduo. Ter HIV pode aumentar a chance de o indivíduo apresentar algum nível de estresse em algum momento após o conhecimento da sorologia. A mudança no estilo de

vida, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, o tratamento antirretroviral, e a sensação de risco de morte são alguns dos eventos estressantes que uma pessoa com HIV enfrenta (Bodenmann, Ledermann, Bradbury, 2007; Tunala, 2002; Van der Straten *et al.*, 2000).

A característica crônica da doença, doenças oportunistas, efeitos colaterais dos antirretrovirais como a lipodistrofia, estigma e preconceito, dificuldade de relacionamentos, dificuldades profissionais tanto por preconceito quanto pela dificuldade impostas em decorrência da logística para o tratamento (exames e consultas periódicas, por exemplo), são algumas das dificuldades encontradas por pessoas que vivem com HIV que podem desencadear o estresse (Largu *et al.*, 2012; Tunala, 2002).

Neste estudo, a maior taxa de estresse se concentrou na fase de exaustão, mostrando que o HIV e suas consequências apresentam características de um estímulo aversivo crônico e uma exigência do organismo em ter que se adaptar a esse estímulo.

O consumo de álcool e outras drogas é muito comum em pessoas com HIV. A taxa de consumo de álcool e outras drogas no último ano e nos trinta dias anteriores à entrevista foram bem superiores aos encontrados na população geral (Stoner *et al.*, 2007). Enquanto que na população geral brasileira o índice foi de 49,8% para o uso de álcool, 19,2% para tabaco, 10,3% para drogas ilícitas, sendo 2,6% para maconha e 0,7% para cocaína nos últimos 12 meses, na presente pesquisa a taxa foi de 62,1% para o consumo de álcool, 28,5% para o tabaco, 12,4% para as drogas ilícitas, sendo 7,8% para o uso de maconha e 5,1% para o uso de cocaína. Para o uso recente, com exceção do uso de álcool no qual as taxas foram semelhantes (próximo de 38,5%), a taxa do consumo de tabaco foi 32,6% maior do que na população geral. As incidências também foram superiores para o consumo de drogas ilícitas, chegando a 500% a mais para o consumo de cocaína e 158% a mais para o consumo de maconha quando comparadas às da população geral.

Essas altas taxas podem indicar a prática de um conjunto de comportamentos de risco emitidos ao longo da vida e mantidos atualmente por esta população. Os indivíduos que apresentaram um comportamento de risco parecem mais vulneráveis a emitir outros comportamentos de risco.

A presença de sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse e habilidades sociais interferiram na chance de ter parceiro sexual nos três meses anteriores à entrevista, mas não em fazer sexo sem preservativo e em ter múltiplos parceiros. Já o

uso de álcool e outras drogas foi associado a ter parceiro sexual, prática de sexo sem preservativo e a ter tido múltiplos parceiros.

Nesse estudo, quase 62% da amostra relataram ter feito sexo nos três meses anteriores à entrevista. Ter idade menor que 45 anos, ser casado, ter trabalho, ter tido uma vida sexual ativa pregressa marcada por prática de sexo com profissional do sexo, sexo em grupo e história de contaminação por sífilis, consumir álcool no mês anterior à entrevista, estar com o CD4 acima de 350 cels/mm³ e não ter depressão foram os fatores que influenciaram as pessoas com HIV em ter parceiro sexual nos três meses anteriores à entrevista.

A taxa de sexo sem preservativo foi semelhante à encontrada na maioria dos estudos com pessoas com HIV de grandes centros urbanos americanos e europeus, que varia de 20 a 30% (Camoni *et al.*, 2011; Rosser *et al.*, 2008; Wang *et al.*, 2013). Nessa pesquisa, 25,3% da amostra relataram ter praticado sexo sem preservativo nos três meses anteriores à entrevista. Setenta e dois por cento relataram ter usado preservativo com parceiros estáveis. Em um levantamento nacional realizado por Berquó e colaboradores (Barbosa, Koyam, 2008; Berquó, Barbosa, Lima, 2008), na pesquisa "Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS" (Brasil, 2008b), 82,2% dos brasileiros relatam ter feito sexo nos 12 meses anteriores à entrevista e 33,1% utilizaram preservativo com parceiros estáveis. Em relação aos parceiros casuais parece não haver muita diferença. No levantamento nacional, 78,6% dos brasileiros com parceiros casuais relataram ter usado preservativo no último ano, e na presente pesquisa 79,5% das pessoas com HIV que tiveram parceiros casuais fizeram uso de preservativo nos três meses anteriores à entrevista. Por outro lado, as pessoas com HIV tendem a ter mais parceiros sexuais. Nessa pesquisa 15,7% da amostra relatou ter tido dois ou mais parceiros nos três meses anteriores à entrevista, enquanto que 11,6% da população brasileira relataram ter tido dois ou mais parceiros nos 12 meses anteriores à entrevista. As comparações aqui realizadas precisam ser vistas com cautela já que os períodos estudados foram diferentes (3 meses na presente pesquisa e 12 meses no levantamento nacional).

De acordo com a literatura, avalia-se comportamento sexual de risco investigando a prática de sexo sem preservativo e pelo número de parceiros. Os três meses anteriores à entrevista é um período muito usual na literatura para se avaliar essas

características, já que corre-se o risco do viés da lembrança quando se investiga comportamentos em um período maior de tempo.

A análise multivariada mostrou que entre os indivíduos com HIV na cidade de São Paulo, ter tido de 2 a 4 parceiros no último ano aumentou a chance dos indivíduos usarem preservativo. Por outro lado, ter parceiro com HIV e usar maconha antes do sexo diminuiu a chance dos indivíduos fazerem uso consistente (em todos os atos sexuais nos últimos três meses) do preservativo nos atos sexual anais e/ou vaginais. Fatores sociodemográficos, incluindo sexo, orientação sexual, presença de problemas psicológicos como ansiedade e depressão e valor do CD4 não foram associados ao uso de preservativo nessa população. Muitos estudos apontam esses como os principais fatores associados à prática de sexo sem preservativo entre pessoas com HIV, justificando que pessoas menos escolarizadas, que estão com o CD4 acima de 350 cels/mm³, que tem ansiedade e depressão e que fazem uso de álcool e outras drogas independente do contexto sexual são mais propensas a não utilizar preservativo por apresentarem dificuldade em avaliar os riscos associados a essa prática. Os indivíduos que fizeram uso de maconha antes do ato sexual tenderam não usar preservativo.

O uso/abuso e/ou dependência de droga tem sido consistentemente associado à prática de sexo sem preservativo (Harbertson, *et al.*, 2013, Poudel *et al.*, 2009). Homens e mulheres, quando estão sob efeito de álcool ou droga, ficam mais vulneráveis a praticarem sexo sem preservativo, tanto com parceiros fixos quanto com parceiros casuais, inclusive com profissionais do sexo (Hart, Heimberg, 2005; Madhivanan, *et al.*, 2005). A intoxicação pelo álcool e outras drogas diminui a capacidade de avaliação dos riscos associados à infecção pelo HIV, dificulta a negociação e, consequentemente, o uso do preservativo (Kalichman *et al.*, 2007b; Maisto *et al.*, 2004; Sam *et al.*, 2006). As drogas mais comuns relacionadas à prática de sexo sem preservativo são o álcool, a maconha e os estimulantes, como cocaína, ecstasy e anfetaminas.

A sorologia do parceiro também é uma variável importante que pode interferir no uso do preservativo em pessoas com HIV/AIDS. Na presente pesquisa, os indivíduos que tinham parceiros soroconcordantes tiveram mais chance de não usar preservativo do que aqueles que tinham parceiros sorodiscordantes ou de sorologia desconhecida.

A falta de conhecimento dos riscos de reinfecção e a crença de que não haveria risco de contaminação pelo fato de a carga viral estar baixa e por estar em tratamento

antirretroviral são alguns dos fatores relacionados à prática de sexo sem preservativo entre pessoas soroconcordantes (Singa *et al.*, 2013; UNAIDS, 2013).

Pessoas com HIV e que praticam sexo sem preservativo com parceiros soroconcordantes têm mais risco de contrair a forma mais agressiva e resistente da doença (Bouhnik *et al.*, 2007; Jin *et al.*, 2010). A reinfecção com outras variações do vírus aumenta a chance de o indivíduo ficar resistente aos antirretrovirais (Remien *et al.*, 2005).

Poudel *et al.* (2009) mostraram que os participantes que tinham conhecimento da superinfecção e de que a presença de outras DSTs em pessoas soropositivas aumenta a progressão da doença tiveram quase três vezes mais chance de usar preservativo com pessoas soroconcordantes. Aqueles que acreditavam que o preservativo não atrapalhava a relação sexual também foram mais propensos a usá-lo.

Bunnell *et al.* (2008) observaram que os indivíduos que não tinham conhecimento do *status* sorológico do parceiro apresentaram três vezes mais chance de usar preservativo no último ato sexual em comparação àqueles que tinham parceiros soroconcordantes.

No presente estudo, as características das pessoas com HIV que tem múltiplos parceiros estiveram relacionadas a uma história de práticas sexuais de risco marcada por contaminação por outras DST, sexo em troca de dinheiro, álcool, droga, abrigo e/ou comida, sexo com profissional do sexo, ter feito sexo em grupo, ter tido algum parceiro soropositivo nos últimos três meses, não residir com o parceiro, orientação homossexual, CD4 acima de 350 cels/mm³ e ter feito uso de cocaína antes do sexo.

Na literatura especializada, estar em tratamento antirretroviral tem sido considerado como uma variável importante que poderia influenciar o comportamento sexual de risco em pessoas com HIV. Os indivíduos em tratamento teriam uma menor percepção dos riscos, acreditavam estar mais protegidos e com um risco diminuído em relação à transmissão do HIV. No presente estudo, ter CD4 acima de 350 cels/mm³ influenciou no comportamento sexual das pessoas com HIV, tanto em ter vida sexual ativa, quanto em ter práticas sexuais de risco como sexo sem preservativo e múltiplos parceiros. O valor do CD4 é um marcador da evolução da infecção pelo HIV e o fato dele estar alto parece gerar, junto com a carga viral indetectável, uma sensação de saúde e baixo risco. Com isto, estes indivíduos apresentariam práticas de risco mais frequentes do que aqueles com carga viral detectável e CD4 baixo.

Considerando que ter tido dois ou mais parceiros e não usar preservativo nos atos sexuais são comportamentos de alto risco em pessoas com HIV, foram realizadas análises univariadas e múltiplas com o objetivo de verificar os fatores relacionados a presença dos dois comportamentos. O perfil desses indivíduos foram muito semelhantes, sugerindo que os comportamentos de alto risco são correlacionados. O uso de drogas e a prática de sexo anal, principalmente praticada por homens que fazem sexo com outros homens foram fatores associados a estes comportamentos.

Em uma amostra clínica, identificar características (potenciais marcadores) relacionadas aos comportamentos sexuais de risco é um passo importante para poder intervir nestes pacientes. Esta intervenção tem como objetivo prevenir os prejuízos decorrentes destes comportamentos ao sujeito e a outras pessoas.

6.1. Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas o viés de lembrança. As perguntas investigaram comportamento sexual nos últimos três meses, consumo de álcool e drogas no ano e no mês anterior à entrevista. Para atenuar esse viés, no início da entrevista, quando se investigou o comportamento sexual nos últimos três meses era pedido para que o participante falasse uma data ou evento importante que tivesse acontecido há aproximadamente 3 meses e que o período investigado seria a partir daquele evento. Outra limitação desse estudo refere-se à avaliação sobre o consumo de álcool e drogas. Essa avaliação foi feita apenas por auto-relato e não houve outra medida de confiabilidade do relato, como por exemplo, um teste de urina. Nesse estudo foram entrevistadas pessoas em tratamento, não sendo possível generalizar os resultados para todas as pessoas vivendo com HIV em uma grande metrópole.

7. CONCLUSÃO

Pessoas com HIV em tratamento na cidade de São Paulo com vida sexual ativa são aquelas que relatam ter parceiros fixos ou serem casadas, que trabalham, que fazem uso ocasional de álcool, que portam boa saúde, indicada pelo valor do CD4 acima de 350 cels/mm³, e que não apresentam sintomas de depressão. Também apresentam história pregressa de atividade sexual de risco, marcada por história de contaminação por DSTs, sexo com profissional do sexo e sexo em grupo.

O comportamento sexual de risco em pessoas com HIV em tratamento na cidade de São Paulo foi associado ao uso de álcool e drogas, número de parceiros, CD4 acima de 350 cels/mm³ e as características dos parceiros sexuais (parceiro sororconcordante).

Problemas psicológicos como ansiedade, depressão e estresse afetaram significativamente a vida sexual dessa população diminuindo as chances de fazer sexo nos três meses anteriores à entrevista, mas não no uso de preservativo e em ter múltiplos parceiros. A falta de habilidades sociais também influenciou a vida sexual. Pessoas inassertivas tiveram menos chance de fazer sexo do que as assertivas. Habilidades sociais parece ser uma variável importante para se treinar em programas que têm por objetivo prevenir comportamento sexual de risco na população geral e entre pessoas que ainda não se expuseram a comportamentos de risco. Já no nosso estudo essa variável não foi determinante para prática de sexo sem preservativo e em ter múltiplos parceiros.

Um fato relevante, que merece ser abordado com os pacientes, é a influência das características do parceiro sexual (parceiro soropositivo) na prática de sexo sem preservativo em pessoas com HIV.

A orientação homo e bissexual, prática de sexo anal e o sexo masculino foram características mais prevalentes em pessoas que têm mais parceiros sexuais. Já o consumo de álcool e outras drogas foi uma característica importante presente nos dois comportamentos de risco, principalmente quando o uso antecede o ato sexual.

Esses resultados apontam pontos importantes a serem levados em conta na elaboração de programas de prevenção.

8. ANEXOS

8.1. Anexo A – Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Questões	Pontos
1. Qual é: Ano? Estação (Metade do ano)? Data? Dia? Mês?	5
2. Onde estamos: Estado? País? Cidade? Bairro ou hospital? Andar?	5
3. Nomeie três objetos (carro, vaso, janela) levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas).	3
4. 7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número, etc. Alternativa: Soletre "MUNDO" de trás para frente. Interrompa após 5 respostas.	5
5. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos em 3.	3
6. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2
7. Peça ao paciente que repita "nem aqui, nem ali, nem lá".	1
8. Peça ao paciente que obedeça sua instrução: "Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mãos. Coloque o papel no chão".	3
9. Peça ao paciente para ler e obedecer o seguinte: "Feche os olhos".	1
10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha.	1
11. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho:	1

Escore total: (máximo de 30) _____

Fonte: Folstein *et al.*, 1975; Bertolucci *et al.*, 1994

8.2. Anexo B - Questionário sociodemográfico

Dados sociodemográficos

Nº da ficha da entrevista: T0 00_____

Data da entrevista

Entrevistador

Local da entrevista:

N. de Registro de atendimento

Nome_____

Telefone do paciente:_____

Sexo: () Masculino () Feminino Qual sua **idade**?

1) Qual a sua situação profissional?

- () Trabalho regular/diário
- () Trabalho irregular/bico
- () Desempregado
- () Aposentado por Tempo de Serviço
- () Aposentado por Invalidez

2) Qual sua profissão:

3) Grau de Instrução:

- () Não estudou
- () Ensino Fundamental
- () Ensino Médio
- () Ensino Superior
- () Pós-graduação

4) Estudou até que série?

- () Concluído
- () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª
- () 5ª () 6ª () 7ª () 8ª

5) Qual a sua renda individual?

- () Não tem
- () Até 1 salário mínimo (R\$545,00)
- () De 1 a 3 salários mínimos (entre 545 e 1635 reais)
- () De 3 a 6 salários mínimos (entre 1635 e 3270 reais)
- () Acima de 6 salários mínimos (3270 reais)

6) Estado civil:

- () Solteiro
- () Casado/unido
- () Viúvo
- () Divorciado/separado

7) Você tem/teve HEPATITE? () TEM () TEVE () NÃO

8) Qual tipo de HEPATITE?

- () Hepatite B () Hepatite C () Hepatite D
() Hepatite BC () Hepatite BD () Hepatite CD

9) Fez/Faz tratamento para HEPATITE? () FAZ () FEZ () NÃO

10) Forma de contaminação pelo vírus da HEPATITE?

11) Hepatite B:

- () Relação sexual
() Transfusão de sangue
() Droga injetável
() Hemofilia
() Transmissão vertical
() Não sabe
() Não aplicável

12) Hepatite C:

- () Relação sexual
() Transfusão de sangue
() Droga injetável
() Hemofilia
() Transmissão vertical
() Não sabe
() Não aplicável

13) Hepatite D:

- () Relação sexual
() Transfusão de sangue
() Droga injetável
() Hemofilia
() Transmissão vertical
() Não sabe
() Não aplicável

14) Há quanto tempo você sabe que é portador do vírus HIV?

15) Qual foi a forma de contaminação pelo vírus HIV?

- () Relação sexual
() Transfusão de sangue
() Droga injetável
() Hemofilia
() Transmissão vertical
() Não sabe

16) (Contaminação por via sexual): Qual era sua relação com a pessoa que o contaminou?

- () Parceiro fixo
() Parceiro casual
() Não sabe
() Não aplicável

17) Há quanto tempo estavam juntos? (apenas para os que se contaminaram por via sexual?)

18) Atualmente está em tratamento antirretroviral? ()SIM () NÃO

19) Quais antirretrovirais você está tomando?

20) Você toma alguma outra medicação?

21) Quando foi a última vez em que fez exames de CD4 e Carga Viral?

22) Último resultado de CD4:_____

23) Último resultado de Carga Viral:_____

24) Está em tratamento Psicológico? () SIM () NÃO

25) Está em tratamento Psiquiátrico? () SIM () NÃO

26) Você toma algum remédio indicado pelo Psiquiatra? () SIM () NÃO

27) Quais remédios indicado pelo Psiquiatra?

8.3. Anexo C - Escala de Avaliação para Depressão de Beck

Inventário Beck de Depressão

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve **como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas do grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1 - TRISTEZA

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me melancólico ou triste.
- 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste e infeliz que não posso suportar.

2 – PESSIMISMO

- 0 Não estou particularmente triste ou desencorajado(a) quanto ao futuro.
- 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
- 3 Sinto que o futuro é sem esperanças e que as coisas não podem melhorar.

3 - SENSO DE FRACASSO

- 0 Não me sinto um fracassado.
- 1 Sinto que tenho fracassado mais que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás na minha vida tudo o que vejo é uma porção de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso como pessoa.

4 - INSATISFAÇÃO

- 0 Sinto-me satisfeito com as coisas como sempre me senti.
- 1 Não gosto das coisas como gostava antes.
- 2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
- 3 Estou insatisfeito(a) com tudo.

5 - CULPA

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
- 2 Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6 - EXPECTATIVA DE PUNIÇÃO

- 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
- 1 Sinto que possa ser punido(a).
- 2 Espero ser punido(a).
- 3 Sinto que estou sendo punido(a).

7 - AUTODESGOSTO

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo.
- 1 Sinto-me desapontado(a) comigo.
- 2 Sinto-me aborrecido comigo.
- 3 Eu me odeio.

8 - AUTO-ACUSAÇÕES

- 0 Não acho que sou pior do que os outros.
- 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
- 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.

9 - IDÉIAS SUICIDAS

- 0 Não penso nunca em me matar.
- 1 Às vezes penso em me matar, mas não levo isso a diante.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10 - CHORO

- 0 Não costumo chorar mais do que o normal.
- 1 Choro mais agora que antes.
- 2 Atualmente choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo querendo.

11 - IRRITABILIDADE

- 0 Agora as coisas não me irritam mais do que antes.
- 1 Fico chateado(a) ou irritado mais facilmente do que antes.
- 2 Atualmente, sinto-me mais irritado(a) o tempo todo.
- 3 Não me irrita mais com as coisas como antes.

12 - INTERAÇÃO SOCIAL

- 0 Não perdi o interesse nas outras coisas ou pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que antes pelas outras pessoas.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13 - INDECISÃO

- 0 Tomo decisões tão bem como antes.
- 1 Odeio minhas decisões mais do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisão alguma.

14 - MUDANÇA DA IMAGEM CORPORAL

- 0 não sinto que minha aparência seja pior do que antes.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
- 2 Sinto mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio(a).

15 - RETARDO PARA O TRABALHO

- 0 Posso trabalhar tanto quanto antes.
- 1 Preciso de mais força para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar demais para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16 - INSÔNIA

- 0 Durmo tão bem quanto o de costume.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo antes do que de costume e tenho dificuldades de voltar a dormir.
- 3 Acordo muito mais cedo do que de costume e não consigo voltar a dormir.

17 - SUSCETIBILIDADE A FADIGA

- 0 Não fico mais cansado(a) do que ficava antigamente.
- 1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
- 2 Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
- 3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.

18 - ANOREXIA

- 0 Meu apetite continua como de costume.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está pior agora.
- 3 Não tenho nenhum apetite.

19 - PERDA DE PESO

- 0 Não tenho perdido peso ultimamente.
- 1 Emagreci mais de 2 quilos e meio.
- 2 Emagreci mais de 5 quilos.
- 3 Emagreci mais de 7 quilos.

20 - PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA

- 0 Não tenho maiores preocupações com minha saúde.
- 1 Problemas físicos (dores de cabeça, estômago, etc...) me preocupam.
- 2 Preocupação com problemas físicos me dificulta pensar em outras coisas.
- 3 Preocupação com meus problemas físicos me impede de pensar em outras coisas.

21 - PERDA DE INTERESSE SEXUAL

- 0 Ultimamente não tenho observado mudanças em meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo ultimamente.
- 3 Perdi completamente o interesse sexual.

8.4. Anexo D - Escala de Avaliação para Ansiedade de Beck

Inventário Beck de ansiedade

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Indique **o quanto** você foi incomodado por cada sintoma durante a ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOJE colocando um X no espaço correspondente da coluna próxima a cada sintoma.

	Questões	Nada	Fraco Não me incomodou muito	Moderado Foi muito desagradável, mas consegui agüentar	Muito forte Eu quase não consegui agüentar
1	Dormência ou formigamento				
2	Calores				
3	Pernas bambas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo do pior acontecer				
6	Tonteira ou cabeça leve				
7	Coração batendo forte/acelerado				
8	Inquieto(a)				
9	Aterrorizado(a)				
10	Nervoso(a)				
11	Sensação de sufocamento				
12	Mãos tremendo				
13	Trêmulo(a)				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustado(a)				
18	Indigestão/ desconforto abdominal				
19	Desmaio				
20	Face ruborizada				
21	Suores (não devido a calor)				

8.5. Anexo E - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Quadro 1

Você vai me dizer os sintomas que tem sentido **de ontem de manhã/tarde/noite até agora**

	01	Mãos (pés) frios
	02	Boca seca.
	03	Nó no estômago
	04	Aumento da quantidade de suor
	05	Tensão muscular
	06	Aperto dos dentes/ranger de dentes
	07	Diarreia passageira
	08	Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite
	09	Coração disparado
	10	Falta de ar respiração acelerada
	11	Pressão alta de repente e que passou logo
	12	Mudança de apetite
	13	Aumento no apetite de repente
	14	Entusiasmo de repente
	15	Vontade inesperada de iniciar novos projetos/serviços

Quadro 2

Você vai me dizer os sintomas que sentiu na **última semana** (de ____ até hoje).

	16	Problemas com a memória
	17	Mau estar generalizado
	18	Formigamento de mãos/pés
	19	Sensação de desgaste físico constante
	20	Mudança de apetite
	21	Aparecimento de problema de pele
	22	Pressão alta
	23	Cansaço constante
	24	Aparecimento de úlcera
	25	Tontura/ sensação de estar flutuando
	26	Muito sensível com nível de emoção
	27	Dúvida quanto a si próprio
	28	Pensar direito em um só assunto
	29	Irritabilidade excessiva
	30	Diminuição do desejo por sexo

Quadro 3

Você vai me dizer os sintomas que sentiu **no último mês** (de ____ até hoje).

	01	Diarréia frequente
	02	Dificuldade com sexo
	03	Dificuldade para pegar no sono/acordar durante a noite
	04	Náuseas/ ânsia de vomito.
	05	Tiques/ manias, por exemplo: ficar mexendo no cabelo
	06	Pressão alta
	07	Problema de pele por um tempo longo
	08	Mudança extrema de apetite.
	09	Excesso de gases
	10	Tontura frequente
	11	Úlcera
	12	Enfarte
	13	Impossibilidade de trabalhar/estudar
	14	Pesadelos
	15	Sensação de não ser competente em todas as áreas
	16	Vontade de fugir de tudo
	17	Apatia /desinteresse, depressão ou raiva prolongada
	18	Cansaço excessivo
	19	Pensar/falar direto em um só assunto
	20	Irritabilidade aparente
	21	Angústia/ansiedade diária
	22	Super-sensível
	23	Perda de senso de humor

Avaliação**Total**

A) F1 ()

P1 ()

B) F2 ()

P2 ()

C) F3 ()

P3 ()

Total (Vertical)

F()

P ()

8.6. Anexo F - Escala de Assertividade de Rathus

ESCALA DE ASSERTIVIDADE DE RATHUS (RAS) (Rathus, 1973)

NOME: _____ No. _____
 TERAPEUTA: _____ DATA: _____ AVALIAÇÃO: _____

Indique, mediante o seguinte código, até que ponto cada uma das afirmações da lista o descrevem ou caracterizam.

+3 Condiz muitíssimo comigo +2 Condiz bastante comigo +1 Condiz um pouco comigo
 -1 Não condiz muito comigo -2 Não condiz quase nada comigo -3 Não condiz nada comigo

1. Muitas pessoas parecem ser mais agressivas e assertivas que eu*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
2. Relutei em marcar ou aceitar compromissos por timidez*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
3. Quando a comida que me servem no restaurante não está de meu gosto, queixo-me ao garçom ou garçonete.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
4. Evito ferir os sentimentos de outras pessoas mesmo quando me aborrecem*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
5. Quando um vendedor gasta um bom tempo mostrando-me um produto de que imediatamente não gosto, sinto dificuldade em dizer "não"*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
6. Quando dizem para eu fazer alguma coisa, insisto em saber por quê.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
7. Às vezes provooco abertamente uma discussão.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
8. Luto, como a maioria das pessoas, para manter minha posição.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
9. Na verdade, as pessoas muitas vezes se aproveitam de mim*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
10. Tenho prazer em puxar conversa com conhecidos e desconhecidos.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
11. Muitas vezes não sei o que dizer a pessoas atraentes de outro sexo*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
12. Evito telefonar para instituições ou empresas*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
13. Para solicitar um trabalho ou a admissão em uma instituição prefiro escrever cartas a realizar entrevistas pessoais*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
14. E embaraçoso devolver um artigo que comprei*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
15. Se um parente próximo ou que respeito me aborrece, prefiro esconder meus sentimentos a expressar meu desgosto.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
16. evitei fazer perguntas com medo de parecer tolo*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
17. Durante uma discussão, muitas vezes tenho medo de alterar a ponto de tremer*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
18. Se um conferencista importante fizesse uma afirmação que considero incorreta, não exporia publicamente meu ponto de vista.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
19. Evito discutir preços com balconistas ou vendedores*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
20. Quando realizo algo importante ou digno de elogios, faço com que os outros saibam.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
21. Sou aberto e franco no que diz respeito a meus sentimentos.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
22. Se alguém fala mal de mim ou acusa-me injustamente de coisas que não fiz, vou procurá-lo o quanto antes para esclarecer tudo	+3 +2 +1 -1 -2 -3
23. Muitas vezes sinto-me pouco à vontade para dizer 'não'*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
24. Costumo reprimir minhas emoções*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
25. No restaurante ou em qualquer local semelhante, queixo-me do mau serviço.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
26. Quando me elogiam com frequência, não sei o que responder*	+3 +2 +1 -1 -2 -3
27. Se duas pessoas em um teatro ou conferência estão falando muito alto, peço que se calem ou vão conversar em outro lugar.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
28. Se alguém fura a fila, chamo sua atenção.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
29. Expresso minhas opiniões com facilidade.	+3 +2 +1 -1 -2 -3
30. Há ocasiões em que sou incapaz de ficar sem dizer alguma coisa.	+3 +2 +1 -1 -2 -3

VERIFIQUE SE RESPONDEU TODAS AS PERGUNTAS.

Gabarito: Obtém-se a pontuação total somando-se as respostas numéricas de cada item, desde que invertidos os valores assinalados com asterisco.

8.7. Anexo G - Questionário sobre uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas

TIPO DE DROGA	USO NA VIDA: Experimentou alguma vez sem orientação médica?	USO RECENTE: Usou esta droga nos últimos 12 meses?	USO RECENTE: Usou esta droga nos últimos 30 dias?
ÁLCOOL	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
TABACO	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
MACONHA / HAXIXE	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
ALUCINÓGENOS (LSD, chá de cogumelo, mescalina.)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
COCAÍNA (exceto crack)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
CRACK	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
ANFETAMINAS (Hipofagin, Moderex, Dualid, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervetin, Preludin, fórmulas para emagrecer, Privina e Aturgil)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
ANTI-COLINÉRGICOS (Artane, Akineton, Chá de Lírio, Saia Branca, Véu de Noiva, Trombeteira, Zabumba, Cartucho)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
TRANQUILIZANTES, ANSIOLÍTICOS E ANTIDISTÔNICOS (Diazepan, Diempax, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Somalium, Lexotan)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
OPIÁCEOS (Dolatina, Meperidina, Demerol, Algafan, Heroína, Morfina, ópio ou Medicamentos a base de codeína)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
SEDATIVO OU BARBITÚRICO (Optalidon, Gardenal, Tonopan, Nembutal, Comital, Pentotal)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
ANABOLIZANTES OU ESTERÓIDES (Cobactin, Deca- Durabolin, Zinabol, Enzivital)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
INALANTES E SOLVENTES (Cola, tiner, éter, clorofórmio, benzina, esmalte, gasolina, loló e lança perfume)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
MDMA, Ecstasy, ICE, EVA ou outras anfetaminas modificadas	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
OUTRAS DROGAS (Periatin, Periavita, Cobavital, Buclina, Vibazina, Apetivit, Profol, Nutrimaiz, Holoten, Carpinol, Medavane)	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

8.8. Anexo H - Questionário de risco para uso de álcool (AUDIT)

AUDIT - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas doses de bebidas contendo álcool consomem num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome cinco ou mais bebidas numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência achou de que não conseguia parar de beber depois de começar a beber?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para "curar" uma ressaca ou para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido no dia anterior?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Alguma vez se feriu ou feriu (prejudicou) alguém após ter bebido (devido ao seu consumo de álcool)?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

8.9. Anexo I - Questionário sobre Comportamento Sexual na Vida**PRÁTICA DE RISCO****1) De 1980 para cá, você recebeu transfusão de sangue?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**2) De 1980 para cá, você teve relação sexual sem preservativo com HOMENS?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**3) De 1980 para cá, você teve relação sexual sem preservativo com MULHERES?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**4) De 1980 para cá, teve relação sexual com profissional do sexo?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**5) De 1980 para cá, teve relação sexual em troca de dinheiro?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**6) De 1980 para cá, você usou drogas injetáveis?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**7) Durante os últimos 6 meses, você usou droga injetável?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei/não lembro**8) De 1980 para cá, fez sexo com mais de um parceiro de uma só vez?**☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei**9) Você teve/tem algum parceiro sexual que teve Hepatite B ou C?**☐ Não ☐ TEVE ☐ TEM☐ Hepatite B ☐ Hepatite C ☐ Hepatite B e C ☐ Não sei**10) Você teve/tem algum parceiro sexual hemofílico?**☐ Não ☐ TEVE ☐ TEM ☐ Não sei

11) teve/tem algum parceiro sexual que teve problema com álcool/droga?

☐ Não ☐ TEVE ☐ TEM

☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Álcool e drogas ☐ Não sei

12) teve/tem algum parceiro sexual que usava droga injetável?

☐ Não ☐ TEVE ☐ TEM ☐ Não sei

13) teve/tem algum parceiro sexual que recebeu transfusão de sangue?

☐ Não ☐ TEVE ☐ TEM ☐ Não sei

14) Você teve/tem alguma Doença Sexualmente Transmissível?

☐ Não ☐ TEVE ☐ TEM ☐ Não sei

15) Qual DST?

☐ Sífilis ☐ Gonorreia ☐ Herpes genital ☐ Chato ☐ HPV ☐ Clamídia

16) Você fez cirurgia de fimose?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Não aplicável

17) Em que ano fez a cirurgia?_____

18) Nos últimos 3 meses você esteve preso?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembro ☐ Recusa a responder

19) Com que idade você teve sua 1ª relação sexual?

☐ Antes dos 12 anos ☐ Entre 12 e 14 anos ☐ Entre 15 e 16 anos

☐ Entre 17 e 18 anos ☐ Entre 19 e 20 anos ☐ Mais de 20 anos ☐ Não sei

20) Quantas vezes você engravidou?

☐ Nenhuma ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ou mais ☐ não aplicável

21) Você teve algum aborto?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

22) Você tem filhos?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

23) Quantos?_____

24) Nos últimos 3 meses você tentou ter filhos?

☐ Sim ☐ Não

25) Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 12 meses?

☐ 0 ☐ 01 ☐ de 02 a 04 ☐ de 05 a 10 ☐ 10 ou mais ☐ não lembra

26) Você usou preservativo no último ato sexual?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra

8.10. Anexo J - Escala de Avaliação de Comportamento Sexual de Risco (SERBAS)

SERBAS FEMININO

Nesta entrevista, eu vou fazer algumas perguntas sobre os seus relacionamentos com mulheres e homens. É importante lembrar que em sexualidade não existe certo ou errado, por isso sinta-se à vontade para falar tudo o que quiser abertamente, lembrando que a confidencialidade desta entrevista está garantida. Tudo que é dito aqui, morre aqui.

A maioria das pessoas não está acostumada a falar de sexo em conversas normais no dia-a-dia. Você pode se sentir desconfortável com algumas das palavras usadas nesta entrevista. Além disso, pode ser difícil para você falar sobre algumas das experiências sobre as quais eu vou lhe perguntar. Talvez ajude se você souber que eu faço entrevistas como esta quase todos os dias e, provavelmente, não há nada em relação a assuntos de sexo que eu não tenha ouvido. Eu estou acostumado a falar com pessoas que fazem muito pouco ou nada em termos de sexo e com pessoas que fazem muitas coisas.

Outra coisa importante de saber é que os funcionários do serviço não terão acesso a nenhuma das respostas que você der. As suas respostas para essas perguntas permanecerão confidenciais e não serão compartilhadas com ninguém. Os pesquisadores não irão saber quais respostas são de qual entrevistado porque todos os nomes serão retirados.

Às vezes, falar sobre sexo pode ser confuso, pois as pessoas usam muitas palavras diferentes para descrever partes do corpo e atividades sexuais. Agora, antes de começarmos com as perguntas, vamos rever bem rapidamente essas palavras e alguns dos tipos de sexo que homens e mulheres podem fazer. Combinar esses termos é importante porque assim não haverá dúvida sobre o que eu ou você poderemos estar falando e também para que você se sinta mais à vontade ao falar sobre este tema. Então eu vou te dizer alguns termos técnicos sobre partes do corpo e tipos de sexo e você vai me dizer como normalmente se refere a cada um deles.

CASO O PARTICIPANTE NÃO FORNEÇA UMA RESPOSTA, VOCÊ PODE DIZER: VOCÊ PODE ATÉ NÃO SE REFERIR A ISSO MAS SE FOSSE FALAR, COMO FALARIA?

AINDA ASSIM SE NÃO FORNECER RESPOSTA ANOTE: “NENHUM”

B. TERMINOLOGIA

***PÊNIS** é o órgão sexual do homem; algumas pessoas chamam de piru, pau ou pica.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

***VAGINA** é a parte do órgão sexual da mulher que fica dentro dela; algumas pessoas chamam de boceta ou xoxota.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

***ÂNUS** é por onde saem as fezes; algumas pessoas chamam de bunda ou cu.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

* **SEXO VAGINAL**, quando um homem coloca o pênis dele dentro da vagina de uma mulher, mesmo que seja só a cabecinha do pênis; algumas pessoas chamam de foder, transar ou fazer sexo.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

* **SEXO ANAL**, quando um homem coloca o pênis dele dentro do ânus de um outro homem ou de uma mulher; algumas pessoas chamam isso de comer cu ou dar o cu.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

***TRAVESTI OU TRANSEXUAL**: é alguém que quer ser ou aparenta ser do sexo oposto, se vestindo como tal, tomando hormônio ou realizando cirurgias plásticas de mudança de sexo.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

ENTREVISTADOR: AO LONGO DA ENTREVISTA, USE OS TERMOS PADRÃO E OS TERMOS DO ENTREVISTADO JUNTO, CASO NÃO HAJA AMBIGÜIDADE. SUBSTITUA PELO TERMO DO ENTREVISTADO, CASO SEJA ADEQUADO.

Nós não esperamos que todas as pessoas que nós entrevistamos tenham feito todas essas coisas. Mas nós queremos ter certeza que temos informação sobre todos os tipos de atividade sexual que podem afetar a saúde dos homens. Você tem alguma pergunta?

À medida que nós continuarmos, se houver alguma palavra ou pergunta que não estiver clara, me avise. As pessoas usam palavras diferentes e eu quero ter certeza que estou usando palavras que façam sentido para você.

Na próxima parte da entrevista, vamos falar sobre a sua vida sexual nos últimos 3 meses. Ou seja, o período que vai de ____ a ____.

Você consegue se lembrar de qualquer coisa que aconteceu na sua vida, há mais ou menos 3 meses, que faça este período ficar bem marcado para você?

PROCURE DESCOBRIR UM FATO MARCANTE - UM ACONTECIMENTO PESSOAL, COMO ANIVERSÁRIO, HOSPITALIZAÇÃO, MORTE NA FAMÍLIA, MUDANÇA DE MEDICAÇÃO, ANIVERSÁRIO DOS FILHOS - OU MENCIONE A ÉPOCA DO ANO, PERÍODO NA PRISÃO, ETC. USE O FATO E A DATA COMO PONTO DE REFERÊNCIA EM TODA A ENTREVISTA.

C. PARCEIROS ATUAIS MASCULINOS

Vamos falar agora sobre suas relações sexuais voluntárias com homens. Quero dizer sexo que você escolheu ter com homens - por amor, por diversão, para ajudar no aluguel, ou por outras várias razões.

1) Você fez sexo vaginal ou sexo anal com algum homem nos últimos 3 meses? (Se SIM, pular para 3, Se NÃO LEIA O PARÁGRAFO ABAIXO)

1 Sim 0 Não

Ao fazer estas entrevistas, descobrimos que, às vezes, quando as pessoas pensam sobre todos os seus parceiros sexuais, elas não incluem as homens com quem transaram em troca de dinheiro, drogas, álcool, cigarros ou alguma outra coisa de que precisavam.

Às vezes elas não incluem todos os tipos diferentes de parceiros sexuais que mencionamos, tais como os transexuais. E às vezes, quando elas passaram um tempo na prisão, elas não incluem sexo na cadeia. Então, eu preciso só confirmar com você:

2) Nos últimos 3 meses, você fez sexo vaginal ou sexo anal com um homem?

1 Sim 0 Não

3) Quando foi a última vez que você fez sexo vaginal ou sexo anal com um homem? (dd/mm/ano)

ENTREVISTADOR: É NECESSÁRIO PREENCHER DIA, MÊS E ANO. SE O PARTICIPANTE NÃO SE LEMBRAR DA DATA EXATA, PEÇA A MELHOR ESTIMATIVA.

4) Você pode me dizer quais as razões por que você não fez sexo vaginal ou sexo anal com um homem desde XXX ? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM

- ☐ não tem uma parceiro atual
- ☐ sua doença mental
- ☐ efeito colateral da medicação
- ☐ preocupação em contrair HIV ou outra DST do parceiro
- ☐ não tem interesse em sexo
- ☐ não confia no parceiro
- ☐ tem medo ou ansiedade quanto a ter sexo
- ☐ prefere ficar abstinente
- ☐ não tem interesse em homem

Especificar outra: _____

Agora, quero que você pense em todos os homens com quem você fez qualquer tipo de sexo, por qualquer razão que seja nos últimos 3 meses, desde _____ até o dia de hoje. Então, vamos falar sobre um de cada vez.

5) Qual é o nome ou inicial do seu parceiro mais recente?

ENTREVISTADOR: SE PARTICIPANTE NAO FORNECER UM NOME ESCREVA "PARCEIRO 1"

Procure se lembrar de todos e me diga na ordem do mais recente para o mais antigo.

(NO MÁXIMO 5, CASO O PARTICIPANTE TENHA TIDO MAIS DE 10 PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 3 MESES, ANOTE O NÚMERO DE PARCEIROS EXCEDENTES, MAS NÃO PRECISA INVESTIGAR SOBRE OS COMPORTAMENTOS).

APÓS ANOTAR OS NOMES DE TODOS OS PARCEIROS, PERGUNTE AO PARTICIPANTE SE ELE TEVE ALGUM PARCEIRO TRANSEXUAL QUE TINHA PÊNIS, SE SIM, ANOTE NESTA SEÇÃO.

As mulheres pensam sobre os homens com quem fazem sexo de diferentes maneiras. Às vezes, elas fazem sexo com homens por amor, por diversão ou apenas porque têm vontade. Às vezes elas fazem sexo com homens em troca de dinheiro, de um lugar para ficar ou para ajudar nas despesas.

Eu vou ler para você 3 descrições sobre tipos de parceiros.

A. (PARCEIRO FIXO) Uma pessoa que eu considero meu parceiro fixo ou meu parceiro principal – esposo, namorado, amante, noivo.

B. [PARCEIRO CASUAL] Uma pessoa com quem transei por amor ou diversão, mas que eu NÃO considero meu parceiro fixo ou meu parceiro principal.

C. [PARCEIRO POR TROCA] Uma pessoa com quem transei porque recebi ou dei dinheiro, drogas ou cigarros.

6) Você pode me dizer se considera o (NOME DO PARCEIRO) um parceiro:

() FIXO () CASUAL () TROCA () NÃO SEI

() RECUSA A RESPONDER () NÃO APLICÁVEL

7) Há quanto tempo você tem relações sexuais com _____? (ENTREVISTADOR: CALCULE em meses)

8) Você depende financeiramente de (nome do parceiro)?

1 SIM 0 NÃO

9) (Nome do parceiro) teve diagnóstico de doença mental?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

10) (Nome do parceiro) usou drogas injetáveis (usou agulha ou tomou pico) nos últimos 10 anos?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

11) (Nome do parceiro) é soropositivo ou foi diagnosticado como portador de Aids?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

D. PRÁTICAS SEXUAIS - PARCEIROS MASCULINOS

12) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você fez sexo vaginal com (nome do parceiro), isto é, ele colocou o pênis dentro da sua vagina?

13) Nas (número de vezes) que você fez sexo vaginal com (nome do parceiro), quantas vezes vocês não usaram *camisinha*, mesmo que tenha sido durante apenas uma parte da penetração?

Você disse que você e (nome do parceiro) não usaram camisinha quando fizeram sexo vaginal.

14) Qual a principal razão porque vocês não usaram camisinha?

- disfunção sexual/problemas de ereção ()
- parceiro não gosta de usar camisinha ()
- eu não gosto de usar camisinha / não é prazeroso ()
- confiamos um no outro ()
- parceiro não parece arriscado ()
- não lembramos de usar camisinha ()
- não tinha camisinha disponível ()
- eu quero ter filhos ()
- local em que transamos era público ()
- foi uma rapidinha ()
- Outros: Especificar _____

15) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você fez sexo anal com (nome do parceiro), isto é, ele colocou o pênis dentro do seu ânus?

16) Das vezes (número de vezes) em que você fez sexo anal com (nome do parceiro), quantas vezes vocês não usaram *camisinha*, mesmo que tenha sido durante apenas uma parte da penetração?

17) Você disse que você e (nome do parceiro) não usaram camisinha quando fizeram sexo anal. Qual a principal razão porque vocês não usaram camisinha?

- disfunção sexual/problemas de ereção ()
- parceiro não gosta de usar camisinha ()
- eu não gosto de usar camisinha /não é prazeroso ()
- confiamos um no outro ()
- parceiro não parece arriscado ()
- não lembramos de usar camisinha ()
- não tinha camisinha disponível ()
- local em que transamos era público ()
- foi uma rapidinha ()
- outros. Especificar _____

18) Nos últimos 3 meses, dos (números de vezes) atos sexuais que você teve com (nome do parceiro) quantas vezes você bebeu cerveja, vinho ou bebida forte logo antes ou enquanto fazia sexo?

19) Nos últimos 3 meses, dos (números de vezes) atos sexuais que você teve com (nome do parceiro) quantas vezes você usou maconha logo antes ou enquanto fazia sexo?

20) Nos últimos 3 meses, dos (número de vezes) atos sexuais que você teve com (nome do parceiro) quantas vezes você usou drogas tais como ecstasy, crack, cocaína logo antes ou enquanto fazia sexo?

REPETIR A SEQUENCIA DE PERGUNTAS ACIMA PARA TODOS OS PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 3 MESES.

E. SEXO POR TROCA – PARCEIROS MASCULINOS

Algumas vezes as pessoas dão às outras dinheiro, drogas, álcool, cigarros ou um lugar para dormir em troca de sexo. Às vezes a transação é negociada claramente mas em outras vezes é sugerida ou fica implícita. NA VIDA, QUANTOS PARCEIROS FEZ SEXO EM TROCA DE DINHEIRO, ÁLCOOL, DROGA, ABRIGO E/OU COMIDA

21) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar dinheiro a eles?

22) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar dinheiro a eles?

- 23) Das (número de vezes) vezes em que você deu dinheiro a eles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 24) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber dinheiro deles?
- 25) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber dinheiro deles?
- 26) Das (X) vezes em que você recebeu dinheiro deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 27) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar cigarros a eles?
- 28) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar cigarro a eles?
- 29) Das (X) vezes em que você deu cigarros a eles para ter sexo anal com você, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 30) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber cigarros deles?
- 31) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber cigarro deles?
- 32) Das (X) vezes em que você recebeu cigarros deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 33) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar a eles drogas ou álcool?
- 34) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar a eles drogas ou álcool?
- 35) Das (X) vezes em que você deu drogas ou álcool a eles para fazerem sexo anal com você, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 36) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber drogas ou álcool deles?
- 37) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber deles drogas ou álcool?
- 38) Das (X) vezes em que você recebeu drogas ou álcool deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 39) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar a eles comida ou abrigo?
- 40) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar a eles comida ou abrigo?
- 41) Das (X) vezes em que você deu comida ou abrigo a eles para fazerem sexo anal com você, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 42) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber comida ou abrigo deles?
- 43) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber deles comida ou abrigo?
- 44) Das (X) vezes em que você recebeu comida ou abrigo deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?

G - PARCEIRAS ATUAIS FEMININAS

Vamos falar agora sobre suas relações sexuais voluntárias com mulheres. Quero dizer com isso sexo que você escolheu ter com mulheres - por amor, por diversão, para ajudar com o aluguel, ou por outras várias razões.

Nesta parte da entrevista, vamos falar mais uma vez sobre a sua vida sexual nos últimos 3 meses - o período que vai de _____ a _____. REVEJA OS FATOS MARCANTES:

45) Você teve algum contato sexual com uma mulher nos últimos 3 meses? (SE SIM PULE PARA 47, se não leia o parágrafo abaixo)

1 Sim 0 Não

Enquanto fazíamos muitas destas entrevistas, descobrimos que, às vezes, quando as mulheres pensam sobre parceiros sexuais, elas não incluem as mulheres com quem transaram em troca de dinheiro, maconha, *crack*, cocaína ou outras drogas, álcool, cigarros ou outra coisa de que precisem. Às vezes, elas não incluem todos os tipos de sexo que mencionamos. E outras vezes, quando estiveram na prisão, não incluem o sexo feito na prisão. Então, eu preciso só confirmar com você:

46) Nos últimos 3 meses, você teve algum contato sexual com uma mulher?

1 Sim 0 Não

47) Quando foi a última vez que você teve contato sexual com uma mulher? ENTREVISTADOR: É NECESSÁRIO PREENCHER DIA/MÊS E ANO. SE O PARTICIPANTE NÃO SE LEMBAR DA DATA EXATA, PEÇA A MELHOR ESTIMATIVA. ____ / ____ / ____

48) Você pode me dizer quais as razões por que você não fez sexo com uma mulher desde XXX? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM (Marque todas as que se aplicam)

- ___ não tem um parceira atual
- ___ sua doença mental
- ___ efeito colateral da medicação
- ___ preocupação em contrair HIV ou outra DST da parceira
- ___ não tem interesse em sexo
- ___ não confia no parceiro
- ___ tem medo ou ansiedade quanto a ter sexo
- ___ prefere ficar abstinente
- ___ não tem interesse em mulher
- Outros. Especificar: _____

Agora, quero que você pense em todas as mulheres com quem você fez qualquer tipo de sexo, por qualquer razão que seja nos últimos 3 meses, desde _____ até o dia de hoje. Então, vamos falar sobre uma de cada vez.

49) Qual é o nome ou inicial da sua parceira mais recente?

ENTREVISTADOR: SE PARTICIPANTE NAO FORNECER UM NOME ESCREVA "PARCEIRO 1"

Procure se lembrar de todas e me diga na ordem da mais recente para a mais antiga.

(NO MÁXIMO 5, CASO A PARTICIPANTE TENHA TIDO MAIS DE 5 PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 3 MESES, ANOTE O NÚMERO DE PARCEIRAS EXCEDENTES, MAS NÃO PRECISA INVESTIGAR SOBRE OS COMPORTAMENTOS).

APÓS ANOTAR OS NOMES DE TODAS AS PARCEIRAS, PERGUNTE A PARTICIPANTE SE ELA TEVE ALGUM PARCEIRO TRANSEXUAL QUE TINHA VAGINA, SE SIM, ANOTE NESTA SEÇÃO.

As mulheres pensam sobre as mulheres com quem fazem sexo de diferentes maneiras. Às vezes, elas fazem sexo com mulheres por amor, por diversão ou apenas porque têm vontade. Às vezes elas fazem sexo com mulheres em troca de dinheiro, de um lugar para ficar ou para ajudar nas despesas.

Eu vou ler para você 3 descrições sobre tipos de parceiras.

1. [PARCEIRA FIXA] Uma pessoa que eu considero minha parceira fixa ou minha parceira fixa principal - mulher, namorada ou amante.

2. [PARCEIRA CASUAL] Uma pessoa com quem transei por amor ou diversão, mas que eu não considero minha parceira fixa ou minha parceira fixa principal.

3. [PARCEIRA POR TROCA] Uma pessoa com quem transei porque recebi ou dei dinheiro, drogas ou cigarros.

50) Você pode me dizer se considera a (NOME DA PARCEIRA) uma parceira:

() FIXO () CASUAL () TROCA

() NÃO SEI () RECUSA A RESPONDER () NÃO APLICÁVEL

51) Há quanto tempo você tem relações sexuais com _____? (ENTREVISTADOR: CALCULE em meses)

52) Você depende financeiramente de (nome da parceira)?

1 SIM 0 NÃO

53) (Nome da parceira) teve diagnóstico de doença mental?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

54) (Nome da parceira) usou drogas injetáveis (usou agulha ou tomou pico) nos últimos 10 anos?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

55) (Nome do parceira) é soropositivo ou foi diagnosticado como portador de Aids?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

H - PRÁTICAS SEXUAIS PARCEIRAS FEMININAS – COMPARTILHANDO BRINQUEDOS

Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre o uso de brinquedos sexuais. Brinquedos sexuais são objetos que você ou você e sua parceira podem usar para se estimular sexualmente ou estimular uma a outra, por exemplo, vibradores, pênis de borracha ou ainda outros objetos que vocês achem que podem ser excitantes, tais como pepinos e cenouras.

56) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você usou pênis de borracha com uma parceira?

57) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você usou vibrador com uma parceira?

58) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você usou outro brinquedo sexual com uma parceira?

Especificar: _____

60) Das X vezes que você usou um pênis de borracha, vibrador ou outro brinquedo sexual com uma parceira, quantas vezes você não usou camisinha? **SE NUNCA USOU PULE PARA A SEÇÃO “SITUAÇÕES SEXUAIS”.**

61) Das X vezes que você não usou camisinha, quantas vezes você limpou o pênis de borracha, vibrador ou outro brinquedo sexual?

I - SITUAÇÕES SEXUAIS

ENTREVISTADOR: PERGUNTE AS SEGUINTE QUESTÕES SOBRE TODOS OS PARCEIROS SEXUAIS, HOMENS E MULHERES.

62) Nos últimos 3 meses, você tentou de fato ficar grávida?

1 Sim 0 Não

63) Nos últimos 3 meses, você fez alguma coisa para evitar a gravidez (ex. tomar pílulas, usar camisinha, diafragma ou DIU, não fazer sexo em certos períodos do seu ciclo menstrual?

1 Sim 0 Não

64) Para evitar a infecção pelo HIV, algumas pessoas escolhem não fazer sexo. Nos últimos 3 meses, quantas vezes você, por vontade própria, não fez sexo por causa das preocupações que você teve com o HIV?

65) Você pode me dar um exemplo? _____

66) Algumas pessoas nos dizem que elas transaram quando não quiseram transar porque foram fisicamente forçadas.

Nos últimos 3 meses, quantas vezes isso aconteceu com você?

67) Há alguém em sua vida com quem você pode falar sobre estas experiências?

1 Sim 0 Não

QUALQUER QUE SEJA A RESPOSTA, DÊ A ELAS NOMES E INFORMAÇÕES PARA CONTATO PARA LEVAREM COM ELAS.

Se você estiver correndo algum risco de isso acontecer, gostaríamos que você tivesse o nome de alguém com quem você possa entrar em contato para ajudá-lo a evitar ser machucado.

SERBAS MASCULINO

Nesta entrevista, eu vou fazer algumas perguntas sobre os seus relacionamentos com mulheres e homens. É importante lembrar que em sexualidade não existe certo ou errado, por isso sinta-se à vontade para falar tudo o que quiser abertamente, lembrando que a confidencialidade desta entrevista está garantida. Tudo que é dito aqui, morre aqui. A maioria das pessoas não está acostumada a falar de sexo em conversas normais no dia-a-dia.

Você pode se sentir desconfortável com algumas das palavras usadas nesta entrevista. Além disso, pode ser difícil para você falar sobre algumas das experiências sobre as quais eu vou lhe perguntar. Talvez ajude se você souber que eu faço entrevistas como esta quase todos os dias e, provavelmente, não há nada em relação a assuntos de sexo que eu não tenha ouvido. Eu estou acostumado a falar com pessoas que fazem muito pouco ou nada em termos de sexo e com pessoas que fazem muitas coisas.

Outra coisa importante de saber é que os funcionários do serviço não terão acesso a nenhuma das respostas que você der. As suas respostas para essas perguntas permanecerão confidenciais e não serão compartilhadas com ninguém. Os pesquisadores não irão saber quais respostas são de qual entrevistado porque todos os nomes serão retirados.

Às vezes, falar sobre sexo pode ser confuso, pois as pessoas usam muitas palavras diferentes para descrever partes do corpo e atividades sexuais. Agora, antes de começarmos com as perguntas, vamos rever bem rapidamente essas palavras e alguns dos tipos de sexo que homens e mulheres podem fazer. Combinar esses termos é importante porque assim não haverá dúvida sobre o que eu ou você poderemos estar falando e também para que você se sinta mais à vontade ao falar sobre este tema. Então eu vou te dizer alguns termos técnicos sobre partes do corpo e tipos de sexo e você vai me dizer como normalmanete se refere a cada um deles.

CASO O PARTICIPANTE NÃO FORNEÇA UMA RESPOSTA, VOCÊ PODE DIZER: VOCÊ PODE ATÉ NÃO SE REFERIR A ISSO MAS SE FOSSE FALAR, COMO FALARIA?

AINDA ASSIM SE NÃO FORNECER RESPOSTA ANOTE: “NENHUM”

. TERMINOLOGIA

***PÊNIS** é o órgão sexual do homem; algumas pessoas chamam de piru, pau ou pica.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

***VAGINA** é a parte do órgão sexual da mulher que fica dentro dela; algumas pessoas chamam de boceta ou xoxota.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

***ÂNUS** é por onde saem as fezes; algumas pessoas chamam de bunda ou cu.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

* **SEXO VAGINAL**, quando um homem coloca o pênis dele dentro da vagina de uma mulher, mesmo que seja só a cabecinha do pênis; algumas pessoas chamam de foder, transar ou fazer sexo.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

* **SEXO ANAL**, quando um homem coloca o pênis dele dentro do ânus de um outro homem ou de uma mulher; algumas pessoas chamam disso de comer cu ou dar o cu.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

***Travesti ou transexual:** é alguém que quer ser ou aparenta ser do sexo oposto, se vestindo como tal, tomando hormônio ou realizando cirurgias plásticas de mudança de sexo.

TERMO USADO PELO ENTREVISTADO: _____

ENTREVISTADOR: AO LONGO DA ENTREVISTA, USE OS TERMOS PADRÃO E OS TERMOS DO ENTREVISTADO JUNTO, CASO NÃO HAJA AMBIGÜIDADE. SUBSTITUA PELO TERMO DO ENTREVISTADO, CASO SEJA ADEQUADO.

Nós não esperamos que todas as pessoas que nós entrevistamos tenham feito todas essas coisas. Mas nós queremos ter certeza que temos informação sobre todos os tipos de atividade sexual que podem afetar a saúde dos homens. Você tem alguma pergunta?

À medida que nós continuarmos, se houver alguma palavra ou pergunta que não estiver clara, me avise. As pessoas usam palavras diferentes e eu quero ter certeza que estou usando palavras que façam sentido para você.

Na próxima parte da entrevista, vamos falar sobre a sua vida sexual nos últimos 3 meses. Ou seja, o período que vai de __a __.

Você consegue se lembrar de qualquer coisa que aconteceu na sua vida, há mais ou menos 3 meses, que faça este período ficar bem marcado para você?

PROCURE DESCOBRIR UM FATO MARCANTE - UM ACONTECIMENTO PESSOAL, COMO ANIVERSÁRIO, HOSPITALIZAÇÃO, MORTE NA FAMÍLIA, MUDANÇA DE MEDICAÇÃO, ANIVERSÁRIO DOS FILHOS - OU MENCIONE A ÉPOCA DO ANO, PERÍODO NA PRISÃO, ETC. USE O FATO E A DATA COMO PONTO DE REFERÊNCIA EM TODA A ENTREVISTA.

C. PARCEIRAS ATUAIS FEMININAS

Vamos falar agora sobre suas relações sexuais voluntárias com mulheres. Quero dizer sexo que você escolheu ter com mulheres - por amor, por diversão, para ajudar no aluguel, ou por outras várias razões.

1) Você fez sexo vaginal ou sexo anal com alguma mulher nos últimos 3 meses? (Se SIM, pular para 3, Se NÃO LEIA O PARÁGRAFO ABAIXO)

1 Sim 0 Não

Ao fazer estas entrevistas, descobrimos que, às vezes, quando as pessoas pensam sobre todas as suas parceiras sexuais, elas não incluem as mulheres com quem transaram em troca de dinheiro, drogas, álcool, cigarros ou alguma outra coisa de que precisavam.

Às vezes elas não incluem todos os tipos diferentes de parceiros sexuais que mencionamos, tais como os transexuais. E às vezes, quando elas passaram um tempo na prisão, elas não incluem sexo na cadeia. Então, eu preciso só confirmar com você:

2) Nos últimos 3 meses, você fez sexo vaginal ou sexo anal com uma mulher?

1 Sim 0 Não

3) Quando foi a última vez que você fez sexo vaginal ou sexo anal com uma mulher? __/__/__

ENTREVISTADOR: É NECESSÁRIO PREENCHER DIA, MÊS E ANO. SE O PARTICIPANTE NÃO SE LEMBRAR DA DATA EXATA, PEÇA A MELHOR ESTIMATIVA.

4) Você pode me dizer quais as razões por que você não fez sexo vaginal ou sexo anal com uma mulher desde XXX ? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM

- ☐ não tem uma parceira atual
- ☐ sua doença mental
- ☐ efeito colateral da medicação
- ☐ preocupação em contrair HIV ou outra DST da parceira
- ☐ não tem interesse em sexo
- ☐ não confia na parceira
- ☐ tem medo ou ansiedade quanto a ter sexo
- ☐ prefere ficar abstinente
- ☐ não tem interesse em mulher

Especificar outra: _____

Agora, quero que você pense em todas as mulheres com quem você fez qualquer tipo de sexo, por qualquer razão que seja nos últimos 3 meses, desde _____ até o dia de hoje. Então, vamos falar sobre uma de cada vez.

5) Qual é o nome ou inicial da sua parceira mais recente?

ENTREVISTADOR: SE PARTICIPANTE NÃO FORNECER UM NOME ESCREVA "PARCEIRO 1"

Procure se lembrar de todas e me diga na ordem da mais recente para a mais antiga.

(NO MÁXIMO 5, CASO O PARTICIPANTE TENHA TIDO MAIS DE 5 PARCEIRAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES, ANOTE O NÚMERO DE PARCEIRAS EXCEDENTES, MAS NÃO PRECISA INVESTIGAR SOBRE OS COMPORTAMENTOS).

APÓS ANOTAR OS NOMES DE TODAS AS PARCEIRAS, PERGUNTE AO PARTICIPANTE SE ELE TEVE ALGUM PARCEIRO TRANSEXUAL QUE TINHA VAGINA, SE SIM, ANOTE NESTA SEÇÃO.

Os homens pensam sobre as mulheres com quem fazem sexo de diferentes maneiras. Às vezes, eles fazem sexo com mulheres por amor, por diversão ou apenas porque têm vontade. Às vezes eles fazem sexo com mulheres em troca de dinheiro, de um lugar para ficar ou para ajudar nas despesas.

Eu vou ler para você 3 descrições sobre tipos de parceiros.

[PARCEIRA FIXA] Uma pessoa que eu considero minha parceira fixa ou minha parceira principal – esposa, namorada, amante, noiva.

B. [PARCEIRA CASUAL] Uma pessoa com quem transei por amor ou diversão, mas que eu NÃO considero minha parceira fixa ou minha parceira principal.

C. [PARCEIRA POR TROCA] Uma pessoa com quem transei porque recebi ou dei dinheiro, drogas ou cigarros.

6) Você pode me dizer se considera o (NOME DO PARCEIRO) um parceiro:

() FIXO () CASUAL () TROCA () NÃO SEI () RECUSA A RESPONDER ()
NÃO APLICÁVEL

7) Há quanto tempo você tem relações sexuais com _____? (em meses)

8) Você depende financeiramente de (nome da parceira)?

1 SIM 0 NÃO

9) (Nome da parceira) teve diagnóstico de doença mental?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

10) (Nome da parceira) usou drogas injetáveis (usou agulha ou tomou pico) nos últimos 10 anos?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

11) (Nome da parceira) é soropositivo ou foi diagnosticado como portador de Aids?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

D. PRÁTICAS SEXUAIS EM PARCEIRAS FEMININAS

12) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você fez sexo vaginal com (nome da parceira), isto é, colocou o seu pênis dentro da vagina dela?

13) Nas (número de vezes) que você fez sexo vaginal com (nome da parceira), quantas vezes vocês não usaram camisinha, mesmo que tenha sido durante apenas uma parte da penetração?

Você disse que você e (nome do parceira) não usaram camisinha quando fizeram (sexo vaginal).

14) Qual a principal razão porque vocês não usaram camisinha?

- disfunção sexual/problemas de ereção ()
- parceira não gosta de usar camisinha ()
- eu não gosto de usar camisinha /não é prazeroso ()
- confiamos um no outro ()
- parceira não parece arriscada ()
- não lembramos de usar camisinha ()
- não tinha camisinha disponível ()
- eu quero ter filhos ()
- local em que transamos era público ()
- foi uma rapidinha ()
- Outros: Especificar _____

15) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você fez sexo anal com (nome da parceira), isto é, colocou o seu pênis dentro do ânus dela?

16) Das vezes (número de vezes) em que você fez sexo anal com (nome da parceira), quantas vezes vocês não usaram camisinha, mesmo que tenha sido durante apenas uma parte da penetração?

17) Você disse que você e (nome da parceira) não usaram camisinha quando fizeram sexo anal. Qual a principal razão porque vocês não usaram camisinha?

- disfunção sexual/problemas de ereção ()
- parceira não gosta de usar camisinha ()
- eu não gosto de usar camisinha /não é prazeroso ()
- confiamos um no outro ()
- parceira não parece arriscada ()
- não lembramos de usar camisinha ()
- não tinha camisinha disponível ()
- local em que transamos era público ()
- foi uma rapidinha ()
- outros. Especificar _____

18) Nos últimos 3 meses, dos (números de vezes) atos sexuais que você teve com (nome da parceira) quantas vezes você bebeu cerveja, vinho ou bebida forte logo antes ou enquanto fazia sexo?

19) Nos últimos 3 meses, dos (números de vezes) atos sexuais que você teve com (nome da parceira) quantas vezes você usou maconha logo antes ou enquanto fazia sexo?

20) Nos últimos 3 meses, dos (número de vezes) atos sexuais que você teve com (nome da parceira) quantas vezes você usou drogas tais como ecstasy, crack, cocaína logo antes ou enquanto fazia sexo?

REPETIR A SEQUENCIA DE PERGUNTAS ACIMA PARA TODAS AS PARCEIRAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES.

E. SEXO POR TROCA - PARCEIRAS FEMININAS

Algumas vezes as pessoas dão às outras dinheiro, drogas, álcool, cigarros ou um lugar para dormir em troca de sexo. Às vezes a transação é negociada claramente mas em outras vezes é sugerida ou fica implícita. NA VIDA, QUANTAS PARCEIRAS FEZ SEXO EM TROCA DE DINHEIRO, ÁLCOOL, DROGA, ABRIGO E/OU COMIDA

21) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar dinheiro a elas?

22) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar dinheiro a elas?

23) Das (número de vezes) em que você lhes deu dinheiro para fazer sexo vaginal ou sexo anal, quantas vezes você não usou camisinha?

24) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber dinheiro delas?

- 25) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber dinheiro delas?
- 26) Das (número de vezes) vezes em que você recebeu dinheiro delas para elas fazerem sexo vaginal ou sexo anal, quantas vezes você não usou camisinha?
- 27) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar cigarro a elas?
- 28) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar cigarro a elas?
- 29) Das (número de vezes) vezes em que você deu cigarros a elas para elas fazerem sexo vaginal ou sexo anal com você, quantas vezes você não usou camisinha?
- 30) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber cigarros delas?
- 31) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber cigarro delas?
- 32) Das (número de vezes) vezes em que você recebeu cigarros delas para fazerem sexo vaginal ou sexo anal com você, quantas vezes você não usou camisinha?
- 33) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar álcool ou drogas a elas?
- 34) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar álcool ou drogas a elas?
- 35) Das (número de vezes) vezes em que você deu drogas ou álcool a elas para fazer sexo vaginal ou sexo anal com você, quantas vezes você não usou camisinha?
- 36) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber drogas ou álcool delas?
- 37) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber drogas ou álcool delas?
- 38) Das (número de vezes) vezes em que você recebeu drogas ou álcool delas para fazer sexo vaginal ou sexo anal com você, quantas vezes você não usou camisinha?
- 39) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar a elas comida ou abrigo?
- 40) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de dar a elas comida ou abrigo?
- 41) Das (número de vezes) vezes em que você deu a elas comida ou abrigo para fazer sexo vaginal ou sexo anal com você, quantas vezes você não usou camisinha?
- 42) Com quantas mulheres diferentes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber comida ou abrigo delas?
- 43) Das (número de mulheres) com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo vaginal ou sexo anal em troca de receber comida ou abrigo delas?
- 44) Das (número de vezes) vezes em que você recebeu comida ou abrigo delas para fazer sexo vaginal ou sexo anal com você, quantas vezes você não usou camisinha?

F - PARCEIROS ATUAIS MASCULINOS

Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre parceiros do sexo masculino. Nesta parte da entrevista, vamos falar mais uma vez sobre a sua vida sexual nos últimos 3 meses - o período que vai de _____ a _____. REVEJA OS FATOS MARCANTES:

45) Você fez sexo anal com algum homem nos últimos 3 meses? (Se SIM, pular para 47, Se NÃO LEIA O PARÁGRAFO ABAIXO)

1 Sim 0 Não

Ao fazer estas entrevistas, descobrimos que, às vezes, quando as pessoas pensam sobre todas as suas parceiras sexuais, elas não incluem as mulheres com quem transaram em troca de dinheiro, drogas, álcool, cigarros ou alguma outra coisa de que precisavam.

Às vezes elas não incluem todos os tipos diferentes de parceiros sexuais que mencionamos, tais como os transexuais. E às vezes, quando elas passaram um tempo na prisão, elas não incluem sexo na cadeia. Então, eu preciso só confirmar com você:

46) Nos últimos 3 meses, você fez sexo anal com um homem?

1 Sim 0 Não

47) Quando foi a última vez que você fez sexo anal com um homem? ____ / ____ / ____ dd / mm / ano

ENTREVISTADOR: É NECESSÁRIO PREENCHER DIA, MÊS E ANO. SE O PARTICIPANTE NÃO SE LEMBRAR DA DATA EXATA, PEÇA A MELHOR ESTIMATIVA.

48) Você pode me dizer quais as razões por que você não fez sexo anal com um homem desde XXX? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM (Marque todas as que se aplicam)

- ___ não tem um parceiro atual
- ___ sua doença mental
- ___ efeito colateral da medicação
- ___ preocupação em contrair HIV ou outra DST do parceiro
- ___ não tem interesse em sexo
- ___ não confia no parceiro
- ___ tem medo ou ansiedade quanto a ter sexo
- ___ prefere ficar abstinente
- ___ não tem interesse em homem

- Outros. Especificar: _____

Agora, quero que você pense em todos os homens com quem você fez qualquer tipo de sexo, por qualquer razão que seja nos últimos 3 meses, desde _____ até o dia de hoje. Então, vamos falar sobre um de cada vez.

49) Qual é o nome ou inicial do seu parceiro mais recente?

ENTREVISTADOR: SE PARTICIPANTE NAO FORNECER UM NOME ESCREVA "PARCEIRO 1"

Procure se lembrar de todos e me diga na ordem do mais recente para o mais antigo.

(NO MÁXIMO 5, CASO O PARTICIPANTE TENHA TIDO MAIS DE 5 PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 3 MESES, ANOTE O NÚMERO DE PARCEIROS EXCEDENTES, MAS NÃO PRECISA INVESTIGAR SOBRE OS COMPORTAMENTOS).

APÓS ANOTAR OS NOMES DE TODOS OS PARCEIROS, PERGUNTE AO PARTICIPANTE SE ELE TEVE ALGUM PARCEIRO TRANSEXUAL QUE TINHA PÊNIS, SE SIM, ANOTE NESTA SEÇÃO.

Os homens pensam sobre os homens com quem fazem sexo de diferentes maneiras. Às vezes, eles fazem sexo com homens por amor, por diversão ou apenas porque têm vontade. Às vezes eles fazem sexo com homens em troca de dinheiro, de um lugar para ficar ou para ajudar nas despesas.

Eu vou ler para você 3 descrições sobre tipos de parceiros.

A.(PARCEIRO FIXO) Uma pessoa que eu considero meu parceiro fixo ou meu parceiro principal – esposo, namorado, amante, noivo.

B. [PARCEIRO CASUAL] Uma pessoa com quem transei por amor ou diversão, mas que eu NÃO considero meu parceiro fixo ou meu parceiro principal.

C. [PARCEIRO POR TROCA] Uma pessoa com quem transei porque recebi ou dei dinheiro, drogas ou cigarros.

50) Você pode me dizer se considera o (NOME DO PARCEIRO) um parceiro:

() FIXO () CASUAL () TROCA () NÃO SEI () RECUSA A RESPONDER ()
NÃO APLICÁVEL

51) Há quanto tempo você tem relações sexuais com _____? (ENTREVISTADOR, CALCULE EM MESES)

52) Você depende financeiramente de (nome do parceiro)?

1 SIM 0 NÃO

53) (Nome da parceiro) teve diagnóstico de doença mental?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

54) (Nome do parceiro) usou drogas injetáveis (usou agulha ou tomou pico) nos últimos 10 anos?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

55) (Nome do parceiro) é soropositivo ou foi diagnosticado como portador de Aids?

1 SIM 0 NÃO 2 NÃO SEI

G- PRÁTICAS SEXUAIS - HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMEM

56) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você fez sexo anal ativo com o (nome do parceiro), isto é, colocou seu pênis no ânus dele?

57) Das (número de vezes) vezes em que você fez sexo anal ativo com o (nome do parceiro) quantas vezes você NÃO usou camisinha, mesmo que tenha sido durante apenas uma parte da penetração?

Você disse que você e (nome do parceiro) não usaram camisinha quando fizeram sexo anal ativo.

58) Qual a principal razão porque vocês não terem usado a camisinha?

- disfunção sexual/problemas de ereção
- parceiro(a) não gosta de usar camisinha
- eu não gosto de usar camisinha /não é prazeroso
- confiamos um no outro
- parceiro(a) não parece arriscado (a)
- não lembramos de usar camisinha
- não tinha camisinha disponível
- local em que transamos era público
- foi uma rapidinha

Especificar _____

59) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você fez sexo anal passivo com o (nome do parceiro), isto é, ele colocou o pênis dele no seu ânus?

60) Das (número de vezes) vezes em que você praticou sexo anal passivo com o (nome do parceiro) quantas vezes ele não usou camisinha, mesmo que tenha sido durante apenas uma parte da penetração?

Você disse que você e (nome do parceiro) não usaram camisinha quando fizeram sexo anal passivo.

61) Qual a principal razão porque vocês não usaram camisinha? (Escolha um(a))

- disfunção sexual/problemas de ereção
- parceiro(a) não gosta de usar camisinha
- eu não gosto de usar camisinha /não é prazeroso
- confiamos um no outro
- parceiro(a) não parece arriscado (a)
- não lembramos de usar camisinha
- não tinha camisinha disponível
- local em que transamos era público
- foi uma rapidinha

Outros: especificar _____

62) Nos últimos 3 meses, dos (número de vezes) atos sexuais que você praticou com o (nome do parceiro) com que frequência você bebeu cerveja, vinho, bebida forte logo antes ou durante o sexo?

63) Nos últimos 3 meses, dos (número de vezes) atos sexuais que você praticou com o (nome do parceiro) com que frequência você fumou maconha logo antes ou durante o sexo?

64) Nos últimos 3 meses, dos (número de vezes) atos sexuais que você praticou com o (nome do parceiro) quantas vezes você usou drogas tais como ecstasy, crack, cocaína, logo antes ou durante o sexo?

REPETIR AS PERGUNTAS ACIMA PARA TODOS OS PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 3 MESES.

H- TROCAS SEXUAIS PARCEIROS MASCULINOS

Algumas vezes as pessoas dão às outras dinheiro, drogas, álcool, cigarros ou um lugar para dormir em troca de sexo. Às vezes a transação é negociada claramente, mas em outras vezes é sugerida ou fica implícita. NA VIDA, QUANTOS PARCEIROS FEZ SEXO EM TROCA DE DINHEIRO, ÁLCOOL, DROGA, ABRIGO E/OU COMIDA

65) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar dinheiro a eles?

66) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar dinheiro a eles?

67) Das (número de vezes) vezes em que você deu dinheiro a eles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?

68) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber dinheiro deles?

69) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber dinheiro deles?

70) Das (X) vezes em que você recebeu dinheiro deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?

71) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar cigarros a eles?

72) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar cigarro a eles?

73) Das (X) vezes em que você deu cigarros a eles para ter sexo anal com você, quantas vezes vocês não usaram camisinha?

74) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber cigarros deles?

75) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber cigarro deles?

76) Das (X) vezes em que você recebeu cigarros deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?

77) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar a eles drogas ou álcool?

- 78) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar a eles drogas ou álcool?
- 79) Das (X) vezes em que você deu drogas ou álcool a eles para fazerem sexo anal com você, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 80) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber drogas ou álcool deles?
- 81) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber deles drogas ou álcool?
- 82) Das (X) vezes em que você recebeu drogas ou álcool deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 83) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de dar a eles comida ou abrigo?
- 84) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de dar a eles comida ou abrigo?
- 85) Das (X) vezes em que você deu comida ou abrigo a eles para fazerem sexo anal com você, quantas vezes vocês não usaram camisinha?
- 86) Com quantos homens diferentes você praticou sexo anal em troca de receber comida ou abrigo deles?
- 87) Dos (X) homens com quem você se relacionou, quantas vezes você fez sexo anal em troca de receber deles comida ou abrigo?
- 88) Das (X) vezes em que você recebeu comida ou abrigo deles para fazer sexo anal, quantas vezes vocês não usaram camisinha?

– Situações Sexuais

ENTREVISTADOR: PERGUNTE AS SEGUINTEs QUESTÕES SOBRE TODOS OS PARCEIROS SEXUAIS, HOMENS E MULHERES.

- 89) Nos últimos 3 meses, você tentou de fato engravidar alguém?
- 90) Nos últimos 3 meses, você fez alguma coisa para evitar a gravidez (ex. Você ou sua parceira toma pílulas, usar camisinha, diafragma ou DIU, não fazer sexo em certos períodos do ciclo menstrual de sua parceira)?
- Para evitar a infecção pelo HIV, algumas pessoas escolhem não fazer sexo
- 91) Nos últimos 3 meses, quantas vezes você, por vontade própria, não fez sexo por causa das preocupações que teve com o HIV? Você pode me dar um exemplo?
- Algumas pessoas nos dizem que elas transaram quando não quiseram transar porque foram fisicamente forçadas.
- 92) Nos últimos 3 meses, quantas vezes isso aconteceu com você?
- 93) Há alguém em sua vida com quem você pode falar sobre estas experiências?

QUALQUER QUE SEJA A RESPOSTA, DÊ A ELAS NOMES E INFORMAÇÕES PARA CONTATO PARA LEVAREM COM ELAS.

Se você estiver correndo algum risco de isso acontecer, gostaríamos que você tivesse o nome de alguém com quem você possa entrar em contato para ajudá-lo a evitar ser machucado.

PARCEIRO MASCULINO – ÚLTIMOS 3 MESES

<i>SEXO ANAL</i>						Contabilização total dos atos sexuais (questões 12 + 15)		
Identificação das parceiras	Tipo FIXO, CASUAL, TROCA	<i>Tempo de relação em meses</i>	Depende financiera mente	Diagnóstico Doença mental	<i>Uso de drogas injetáveis</i>	<i>Parceiro soropositivo</i>	<i>Vezes que fez sexo vaginal</i>	<i>Vezes que NÃO usaram camisinha</i>
<u>A</u>								
<u>B</u>								
<u>C</u>								
<u>D</u>								
<u>E</u>								

USO DE SUBSTÂNCIA (PARCEIROS MASCULINOS) – ÚLTIMOS 3 MESES

	<i>USO DE SUBSTÂNCIA LOGO ANTES OU DURANTE O SEXO</i>		
<i>Identificação das parceiras</i>	<i>Álcool</i>	<i>Maconha</i>	<i>Outras drogas</i>
<u>A</u>			
<u>B</u>			
<u>C</u>			
<u>D</u>			
<u>E</u>			

TROCAS SEXUAIS PARCEIROS MASCULINOS

	A Quantos homens	B Quantas vezes	C Vezes em que usou camisinha ou filme plástico
Deu dinheiro por sexo			
Recebeu dinheiro por sexo			
Deu cigarros por sexo			
Recebeu cigarros por sexo			
Deu drogas ou álcool por sexo			
Recebeu drogas ou álcool por sexo			
Deu comida ou abrigo por sexo			
Recebeu comida ou abrigo por sexo			

PARCEIRA FEMININA

							Uso de pênis/vibrador/outros	
Identificação das parceiras	Tipo de parceira: fixa, casual, por troca	Tempo de relação	Depende financeiramente da parceira	Diagnostico de doença mental	Uso de drogas injetáveis	Parceira soropositivo	Vezes pênis de borracha	Vezes vibrador
A.								
B.								
C.								
D.								
E.								

PARCEIRA FEMININA

Identificação das parceiras	Vezes brinquedo sexual	Vezes que não usou camisinha	Vezes que limpou o brinquedo
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			

SITUAÇÃO SEXUAL

Abstinência	Vezes
Sexo forçado	Vezes

PARCEIRA FEMININA

						Contabilização total dos atos sexuais (questões 12 + 15)		
Identificação das parceiras	Tipo FIXO, CASUAL, TROCA	Tempo de relação em meses	Depende financeira mente	Diagnóstico Doença mental	Uso de drogas injetáveis	Parceiro soropositivo	Vezes que fez sexo vaginal	Vezes que NÃO usaram camisinha
<u>A</u>								
<u>B</u>								
<u>C</u>								
<u>D</u>								
<u>E</u>								

PARCEIRA FEMININA

Sexo anal			Contabilização – total dos atos sexuais
Razão por não terem usado preservativo	Vezes sexo anal	Vezes que não usaram preservativo	
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			

USO DE SUBSTÂNCIA (PARCEIRAS FEMININAS) – ÚLTIMOS 3 MESES

	USO DE SUBSTÂNCIA LOGO ANTES OU DURANTE O SEXO		
Identificação das parceiras	Álcool	Maconha	Outras drogas
<u>A</u>			
<u>B</u>			
<u>C</u>			
<u>D</u>			
<u>E</u>			

TROCAS SEXUAIS PARCEIRAS FEMININAS

	A Quantas mulheres	B Quantas vezes	C Vezes em que usou camisinha ou filme plástico
Deu dinheiro por sexo			
Recebeu dinheiro por sexo			
Deu cigarros por sexo			
Recebeu cigarros por sexo			
Deu drogas ou álcool por sexo			
Recebeu drogas ou álcool por sexo			
Deu comida ou abrigo por sexo			
Recebeu comida ou abrigo por sexo			

8.11. Anexo K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :SEXO: M ☐ F ☐ DATA
NASCIMENTO:...../...../.....ENDEREÇO.....Nº.....APTO:..
BAIRRO:.....CIDADE.....CEP:.....TELEFONE: DDD (....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Avaliação da ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidade social como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV.

PESQUISADOR: André Malbergier

**CARGO/FUNÇÃO: médico assistente do Hospital das Clínicas. INSCRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL Nº: 59.341.**

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

O senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa com o objetivo de avaliar a influência de sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, consumo de álcool e outras drogas no comportamento sexual de risco (não usar preservativos, por exemplo) em pessoas com HIV em tratamento.

Caso aceite participar, o senhor (a) responderá a um questionário com perguntas relacionadas à ansiedade e depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas, comportamento sexual de risco e habilidades sociais.

O senhor (a) pode sentir certo desconforto em responder as questões, que perguntaremos sobre comportamento sexual e uso de drogas. Suas respostas serão registradas de maneira que sua identidade fique preservada. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes da pesquisa, não identificando nenhum paciente.

Como benefício desta pesquisa, o senhor (a) terá oportunidade para esclarecer suas dúvidas com profissionais capacitados sobre questões relacionadas a sexo e sexualidade. Além disso, pode ser um momento para senhor (a) tentar identificar situações que lhe desagrade na sua vida e aprender maneiras de resolvê-las.

Em qualquer etapa do estudo, o senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. André Malbergier que pode ser encontrado no Grupo Interdisciplinar de estudos de álcool e drogas (GREA) localizado na ala norte do terceiro andar do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 3º andar – Telefone(s): 3069-7891 ou 3069-7892. Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

O senhor (a) é livre para retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso te traga qualquer prejuízo no seu tratamento. As informações coletadas, bem como, a sua identidade, serão mantidas sempre em sigilo. A divulgação dos resultados será realizada de modo que a confidencialidade de suas respostas seja respeitada. O senhor (a) terá disponibilidade de

tirar dúvidas e pedir qualquer esclarecimento aos responsáveis pela pesquisa no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados apenas para gerar conhecimento e identificar maneiras mais eficientes para aumentar a qualidade de vida em pessoas infectadas pelo HIV. Assim, as informações poderão ser compartilhadas, da maneira proposta neste termo, em eventos acadêmicos, congressos e artigos científicos, nacionais e internacionais, sempre resguardando o sigilo, a identidade dos participantes, a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas em todos os procedimentos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Avaliação da ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV**”. Eu discuti com o pesquisador responsável pela realização desta entrevista a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente

Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável pela entrevista

Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

8.12. Anexo L - Folder informativo

VAMOS FALAR SOBRE SEXO?

Nesse boletim vamos discutir:

- Dificuldades encontradas para usar camisinha
- Vantagem em se usar a camisinha
- Camisinha masculina e feminina: forma correta de utilizá-la

A vida sexual de pessoas que vivem com HIV

A vivência da sexualidade é um aspecto essencial da vida do ser humano. E não é porque uma pessoa é soropositiva que ela deve deixar sua sexualidade de lado.

O medo de contaminar o outro e de que o parceiro descubra sua sorologia, a presença de outras doenças (oportunistas) ou os medicamentos podem interferir na vida sexual, por exemplo, diminuindo o desejo.

Mesmo em uma relação estável, as pessoas que vivem com HIV enfrentam conflitos e dificuldades em relação à manutenção da vida sexual. O uso do preservativo, para alguns, é visto como um obstáculo na relação afetiva do casal. Além disso, casais com relações afetivas estáveis, tendem a ter mais dificuldade em adotar (e manter) o uso do preservativo. Entre casais estáveis, o não uso do preservativo muitas vezes está associado a de demonstração de afeto, carinho, confiança.

Entretanto, a prática de sexo sem preservativo aumenta o risco de transmissão do vírus HIV. Em pessoas infectadas, esta prática aumenta o risco de reinfecção pelo vírus e de novas infecções como hepatite, gonorréia, sífilis, entre outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como uma gravidez indesejada.

Deste modo, o sexo deverá ser sempre com camisinha. Qualquer pessoa, com ou sem HIV, deve usar o preservativo nas relações sexuais. O uso do preservativo é a principal forma de se evitar a transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Uso do preservativo: dificuldades encontradas

Algumas pessoas **NÃO** usam camisinha mesmo depois que se infectaram pelo HIV.

Saiba alguns motivos alegados:

- Falta de hábito.
- Sensação de que a camisinha atrapalha a relação
- Crença de que não precisa usar preservativo quando ambos os parceiros são soropositivos
- Ter dificuldade em falar sobre sexo com o parceiro
- Ter medo ou vergonha de pedir que o parceiro use camisinha
- Transar apenas com um parceiro
- Considerar o parceiro fixo e “confiar” no parceiro

Se identificou com algum desses motivos?

Saiba mais!

O QUE TORNA O USO DA CAMISINHA MENOS
PRAZEROSA É A **FALTA DE INFORMAÇÃO,**
ORIENTAÇÃO E
HÁBITO
EM USÁ-LA

Você sabe os riscos que corre ao transar sem camisinha?

Você corre o risco de transmitir o vírus ou de se reinfectar.

A reinfecção provoca **aumento na carga viral** e risco de adquirir outras mutações virais. Com isso, a eficácia do tratamento pode ser comprometida. Nesta situação Há um risco de **prejuízo** ainda maior do sistema imunológico, agravando sua saúde.

Você também pode contrair (“pegar”) outras infecções como HTLV, sífilis, hepatites e tuberculose. Juntas, elas representam uma das principais causas de **morte** entre as pessoas infectadas pelo HIV.

A **coinfecção de hepatite B e HIV aumenta** em seis vezes o **risco** de pessoas soropositivas se tornarem portadores crônicos da hepatite e de **desenvolverem cirrose**.

Outro risco importante é de uma gravidez indesejada. A gravidez em mulheres quem vivem com HIV deve ser muito bem planejada, orientada e monitorada para que o bebê não se contamine.

Use camisinha!

Planejamento da gravidez entre casais que vivem com HIV

O que fazer quando se quer ter filho e o casal ou um dos parceiros tem HIV?

Procedimentos como reprodução assistida, lavagem de esperma e inseminação artificial reduzem a transmissão do HIV, tanto para o parceiro negativo quanto para o bebê.

Para aqueles casais que desejam ter filhos pelos métodos naturais, sem utilizar esses procedimentos, é importante não ter infecções genitais (por exemplo, gonorréia, sífilis, hepatite), apresentar estabilidade imunológica, boa adesão ao tratamento e carga viral indetectável.

Entretanto, qualquer método adotado deve ter o acompanhamento da equipe de saúde. As tecnologias atualmente disponíveis e recomendadas no Brasil são capazes de reduzir o risco de transmissão vertical (de mãe para filho) para menos de 1%.

Mas não esqueça. **Seu médico deve ser sempre avisado do seu desejo de engravidar. Somente ele poderá te orientar quanto ao método.**

***Ter um filho é uma decisão muito importante
Planeje-se
Cuide-se!***

Aprenda a usar corretamente a camisinha masculina

1 Ponha a camisinha quando o pênis estiver duro

2 Aperte a ponta para sair o ar. O esperma deve ficar aí

3 Desenrole até embaixo cuidadosamente

4 Tire a camisinha com o pênis ainda duro

5 Use apenas lubrificante a base de água

6 Use apenas 1 vez. Dê um nó e jogue no lixo

Aprenda a usar corretamente a camisinha feminina

1

Encontre uma posição confortável. Pode ser em pé com um pé em cima de uma cadeira; sentada com os joelhos afastados; agachada ou deitada.

2

Segure a camisinha com o anel externo pendurado para baixo;

3

Aperte o anel interno e introduza na vagina; com o dedo indicador, empurre a camisinha o mais fundo possível (a camisinha deve cobrir o colo do útero)

4

O anel externo deve ficar uns 3 cm para fora da vagina - não estranhe, pois essa parte que fica para fora serve para aumentar a proteção (durante a penetração, pênis e vagina se alargam e então a camisinha se ajusta melhor)

Saiba mais!

Cuidados necessários ao usar a camisinha feminina

- Usar a camisinha feminina desde o começo do contato entre o pênis e a vagina.
- Transar uma única vez com cada camisinha feminina. Usar a camisinha feminina mais de uma vez não previne contra as DST e gravidez.
- Guardar a camisinha feminina em locais frescos e secos.
- Nunca abra a camisinha feminina com os dentes ou outros objetos que possam danificá-la.

ATENÇÃO!

Até que você e o seu parceiro tenham segurança, guie o pênis dele com a sua mão para dentro da sua vagina. Com o vaivém do pênis, é normal que a camisinha se movimente. Se você sentir que o anel externo está sendo puxado para dentro, segure-o ou coloque mais lubrificante; uma vez terminada a relação, retire a camisinha apertando o anel externo; torça a extremidade externa da bolsa para garantir a manutenção do esperma no interior da camisinha; puxe-a para fora delicadamente.

Fique atento!

Que cuidados devo tomar?

Treine antes, assim você não erra na hora. Nas preliminares, colocar a camisinha no(a) parceiro(a) pode se tornar um momento prazeroso. **Nunca use duas camisinhas ao mesmo tempo**, pois aumenta o risco de rompimento.

Nunca use a camisinha mais de uma vez. Nunca utilize preservativos que estão guardados há muito tempo em bolsos de calça, carteiras ou porta-luvas de carro, pois estouram com mais facilidade.

O que devo fazer se a camisinha estourar?

Interrompa a relação, faça uma higienização (lave com água e sabão). Procure um médico para relatar o acontecido e receber as orientações adequadas para seu caso.

8.13. Anexo M - Carta de aprovação da CAPPesq – Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 28/04/2010, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1340/09**, intitulado: **"AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO, NÍVEL DE ESTRESSE, REPERTÓRIO DE HABILIDADE SOCIAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM PESSOAS INFECTADAS PELO HIV"**, apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROF. DR. ANDRÉ MALBERGIER**

Pesquisador (a) Executante: **LUCIANA ROBERTA DONOLA CARDOSO**

CAPPesq, 28 de abril de 2010

Recebido: 03/05/10, às 16h22
Secretaria de Pesquisa do HCFMUSP

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br
matc

8.14. Anexo N - Carta de aprovação do Serviço de Extensão ao atendimento de pacientes com HIV/AIDS da Divisão de Clínicas de Moléstias Infecto-Contagiosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Comissão de Ética e Pesquisa do Departamento
de Moléstias Infecciosas e Parasitárias

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética e Pesquisa do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 03.05.10, aprovou o projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação da ansiedade, depressão, nível de estresse, repertório de habilidade social e uso de álcool e outras drogas como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV.", coordenado pelo pesquisador responsável Prof. Dr. André Malbergier e pela pesquisadora executante: Luciana Roberta Donola Cardoso.

São Paulo, 03 de maio de 2010.

Profa Maria Aparecida Shikanai Yasuda
Presidente da Comissão de Ética e Pesquisa
Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias
da FMUSP

8.15. Anexo O - Carta de aprovação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS
DIVISÃO CIENTÍFICA

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 63/10

TÍTULO: "AVALIAÇÃO DA ANSIEDADES, DEPRESSÃO, NÍVEL DE ESTRESSE, REPERTÓRIO DE HABILIDADE SOCIAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO EM PESSOAS INFECTADAS PELO HIV"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL NO IIER: JOSÉ ERNESTO VIDAL BERMUDEZ

AUTORA PRINCIPAL: LUCIANA ROBERTA DANOLA CARDOSO

COMISSÃO CIENTÍFICA

Parecer C.C. nº 182/10

A Comissão Científica, em reunião realizada em 12 de novembro de 2010, **APROVOU** o presente protocolo de pesquisa.

São Paulo, 17 de novembro de 2010.

Prof. Dr. Ricardo H. Bammann.
Vice - Presidente da Comissão Científica

8.16. Anexo P - Carta de aprovação do Centro de Referências e Treinamento DST/AIDS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – SP
CEP 04121-000 – Fone: 5087-9911

São Paulo, 23 de novembro de 2010.

Ofício CRT-DST/AIDS – CEP n.º 116/2010

PROTOCOLO CEP n.º 019/2010: “Avaliação da ansiedade, depressão, nível de estresse, repertório de habilidade social e uso de álcool e outras drogas como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV”.

- Projeto – versão 19 de outubro de 2010;
- TCLE – versão 19 de outubro de 2010.

Parecer: APROVADO

Prezada Investigadora,

Após a análise dos documentos do estudo acima referidos, pelos membros deste Comitê, em reunião ordinária do dia 22 de novembro de 2010, foi emitido parecer: **APROVADO**.

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam enviados relatórios anuais, a contar desta data, comunicando o CEP sobre o andamento do estudo.

Atenciosamente,

Eduardo Ronner Lagonegro
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CRT-DST/AIDS

Ilma. Sra.
Prof. Luciana Roberta Donola Cardoso
Investigadora Principal

8.17. Anexo Q - Mensagem de aprovação da Comissão Nacional de Saúde (CONEP/SISNEP) obtida pelo site.

Parecer da Comissão Nacional de Saúde (CONEP/SISNEP)

Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação da ansiedade, depressão, nível de estresse, repertório de habilidade social e uso de álcool e outras drogas como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	14/12/2009 09:59:44	06/05/2010 14:00:55		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	13/11/2009 11:46:44	Folha de Rosto	FR304285	Pesquisador
4 - Protocolo Aprovado no CEP	06/05/2010 14:00:55	Folha de Rosto	1340/09	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	04/02/2010 15:24:38	Folha de Rosto	27/01/2010	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	14/12/2009 09:59:44	Folha de Rosto	1141.0.015.000-09	CEP

9. REFERÊNCIAS

- Abdo CHN. *Descobrimento Sexual do Brasil*. São Paulo: Ed. Summus; 2004.
- Abdo CHN. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Bregantini; 2006.
- Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev. psiquiatr. Clín.* 2006; 33 (4):204-213.
- Adewuya OA, Afolabi OM, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare OA, Oladipo BF. Psychiatric disorders in HIV positive population in Nigeria: control study. *J Psychosom Res.* 2007;63:203-6.
- Alberti RE, Emmons ML. *Comportamento assertivo: Um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros; 1978.
- Ali MM, Cleland J, Shah I. Condom use within marriage: a neglected intervention. *Bulletin of the World Health Orgazation.* 2004;82(3):180-86.
- Alvy LM, McKirnan DJ, Mansergh G, Koblin B, Colfax GN, Flores SA, Hudson S. Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS Behav.* 2011;15(6):1171-9.
- Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL. Psychosocial needs, mental health, and HIV transmission risk behavior among people living with HIV/AIDS in St Petersburg, Russia. *AIDS.* 2003;17:2367-2374.
- Amirkhanian YA, Kelly JA, Kuznetsova AV, DiFranceisco WJ, Musatov VB, Pirogov DG. People with HIV in HAART-Era Russia: Transmission Risk Behavior Prevalence, Antiretroviral Medication-Taking, and Psychosocial Distress. *AIDS Behav.* 2011;15(4):767-77.
- Amorim CM, Szapiro AM. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2008;13(6):13-21.
- Antonio DG, Bahamandes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(1):1-3.
- Aral SO, Patel DA, Holmes KK, Foxman B. Temporal trends in sexual behaviors and sexually transmitted disease history among 18 to 39-year-old Seattle, Washington, residents: results of random digit-dial surveys. *Sexually Trans Dis.* 2005;32:710-17.
- Arnold MP, Struthers H, McIntyre J, Lane T. Contextual correlates of per partner unprotected anal intercourse rates among MSM in Soweto, South Africa. *AIDS Behav.* 2013;17:Suppl 1:S4-11.

- Asboe D, Catalan J, Mandalia S, Dedes N, Florence E, Schrooten W, *et al.* Sexual dysfunction in HIV-positive men is multi-factorial: A study IF prevalence and associated factors. *Aids care*. 2007;19:955-65.
- Atkinson JH, Heaton RK, Patterson TL, Wolfson T, Deutsch R, Brown SJ, *et al.* Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men. *J Affect Disord*. 2008;108(3):225-34.
- Bacchetti P. Incubation period of AIDS in San Francisco. *Nature*. 1989.
- Baggaley RF, White RG, Boily MC. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*. 2010;39:1048-1063.
- Bandeira M, Quaglia MAC, Bachetti LS, Ferreira TL, Souza GG. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2005;22(2):111-121.
- Barbaro G, Barbarini G. Highly active antiretroviral therapy-associated metabolic syndrome and cardiovascular risk. *Chemotherapy*. 2006;52:161-5.
- Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4):1085-1099.
- Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Júnior PBS. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(4):727-737.
- Barbosa RM, Koyam MAH. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(suppl.1):21-33.
- Barta WD, Tennen H, Kiene SM. Alcohol-involved sexual risk behavior among heavy drinkers living with HIV/AIDS: negative affect, self-efficacy, and sexual craving. *Psychol Addict Behav*. 2010;24(4):563-70.
- Bartlett JA, Fath MJ, Demasi R, Hermes A, Quinn J, Mondou E, Rousseau F. An updated systematic overview of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-infected adults. *AIDS*. 2006;20(16):2051-64.
- Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):365-72.

- Bastos FI, Cunha CB, Bertoni N. Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):118-26.
- Bastos FI, Cunha CB, Hacker MS. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):98-108.
- Bastos, FI. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais; 2009.
- Bayer C. *Manual Versant HIV-1 RNA Assay (bDNA)*. São Paulo; 2007.
- Beloqui JA. Risco relativo para AIDS de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):437-42.
- Benton TD. Depression and HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(3):280-5.
- Berquó ES, coordenador. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 (Série Avaliação, 4).
- Berquó E, Barbosa RM, Lima LP. Trends in condom use: Brazil 1998 and 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl. 1).
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-10.
- Bertoni RF, Bunn K, Silva J, Traebert J. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2010;39(4):75-79.
- Bezemer D, de Wolf F, Boerlijst MC, van Sighem A, Hollingsworth TD, Prins M, *et al*. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*. 2008;22:1071-77.
- Biolo A, Seligman BG, Sprinz E. Fisiopatogenia e evolução natural da doença: fases da infecção. In: Sprinz E, Finkelsztejn A, editores. *Rotinas em HIV/AIDS*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Bodenmann G, Ledermann T, Bradbury TN. Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*. 2007;14:551-569.
- Bogart LM, Thorburn S. Are HIV/AIDS conspiracy beliefs a barrier to HIV prevention among African Americans? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;38(2):213-8.

- Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, Alary M. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. 2009;9:118-29.
- Bolfarine H, Valença DM. Testing homogeneity in Weibull-regression models. *Biom J*. 2005;47(5):707-20.
- Bouhnik AD, Préau M, Schiltz MA, Lert F, Obadia Y, Spire B. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples. *AIDS*. 2007;21(Suppl 1):S1-3.
- Bouscarat F. Infections sexuellement transmises. Actualités cliniques et thérapeutiques Sexually transmitted infections. *Med Mal Infect*. 2005;35(5):290-98.
- Boutinik, Préau M, Schiltz MA, Lert F, Obadia Y, Spire B. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples *AIDS*. 2007;21(Suppl1):S1-3.
- Braithwaite RS, Conigliaro J, McGinnis KA, Maisto SA, Bryant K, Justice AC. Adjusting alcohol quantity for mean consumption and intoxication threshold improves prediction of onadherence in HIV patients and HIV-negative controls. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32:1645-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças*. Brasília; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6.^a ed. Brasília; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. 6.^a ed. Brasília; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Brasília; 2008a.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos, 2008*. Brasília; 2008b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>
- Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Duarte PCAV, Stempluk VA, Barroso LP (organizadores). Brasília; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil:coletânea de estudos do Projeto Atar*. Brasília; 2010.

- Brasil. Ministério da Saúde. *PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira – 2008*. Brasília; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - AIDS e DST* (semanas epidemiológicas: julho de 2010 a junho de 2011). Brasília; 2012a.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: 2012b.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - AIDS e DST* (semanas epidemiológicas: até semana epidemiológica 26^a – dezembro 2013). Brasília; 2013.
- Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD *et al.* Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS*. 2004;18:2075-9.
- Bunnell R, Opio A, Musinguzi J, Kirungi W, Ekwaru P, Mishra V, *et al.* HIV transmission risk behavior among HIV-infected adults in Uganda: results of a nationally representative survey. *AIDS*. 2008;22:617-624.
- Bussab WO, Bolfarine H. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blücher, ABE, 2005.
- Caballo VE. O treinamento em habilidades sociais. In Caballo VE (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora; 1996.
- Camoni L, Dal Conte I, Vincenza R, Colucci A, Chiriotto M, Vullo V, *et al.* Sexual behaviour reported by a sample of Italian MSM before and after HIV diagnosis. *Ann Ist super sAnItà*. 2011;47(2):214-219.
- Campos LN, Guimarães MD, Carmo RA, Melo AP, Oliveira HN, Elkington K, McKinnon K. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cad Saude Pública*. 2008;24; Suppl 4:s607-20.
- Campos LN, Guimarães MD, Remien RH. Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to anti-retroviral therapy in Brazil. *AIDS Behav*. 2010;14(2):289-99.
- Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):90-7.

- Centers for Disease Control and Prevention - CDC. HIV among gay, bisexual and other men who have sex with men (MSM). 2010. Disponível em <http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm/index.htm>. Acesso em 12 nov 2012.
- Chander G, Himelhoch S, Moore R. Substance abuse and psychiatric disorder in HIV-positive patients. *Drugs*. 2006;66(6):769-789.
- Clatts MC, Goldsamt LA, Yi H. Club drug use among young men who have sex with men in NYC: a preliminary epidemiological profile. *Subst Use Misuse*. 2005;40(9-10):1317-30.
- Cohen M, Hoffman RG, Cromwell C, Schmeidler J, Ebrahim F, Carrera G. The Prevalence of Distress in Persons With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Psychosomatics*. 2002; 43:1.
- Coleman CL, Ball K. Determinants of perceived barriers to condom use among HIV-infected middle-aged and older African-American men. *J Adv Nurs*. 2007;60(4):368-376.
- Collazzos J, Martinez E, Mayo J, Ibarra S. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2002;31(3):322-326.
- Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS*. 2006; 20(12):1571-1582.
- Conigliaro J, Madenwald T, Bryant K, Braithwaite S, Gordon A, Fultz SL, *et al*. The Veterans Aging Cohort Study: Observational studies of alcohol use, abuse, and outcomes among human immunodeficiency virus-infected veterans. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28:313-321.
- Cournos F, Guimarães MD, Wainberg ML. HIV/AIDS and serious mental illness: a risky conclusion. *Psychiatr Serv*. 2012;63(12):1261-2.
- Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*. 2002;16:135-49.
- Crepaz N, Lyles CM, Wolitski RJ, Passin WF, Rama SM, Herbst JH, *et al*. Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*. 2006;20:143-57.

- Crepaz N, Marks G, Liao A, Mullins MM, Aupont LW, Marshall KJ, Jacobs ED, Wolitski RJ. Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. *AIDS*. 2009;23(13):1617-29.
- Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Davidovich U, de Wit JB, Stroebe W. Behavioral and cognitive barriers to safer sex between men in steady relationships: implications for prevention strategies. *AIDS Educ Prev*. 2004;16(4):304-14.
- Del Prette ZAP, Del Prette A. *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Del Prette A, Del Prette ZAP. Habilidades sociais: Biologia evolucionária e cultura. In Guilhardi HJ, Madi MBBP, Queiroz PP, Scoz MC (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição* (p. 65-75). Santo André: ESETec; 2001.
- Del Prette ZAP, Del Prette A. Social skills and behavior analysis: Historical proximity and new issues. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. 2010;1(2):104-115.
- De Santis JP, Collin JM, Provencio Vasquez E, McCain GC. The relationship of depressive symptoms, self-esteem, and sexual behaviors in a predominantly Hispanic sample of men who have sex with men. *American Journal of Men's Health*. 2008;2(4):314-321.
- D'Ubaldo C, Pezzotti P, Rezza G, Branca M, Ippolito G. Association between HIV-1 infection and miscarriage: a retrospective study. DIANAIDS Collaborative Study Group. *Diagnosi Iniziale Anomalie Neoplastiche. AIDS* 1998; 12(9):1087-1093.
- De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med*. 1994;331(6):341-6.
- De Vincenzi I, Jadand C, Couturier E, Brunet JB, Gallais H, Gastaut JA, Goujard C, Deveau C, Meyer L. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. *AIDS*. 1997;11(3):333-338.
- De Walque D. How does the impact of an HIV/ AIDS information campaign vary with educational attainment? *Tropical Medicine and International Health*. 2007;15(6):706-712.
- Desquilbet L, Deveau C, Goujardb C, Hubert JB, Derouineauc J, Meyera L. Increase in at-risk sexual behaviour among HIV-1-infected patients followed in the French PRIMO cohort. *AIDS*. 2002;16:2329-2333.

- Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendência da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006;40:9-17.
- Dyer JR, Eron JJ, Hoffman IF, Kazembe P, Vernazza PL, Nkata E *et al*. Association of CD4 cell depletion and elevated blood and seminal plasma human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA concentrations with genital ulcer disease in HIV-1-infected men in Malawi. *J Infect Dis*. 1998;177:224-7.
- Eaton LA, West TV, Kenny DA, Kalichman SC. HIV transmission risk among HIV seroconcordant and serodiscordant couples: dyadic processes of partner selection. *AIDS Behav*. 2009;13(2):185-95.
- Elford J, Hart G. HAART, viral load and sexual risk behaviour. *AIDS*. 2005; 19(2):2057-2061.
- Eyer-Silva WA. A circuncisão masculina e a transmissão heterossexual do HIV. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37(5):678-86.
- Farias N, Souza I, Coelho DM, Oliveira UB, Binelli CA, Coinfecção pelos vírus das hepatites B ou C e da imunodeficiência adquirida: estudo exploratório no Estado de São Paulo, Brasil, 2007 a 2010 *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012;21(3):475-486.
- Fauget CM, Mayo MA, Maniloff J, Desselberger U, Ball LA. *Virus Taxonomy*. 2^a ed. California: Academic Pres; 2005.
- Fendrich M, Mackesy-Amiti ME, Johnson TP, Pollack LM. Sexual risk behavior and drug use in two Chicago samples of men who have sex with men: 1997 vs. 2002. *J Urban Health*. 2010;87(3):452-66.
- Fendrich M, Avci O, Johnson TP, Mackesy-Amiti ME. Depression, substance use and HIV risk in a probability sample of men who have sex with men. *Addictive Behaviors*. 2013;38:1715-1718.
- Fincham D, Smit J, Carey P, Stein DJ, Seedat S. The relationship between behavioral inhibition, anxiety disorders, depression and CD4 counts in HIV-positive adults: a cross-sectional controlled study. *AIDS Care*. 2008;20(10):1279-83.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiat Res*. 1975;12:189-198.
- Frost DM, Stirratt MJ, Ouellette SC. Understanding why gay men seek HIV seroconcordant partners: intimacy and risk reduction motivations. *Cult Health Sex*. 2008;10:513-27.

- Fumo VMS, Manolio CL, Bello S, Hayashi MCPI. Produções científicas em habilidades sociais: estudo bibliométrico. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. 2009;11(2):246-266.
- Funari SL. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(6):1841-1844.
- Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. *Rev Saúde pública*. 2004;38(2):194-200.
- Gerbi GB, Habtemariam T, Tameru B, Nganwa D, Robnett V. A comparative study of substance use before and after establishing HIV infection status among people living with HIV/AIDS. *J Subst Use*. 2011;16(6):464-475.
- Golin C, Marks G, Wright J, Gerkovich M, Tien HC, Patel SN, *et al*. Psychosocial characteristics and sexual behaviors of people in care for HIV infection: an examination of men who have sex with men, heterosexual men and women. *AIDS Behav*. 2009;13(6):1129-42.
- Gore-Felton C, Vosvick M, Bendel T, Koopman C, Das B, Israelski D, *et al*. Correlates of sexually transmitted disease infection among adults living with HIV. *Int J STD AIDS*. 2003;14(8):539-46.
- Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):430-41.
- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, Goicochea P, *et al*. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
- Gravningen K, Simonsen GS, Furberg AS, Wilsgaard T. Factors associated with Chlamydia trachomatis testing in a high school based screening and previously in clinical practice: a cross-sectional study in Norway. *BMC Infect Dis*. 2013;13(1):361. [Epub ahead of print].
- Graw, H. *Doenças causadas por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): AIDS e distúrbios relacionados*. Harrison Medicina Interna: 14. ed.; 2001, vol.2.
- Guimarães MD, Grinsztejn B, Chin-Hong PV, Campos LN, Gomes VR, Melo VH, *et al*. Behavior Surveillance: Prevalence and Factors Associated with High-Risk Sexual Behavior Among HIV-Infected Men in Brazil in the Post-HAART Era. *AIDS Behav*. 2008;12:741-747.

- Guimarães MD, Campos LN, Melo APS, Carmo RA, Machado CJ, Acurcio FA. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009;31(1):43-47.
- Gupta R, Dandu M, Packel L, Rutherford G, Leiter K, Phaladze N *et al.* Depression and HIV in Botswana: A Population-Based Study on Gender-Specific Socioeconomic and Behavioral Correlates. *PLoS ONE*. 2010;5(12):e14252.
- Halperin DT, Shiboski SC, Palefsky SC, Padian NS. High level of HIV-1 infection from anal intercourse: a neglected risk factor in heterosexual AIDS prevention. *Int Conf AIDS*. 2002;14:7-12.
- Harbertson J, Grillo M, Zimulinda E, Murego C, Brodine S, May S, *et al.* HIV seroprevalence, associated risk behavior, and alcohol use among male Rwanda Defense Forces military personnel. *AIDS Behav.* 2013 Jun;17(5):1734-45.
- Harawa NT, Williams JK, Ramamurthi HC, Manago C, Avina S, Jones M. Sexual behavior, sexual identity, and substance abuse among low-income bisexual and non-gay-identifying african american men who have sex with men. *Arch Sex Behav.* 2008;37(5):748-762.
- Hart TA, Heimberg RG. Social anxiety as a risk factor for unprotected intercourse among gay and bisexual male youth. *AIDS Behav.* 2005;9(4):505-12.
- Hebling EM, Guimarães IRF. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1211-1218.
- Hutton H, McCaul ME, Santora PB, Erbeling EJ. The relationship between recent alcohol use and sexual behaviors: Gender differences among sexually transmitted disease clinic patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32:2008-2015.
- Hutton HE, McCaul ME, Chander G, Jenckes MW, Nollen C, Sharp VL, Erbeling EJ. Alcohol Use, Anal Sex, and Other Risky Sexual Behaviors Among HIV-Infected Women and Men. *AIDS Behav.* 2013;17(5):1694-704.
- International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). *Master Species list* 2009. Disponível em: <<http://www.ictvonline.org/virusTaxonomy.asp?version=2009>>. Acesso em 20 dez 2012.
- Irwin TW, Morgenstern J, Parson T, Wainberg M, Labouvie E. Alcohol and sexual HIV risk behavior among problem drinking men who have sex with men: An entry-level analysis of timeline followback data. *AIDS and Behavior.* 2006;10:299-307.

- Jagannathan R. Relying on surveys to understand abortion behavior: some cautionary evidence. *Am J Public Health* 2001; 91(11):1825-1831.
- Jalkh AP, Miranda AE, Hurtado-Guerreiro JC, Ramos LA, Figliuolo G, Maia J, Costa CM, Ramasawmy R, de Lima Ferreira LC. Chlamydia trachomatis in human immunodeficiency virus-infected men treated at a referral hospital for sexually transmitted diseases in the Amazonas, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2013 Nov 9. [Epub ahead of print]
- Jawetz E, Melnick JL, Adelberg EA. *Microbiologia médica*. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- Jin F, Jansson J, Law M, Prestage GP, Zablotska I, Imrie JC, *et al*. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS*. 2010;24(6):907-910.
- Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, *et al*. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;16(3):CD001230.
- Kagee A, Martin L. Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with HIV. *AIDS Care*. 2010; 22(2):159-165.
- Kalichman SC, Simbayi LC, Kaufman M, Cain D, Jooste S. Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings. *Prev Sci*. 2007a;8(2):141-151.
- Kalichman SC, Simbayi LC, Vermaak R, Cain D, Jooste S, Peltzer K. HIV/AIDS risk reduction counseling for alcohol using sexually transmitted infections clinic patients in Cape Town, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007b;44(5):594-600.
- Kalichman SC, Di Berto G, Eaton LA. Human immunodeficiency virus viral load in plasma and semen: review and implications of empirical findings. *Sex Transm Dis*. 2008;35:55-60.
- Kaufman ZA, Braunschweig EN, Feeney J, Dringus S, Weiss H, Delany-Moretlwe S, Ross DA. Sexual Risk Behavior, Alcohol Use, and Social Media Use Among Secondary School Students in Informal Settlements in Cape Town and Port Elizabeth, South Africa. *AIDS Behav*. 2014;17. [Epub ahead of print]
- Kennedy C, O'Reilly K, Medley A, Sweat M. The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: A systematic review. *AIDS Care*. 2007;19(6):707-720.

- Kerr, L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2009.
- Kingsley LA, Detels R, Kaslow R, Polk BF, Rinaldo CR, Chmiel J, Detre K, *et al.* Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *Lancet*. 1987;1(8529):345-49.
- Kinyanda E, Hoskins S, Nakku J, Nawaz S, Patel V. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *BMC Psychiatry*. 2011;30(11):205-11.
- Kinyanda E, Weiss HA, Mungherera M, Onyango-Mangen P, Ngabirano E, Kajungu R, Kagugube J, *et al.* Psychiatric disorders and psychosocial correlates of high HIV risk sexual behaviour in war-affected Eastern Uganda. *AIDS Care*. 2012;24(11):1323-32.
- Kumar V, Abbas AK, Fausto. *Patologia Geral: Bases Patológicas das Doenças – Robbins e Cotran*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- Landovitz RJ, Tseng CH, Weissman M, Haymer M, Mendenhall B, Rogers K, *et al.* Epidemiology, sexual risk behavior, and HIV prevention practices of men who have sex with men using GRINDR in Los Angeles, California. *J Urban Health*. 2013;90(4):729-39.
- Largu A, Manciu C, Vâță A, Nicolau C, Prisacaru L, Ciubotaru FF, *et al.* Dyadic adjustment in HIV sero-concordant and sero-discordant couples. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2012;116(3):718-21.
- Leichliter JS, Chandra A, Liddon N, Fenton KA, Aral SO. Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. *J Infect Dis*. 2007;196:1852-59.
- Lipp MEN. A eficácia do treino do controle do estresse: Estudos experimentais clínicos. In Lipp MEN (Org.). *Pesquisas sobre estresse no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- Lipp MEN. *Manual do inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- Lipp MEN. Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista SBTC*. 2005;1(1):29-34.

- Longfield K, Glick A, Waithaka M, Berman J. Relationships between older men and younger women: implications for STIs /HIV in Kenya. *Studies in Family Planning*. 2004;35:125-134.
- Lopes M, Olfson M, Rabkin J, Hasin DS, Alegría AA, Lin KH, *et al.* Gender, HIV status, and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011;73(3):384-91.
- Madhivanan P, Hernandez A, Gogate A, Stein E, Gregorich S, Setia M, *et al.* Alcohol use by men is a risk factor for the acquisition of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus from female sex workers in Mumbai, India. *Sex Transm Dis*. 2005;32(11):685-690.
- Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev saúde pública*. 2008;42(2):242-8.
- Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Schum JL. Effects of alcohol and expectancies on HIV-related risk perception and behavioral skills in heterosexual women. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2004;12(4):288-297.
- Malbergier A, Amaral RA, Cardoso LRD, Castel S. Monitoring drug use among hiv/aids patients in brazil: should we combine self-report and urinalysis? *Current HIV Research*. 2012;10:708-712.
- Malow RM, Dévieux JG, Rosenberg R, Samuels DM, Jean-Gilles MM. Alcohol use severity and HIV sexual risk among juvenile offenders. *Subst Use Misuse*. 2006;41(13):1769-1788.
- McCain NL, Munjas BA, Munro CL, Elswick RK, Wheeler Robins JL, Ferreira-Gonzalez A, *et al.* Effects of Stress Management on PNI-Based Outcomes in Persons With HIV Disease. *Research in Nursing & Health*. 2003;26:102-117.
- Mello VA, Malbergier A. Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):10-17.
- Méndez EB. *Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* (dissertação). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
- Menezes GM, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(7):1431-1446.

- Messman-Moore T, Brown AL. Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: is child abuse the most salient experience? *Child Abuse & Neglect*. 2004; 28:1019-1034.
- Miotti PG, Dallabetta G, Ndovi E, Liomba G, Saah AJ, Chipangwi J. HIV-1 and pregnant women: associated factors, prevalence, estimate of incidence and role in fetal wastage in central Africa. *AIDS* 1990; 4(8):733-736.
- Moatti JP, Prudhomme J, Traore DC, Juillet-Amari A, Akribi HA, Msellati P. Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire. *AIDS*. 2003;17(Suppl 3):S69-77.
- Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*. 2001;91(5):753-760.
- Moore AR, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/ AIDS in Togo. *Social Science and Medicine*. 2007;64(5):1057-1066.
- Morin SF, Myers JJ, Shade SB, Koester K, Maiorana A, Rose CD. Predicting HIV transmission risk among HIV-infected patients seen in clinical settings. *AIDS Behav*. 2007;11(5 Suppl):S6-16.
- Morris M, Kretzschmar, M. Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS*. 1997;11:641-8.
- Mosack KE, Weinhardt LS, Kelly JA, Gore-Felton C, McAuliffe TL, Johnson MO, *et al*. Influence of coping, social support, and depression on subjective health status among hiv-positive adults with different sexual identities. *Behavioral Medicine*. 2009;34(4):133-144.
- Msuya SE, Mbizvo E, Hussain A, Uriyo J, Sam NE, Stray-Pedersen B. HIV among pregnant women in Moshi Tanzania: the role of sexual behavior, male partner characteristics and sexually transmitted infections. *AIDS Res Ther*. 2006;3:27-31.
- Moura EL. *Fatores de impacto que influenciam na adesão ao preservativo por mulheres soropositivas para o HIV/COM AIDS* (doutorado). São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
- Mustanski, B. Moderating effects of age on the alcohol and sexual risk taking association: An online daily diary study of men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 2008;12(1)118-126.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) of the National Institutes of Health. U.S. Department of Health & Human Services. *Alcohol Alert*. 2008; 74. Disponível em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA74/AA74.htm>. Acesso em 14 out 2012.
- Nduna M, Jewkes RK, Dunkle KL, Shai NPJ, Colman I. Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2010;13:44.
- Neblett RC, Hutton HE, Lau B, McCaul ME, Moore RD, Chander G. Alcohol consumption among hiv-infected women: impact on time to antiretroviral therapy and survival. *Journal of Women's Health*. 2011;20(2):114-120.
- Neto JRF, Lima LF, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):22-29.
- Nicolosi A, Correa-Leite ML, Musicco M, Arici C, Gavazzeni G, Lazzarin A. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*. 1994;5:570-75.
- Olinto MT, Moreira Filho DC. Estimating the frequency of induced abortion: a comparison of two methods. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15(5):331-336.
- Organização Mundial da Saúde. *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector 2010 Progress Report*, 2010.
- Owe-Larsson B, Säll L, Salamon E, Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness. *Afr J Psychiatry*. 2009;12:115-128.
- Owusu-Edusei K Jr, Tao G, Gift TL, Wang A, Wang L, Tun Y, Wei X, Wang L, Fuller S, Kamb ML, Bulterys M. Cost-effectiveness of Integrated Routine Offering of Prenatal HIV and Syphilis Screening in China. *Sex Transm Dis*. 2014;41(2):103-10.
- Paiva V, Venturi G, França-Jr I, Lopes F. *Uso de preservativos - pesquisa nacional MS/IBOPE*. 2003. Acesso em 18/11/2012. Disponível em: www.aids.gov.br
- Parham P. *O sistema imune*. Porto Alegre, RS: Artmed; 2000.
- Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M, Golub SA. Predictors of Day-Level Sexual Risk for Young Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav*. 2013;17(4):1465-77

- Parsons JT, Grov C, Golub SA. Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: further evidence of a syndemic. *Am J Public Health*. 2012;102(1):156-62.
- Pasquali L, Gouveia VV. Escala de assertividade de Rathus - RAS: adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 1990;6(3):233-249.
- Patterson TL, Semple SJ, Zians JK, Strathdee SA. Methamphetamine-using HIV-positive men who have sex with men: correlates of polydrug use. *J Urban Health*. 2005;82(1):120-126.
- Pavan MH, Aoki FH, Monteiro DT, Gonçalves NS, Escanhoela CA, Gonçalves Jr FL. Viral hepatitis in patients infected with human immunodeficiency virus. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2003;7:253-261.
- Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(1):45-50.
- Polistchuck L. *Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres* (dissertação). São Paulo: Programa de Saúde pública da Universidade de São Paulo; 2010.
- Poudel KC, Nakahara S, Poudel-Tandukar K, Yasuoka J, Jimba M. Unsafe sexual behaviours among HIV-positive men in Kathmandu Valley, Nepal. *AIDS Behav*. 2009;13:1143-50.
- Protopopescu C, Marcellin F, Préau M, Gabillard D, Moh R, Minga A, *et al*. Psychosocial correlates of inconsistent condom use among HIV-infected patients enrolled in a structured ART interruptions trial in Côte d'Ivoire: results from the TRIVACAN trial (ANRS 1269). *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(6):706-712.
- Rabkin JG. Depression high among HIV-positive patients. Rates are more than five times greater. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2008;5(4):163-71.
- Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/AIDS*. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2001.
- Raj A, Kidd JD, Cheng DM, Coleman S, Bridden C, Blokhina EA, Krupitsky E, Samet JH. Associations between partner violence perpetration and history of STI among HIV-infected substance using men in Russia. *AIDS Care*. 2013;25(5):646-51.
- Rathus SA. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*. 1973;4:398-406.

- Ray N, Harrison JE, Blackburn LA, Martin JN, Deeks SG, Doms RW. Clinical resistance to enfuvirtide does not affect susceptibility of human immunodeficiency virus type 1 to other classes of entry inhibitors. *J Virol*. 2007;81:3240-50.
- Reback CJ, Kamien JB, Amass L. Characteristics and HIV risk behaviors of homeless, substance-using men who have sex with men. *Addict Behav*. 2007;32(3):647-654.
- Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Revista latino americana de enfermagem*. 2005;13(1):32-7.
- Reis AC, Santos EM, Cruz MM. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007;16(3):195-205.
- Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44:759-765.
- Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):08-12.
- Remien RH, Wagner G, Dolezal, Carballo-Diéguez A. Levels and correlates of psychological distress in male couples of mixed HIV status. *AIDS Care*. 2003;15(4):525-38.
- Remien RH, Halkitis PN, O'Leary A, Wolitski RJ, Gomez CA. Risk perception and sexual risk behaviors among HIV-positive men on antiretroviral therapy. *AIDS Behav*. 2005;9(2):167-76.
- Reisner SL, Mimiaga MJ, Safren SA, Mayer KH. Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men. *AIDS Care*. 2009;21(12):1481-9.
- Rice E, Batterham P, Rotheram-Borus MJ. Unprotected sex among youth living with HIV before and after the advent of highly active antiretroviral therapy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(3):162-7.
- Rocha S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: Passarelli CA. *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003.
- Rosário M, Meyer-Bahlburg HF, Hunter J, Gwadz M. Sexual risk behaviors of Gay, Lesbian, and bisexual youths in New York City: prevalence and correlates. *AIDS Educ Prev*. 1999;11(6):476-96.

- Rosser SBR, Horvath KJ, Hatfield LA, Peterson JL, Jacoby S, Stately A. Predictors of HIV disclosure to secondary partners and sexual risk behavior among a high-risk sample of HIV-positive MSM: results from six epicenters in the US. *AIDS Care*. 2008;20(8):925-930.
- Rossier C, Michelot F, Bajos N. Modeling the process leading to abortion: an application to French survey data. *Stud Fam Plann* 2007; 38(3):163-172.
- Roux P, Carrieri MP, Michel L, Fugon L, Marcellin F, Obadia Y, Spire B. Effect of anxiety symptoms on adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected women. *J clin Psychiatry*. 2009;70(9):1328-1330.
- Rutherford GW. Condom in contrated and generalised HIV epidemics. *Lancet*, 2008;26:275-6.
- Safren SA, Reisner SL, Herrick A, Mimiaga MJ, Stall RD. Mental health and HIV risk in men who have sex with men. *JAIDS*. 2010;55:S74-7.
- Sam NE, Ao TT, Masenga EJ, Seage GR, Kapiga SH. Human immunodeficiency virus type 1 among bar and hotel workers in northern Tanzania: the role of alcohol, sexual behavior, and herpes simplex virus type 2. *Sex Transm Dis*. 2006;33(3):163-169.
- Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, Dinunno E, *et al*. Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors-United States, National HIV Behavioral Surveillance. *MMWR Surveill Summ*. 2006;55(6):1-16.
- Santos NJ, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saude Publica*. 2002a; 36(4 Suppl):12-23.
- Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*. 2002b;5(3):286-310.
- Santos NJ, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saude Publica* 2002; 36(4 Suppl):12-23.
- Satterwhite CL, Kamb ML, Metcalf C, Douglas JM Jr, Malotte CK, Paul S, Peterman TA. Changes in sexual behavior and STD prevalence among heterosexual STD clinic attendees: 1993–1995 versus 1999–2000. *Sex Transm Dis*. 2007;34:815-19.
- Scanavino MT. *Comportamento sexual de sujeitos com AIDS referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira* (doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Psiquiatria; 2007.

- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. *Boletim Epidemiológico de AIDS HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo*. São Paulo; Ano XIII, nº 12 – Junho; 2009.
- Segurado AC, Braga P, Etzel A, Cardoso MRA. Hepatitis C vírus coinfection in a cohort of HIV-infected individuals from Santos, Brazil: seroprevalence and associated factors. *AIDS Patient Care and STDs*. 2004; 18(3):135-143.
- Shuper PA, Newman M, Kanters F, Baliunas D, Joharchi N, Rehm J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2010;45:159-66.
- Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(8):601-605.
- Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40(3):482-488.
- Silva SFR, Pereira MRP, Motta Neto R, Ponte MF, Ribeiro IF, et al. AIDS no Brasil: uma epidemia em transformação. *Rev bras anal clin*. 2010;42(3):209-212.
- Silveira CM, Wang YP, Andrade AG, Andrade L. Heavy drinking in the São Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and socio-demographics correlates. *J Stud Alcoh*. 2007;68:18-27.
- Silveira MPT, Guttier MC, Pinheiro CAT, Pereira TVS, Cruzeiro ALS, Moreira LB. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:162-167.
- Singa B, Glick SN, Bock N, Walson J, Chaba L, Odek J, et al. Sexually transmitted infections among HIV-infected adults in HIV care programs in Kenya: a national sample of HIV clinics. *Sex Transm Dis*. 2013;40(2):148-53.
- Sivasubramanian M, Mimiaga MJ, Mayer KH, Anand VR, Johnson CV, Prabhugate P, Safren SA. Suicidality, clinical depression, and anxiety disorders are highly prevalent in men who have sex with men in Mumbai, India: findings from a community-recruited sample. *Psychol Health Med*. 2011;16(4):450-62.
- Smith DM, Richman DD, Little SJ. HIV superinfection. *Journal of Infectious Diseases*. 2005;192:438-444.
- Sohler N, Colson PW, Meyer-Bahlburg HF, Susser E. Reliability of self-reports about sexual risk behavior for HIV among homeless men with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2000;51(6):814-6.

- Souza MG, Passos ADC, Machado AA, Figueiredo JFC, Esmeraldino LE. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2004;37(5):391-395.
- Stein JA, Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Milburn NG. Predictors of sexual transmission risk behaviors among HIV-positive young men. *AIDS Care.* 2005;17(4):433-42.
- Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastrì S, Malbergier A. Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos da graduação da Universidade de São Paulo - Campus São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005;27(3):185-193.
- Stoner S, Georde WH, Peter LM, Norris J. Liquid courage: alcohol fosters risk sexual decision-making in individuals with sexual fears. *Aids Behav.* 2007;11:227-237.
- Strauss SM, Tiburcio NJ, Munoz-Plaza C, Gwadz M, Luniewicz J, Osborne A, *et al.* HIV care providers' implementation of routine alcohol reduction support for their patients. *Aids Patient Care STDS.* 2009;23:211-218.
- Stumpf BP, Rocha FL, Proietti ABFC. Infecções virais e depressão. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(2):132-41.
- Surrat, H.L.; Inciardi, J.A.; Kurtz, S.P.; Kiley, M.C. - Sex work and drug use in a subculture of violence. *Crime & Delinquency* 50 (1): 43-59, 2004.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, de Andrade CL. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Caderno Saúde Pública.* 2000;16(supl 1):11-150.
- Szwarcwald CL. *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.* Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2009.
- Tanganelli MSL. Stress e qualidade de vida em portadores do vírus HIV assintomático. In: Lipp MEN. *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupação e grupos de risco.* Campinas, SP: Papirus, 1996.
- Thackway SV, Furner V, Mijch A, Cooper DA, Holland D, Martinez P, Shaw D, van Beek I, Wright E, Clezy K, Kaldor JM. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS.* 1997; 11(5):663-667.

- Tilahun M, Ayele G. Factors associated with age at first sexual initiation among youths in Gamo Gofa, south west Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2013 Jul 2;13:622.
- Toledo LSG, Maciel ELN, Rodrigues LCM, Tristão-Sá, Fregona G. Características e tendências da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43:264-7.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(9):922-35.
- Tomlinson M, Grimsund AT, Stein DJ, Williams D, Myer L. The epidemiology of major depression in South Africa: Results from the South African stress and health study. *South African Medical Journal*. 2009;99:368-373.
- Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de RA, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS* 2008; 22(8):973-981.
- Treisman G, Angelino A. Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection. *Clinic Infection Dis*. 2007;45(4):S3-13.
- Tsai AC, Leiter K, Heisler M, Iacopino V, Wolfe W, Shannon K, Phaladze N, Hlanze Z, Weiser SD. Prevalence and correlates of forced sex perpetration and victimization in Botswana and Swaziland. *Am J Public Health*. 2011;101(6):1068-74.
- Tunala LG. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Rev. Saúde Pública*. 2002;36(4).
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global AIDS epidemic*; 2012a.
- UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). *Together we will end AIDS*. “UNAIDS/JC2296E”; 2012b.
- UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*; 2013.
- VanDevanter N, Duncan A, Burrell-Piggott T, Bleakley A, Birnbaum J, Siegel K, et al. The Influence of Substance Use, Social Sexual Environment, Psychosocial Factors, and Partner Characteristics on High-Risk Sexual Behavior Among Young Black and Latino Men Who Have Sex with Men Living with HIV: A Qualitative Study. *AIDS PATIENT CARE and STDs*. 2011;25(2):113-121.

- Varella RB. Aspectos da epidemia de AIDS em município de médio porte do Rio de Janeiro, 2000-2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(4):447-53.
- Wagner GJ, Ghosh-Dastidar B, Holloway IW, Kityo C, Mugenyi P. Depression in the pathway of hiv antiretroviral effects on sexual risk behavior among patients in Uganda. *AIDS Behav*. 2012;16:1862-1869.
- Walker BD. Imunologia relacionada à AIDS/SIDA. In: Goldman L, Benett C, editores. *Tratado de medicina interna*. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Wang XB, Tucker JD, Yang L, Zheng H, Zhang F, Cohen MS, *et al*. Unsafe sex and sti prevalence among hiv-infected adults in Guangzhou, China: opportunities to deamplify sexual hiv transmission. *AIDS Behav*. 2013;17(3):1137-43.
- Weiser SD, Leiter K, Heisler M, McFarland W, Percy-de Korte F, DeMonner *et al*. A population-based study on alcohol and high-risk sexual behaviors in Botswana. *PLoS Med*. 2006;3(10):392.
- Wolff FH. *Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C em portadores do vírus da imunodeficiência humana: genótipos e fatores de risco* [Tese de Doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- Worth H, Rawstorne P. Crystallizing the HIV epidemic: Methamphetamine, unsafe sex and gay diseases of the will [Editorial]. *Archives of Sexual Behavior*. 2005;34:483-486.
- Yi H, Sandfort TGM, Shidlo A. Effects of disengagement coping with HIV risk on unprotected sex among HIV-negative gay men in New York City. *Health Psychol*. 2010;29(2):205-14.