

Comportamentos sexuais de risco e preventivos masculinos: resultados de uma amostra recolhida através da internet em Portugal

Sexual risk and preventive behaviors of men: results from a Portuguese online survey

Nuno Nodin

Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde. Lisboa, Portugal.
E-mail: nunonodin@netcabo.pt

Alex Carballo-Díéguez

Columbia University. Department of Psychiatry. New York, United States of America.
New York State Psychiatric Institute. HIV Center for Clinical and Behavioral Studies. New York, United States of America.
E-mail: ac72@columbia.edu

Isabel Pereira Leal

Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde. Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa, Portugal.
E-mail: ileal@ispa.pt

Resumo

Pretendeu-se com a pesquisa realizada estudar e comparar padrões de testagem em relação ao VIH; resultados do teste para o VIH; e comportamentos sexuais preventivos de homens homo, hetero e bissexuais. Os dados foram recolhidos através de um questionário *on-line*. A amostra foi constituída por 732 participantes com idade média de 32,2 anos, dos quais 53,7% identificaram-se como homossexual/gay; 27,4%, como heterossexual; e 18,3%, como bissexual, refletindo a divulgação privilegiada do estudo junto a organizações de lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT). Nunca tinham realizado o teste para o VIH 26,6% dos participantes; 7,2% indicaram ser portadores do HIV. Homens gays apresentaram níveis significativamente mais elevados de testagem para o VIH e de soropositividade, quando comparados com os restantes. No geral, verificou-se ainda que homens gays indicaram ter mais comportamentos preventivos. Todos os grupos estudados apresentaram padrões comportamentais específicos e diferenciados em relação ao VIH. Conclui-se que são de grande importância intervenções comportamentais desenhadas à medida das necessidades dos diferentes grupos estudados, em particular junto aos homens heterossexuais e gays.

Palavras-chave: Homens; VIH; Prevenção; Orientação Sexual; Portugal.

Correspondência

Nuno Nodin
UIPES, ISPA. Rua Jardim do Tabaco, 34.
Lisboa, Portugal. 1149-041.

Abstract

The purpose of this study was to analyse and compare gay, heterosexual and bisexual men's HIV testing patterns, HIV test results, and sexual preventive behaviours. Data were collected through an online survey. The study's sample included 732 participants who met the selection criteria. Average age of participants was 32.2 years; 53.7% self-identified as gay, 27.4% as heterosexual, and 18.3% as bisexual. This distribution reflects the fact that the study was mostly publicized using LGBT networks. A total of 26.6% had never tested for HIV; 7.2% said they were HIV-positive. Gay men had significantly higher levels of HIV testing as well as rates of HIV infection when compared with the other groups. Overall, gay men displayed a larger variety of prevention strategies. All the groups under study showed specific and differentiated behavioural profiles with regard to HIV. We conclude that more efficient and tailored campaigns need to be developed to address each group's specific HIV prevention needs, in particular heterosexual and gay men's.

Keywords: Men; HIV; Prevention; Sexual Orientation; Portugal.

Introdução

Apesar de diversos esforços no sentido de travar eficazmente a infecção pelo VIH, até hoje tal ainda não foi possível. Intervenções comportamentais, a par do desenvolvimento de produtos biomédicos preventivos como microbicidas ou profilaxia pré-exposição (Nodin et al., 2008), continuam a ser as melhores estratégias na tentativa de controlo da transmissão do vírus por via sexual. Uma das características essenciais do VIH, que faz dele objeto preferencial de estudo e intervenção por parte das ciências sociais, é o fato de ser uma infecção cujo agente se transmite e previne através de um fator comum: o comportamento (Coates; Richter; Caceres, 2008). Nesse âmbito, a necessidade de prevenção do VIH levou a que se procurasse identificar fatores de risco comportamental em vários níveis.

Esse processo surgiu após uma fase inicial da epidemia em que ocorreu a estigmatização e a culpabilização de infetados, levando à criação da ideia de “grupos de risco”, conceito cujo impacto se manteve de formas diversas (Herek; Widaman; Capitano, 2005). Uma das consequências desse fenómeno foi que indivíduos que não se considerassem como pertencentes aos referidos grupos, em particular homens heterossexuais, se percepcionassem como imunes à doença, não tomando as devidas precauções para evitar o contágio (Vieira et al., 2000). Esse processo tornou evidente um fator pertinente na iniciação e manutenção de comportamentos de risco: a percepção de vulnerabilidade.

Largamente estudada no âmbito do modelo de crenças de saúde (Rosenstock; Strecher; Becker, 1988) e da teoria da motivação protetora (Rogers, 1983), a percepção de vulnerabilidade serve de ligação entre atitudes e comportamentos, aumentando o potencial preditivo dessa associação. Aplicada ao VIH, a vulnerabilidade percepcionada face à possibilidade da ocorrência da infecção, conjugada com fatores como a avaliação da severidade da mesma ou a eficácia percepcionada do comportamento protetor - por exemplo, usar o preservativo -, podem determinar o comportamento do indivíduo, colocando-o ou não em maior risco de contrair o vírus (Tsisis; Nirupama, 2008). Avanços no tratamento do VIH trouxeram também novos desafios ao nível da percepção de vulnerabilidade em relação à infecção, por

exemplo, por parte de indivíduos VIH positivos cujos níveis “indetectáveis” de vírus no sangue podem levar a comportamentos menos seguros (Joseph et al., 2010)

Outro conceito complementar na compreensão dos comportamentos problemáticos em relação ao VIH, e intimamente relacionado com a percepção de vulnerabilidade, é a percepção de risco. A dimensão do risco prende-se à medida que o indivíduo considera-se susceptível de perder algo que entende como valioso (Reber; Allen; Reber, 2009). Dessa forma, o risco percebido poderá ser definido como a avaliação que o indivíduo faz face à possibilidade de pôr em causa a sua saúde através do contágio pelo VIH. Existem indicadores de que indivíduos com baixa percepção de risco apresentam comportamentos de risco significativos (MacKellar et al., 2007). Alguns autores estudaram também a dimensão social e culturalmente construída e, logo, variável da percepção de risco (Bailey; Hutter, 2006), evidenciando assim a necessidade de um olhar contextualizado dos conceitos e práticas de risco.

Entre homens que têm sexo com homens (HSH), estudos apontam para uma ocorrência mais elevada de comportamentos de risco sexual associados ao consumo de substâncias diversas (Hirshfield et al., 2004; Fisher; Reynolds; Napper, 2010), assim como ao uso da internet para encontrar parceiros sexuais (Berg, 2008; Carballo-Diéguez et al., 2009).

Outra das questões relevantes no controlo da infeção pelo VIH é que muitas pessoas soropositivas desconhecem o seu estatuto serológico, assim podendo tomar decisões em contextos sexuais que inadvertidamente colocam outros em risco. Um estudo realizado nos EUA indica que cerca de 20% de todos os casos de infeção permanecem não diagnosticados na população em geral (Campsmith et al., 2010), percentagem que sobe para 30% na Europa (Hamers; Phillips, 2008), inclusive entre HSH (Dodds et al., 2007). Essa situação é particularmente relevante no caso de indivíduos recentemente infetados, responsáveis, segundo demonstrado, por uma percentagem elevada de novas infeções (Miller et al., 2011).

Por esses motivos, vários investigadores e agentes de prevenção têm defendido a implementação de uma política de “testar e tratar” de forma universal o VIH, como forma de controlar a epidemia (e.g. Dodd; Garnett; Hallett, 2010; Ruark et al., 2009). Essa estratégia tem como objetivo reduzir a carga viral de indivíduos soropositivos recorrendo à medicação antirretroviral, assim reduzindo também os seus níveis de infecciosidade (Brenner et al., 2007). Além disso, conhecendo o seu estatuto serológico esses indivíduos terão maior tendência a optar por comportamentos sexuais seguros (Attia et al., 2009; Kaida et al., 2008; Steward et al., 2009).

Em Portugal as taxas de infeção pelo VIH continuam acima da média europeia, com prevalência de cerca de 0,6% e incidência de 15,3% na população em geral (ECDC, 2010; Unaid, 2012). A transmissão heterossexual é a predominante no país, representando cerca de 60% do total de novos casos em últimos anos, com evolução estável, enquanto a transmissão homo e bissexual representou em 2011 cerca de um terço (32,6%) dos diagnósticos com tendência crescente ao longo dos últimos anos (Portugal et al., 2012). Estudos recentes sobre HSH no país têm evidenciado uma concentração da epidemia nesse grupo, com taxas de infeção acima dos 9%; 17% de homens que desconhecem o seu estatuto serológico (Gat, 2011); e níveis elevados de risco sexual entre os que nunca realizaram o teste do VIH¹. Na população heterossexual foi identificado que os homens tendem a ser influenciados nos seus comportamentos sexuais pelos amigos nomeadamente ao nível da utilização de preservativo, apresentando maior incidência de parceiros ocasionais do que as mulheres (Aboim, 2011). Tendo em consideração os dados apresentados, são pertinentes a monitorização e a reflexão sobre os padrões de risco e os preventivos relacionados com a via sexual de transmissão do VIH em Portugal, em particular entre a população masculina.

No âmbito de um estudo mais alargado sobre comportamento sexual masculino na sua relação com o uso da internet foi desenvolvido um questionário sobre práticas sexuais de risco e preventivas em relação ao VIH. Pretendemos com o corrente

¹ Informação coletada no trabalho ainda não publicado de: CARVALHO, C. C. et al. HIV testing among msm in Portugal: results from the EMIS survey. Poster apresentado na conferência HIV in Europe: Working together for optimal testing and earlier care, Copenhagen, 2012.

trabalho comparar os indicadores comportamentais derivados desse questionário em função da orientação sexual em homens portugueses. Assim, o objetivo deste estudo é analisar se a orientação sexual encontra-se associada a diferentes padrões comportamentais relacionados com o VIH, nomeadamente à utilização de preservativo ou ao recurso a outras estratégias preventivas em diferentes práticas sexuais e à testagem para esse vírus. Em particular pretendeu-se responder às seguintes questões de investigação: existem diferenças entre os padrões de testagem em relação ao VIH e aos níveis de infeção autorreportados entre homens de diferentes orientações sexuais? Existem diferenças relativas aos comportamentos preventivos em relação ao VIH em homens de diferentes orientações sexuais?

Esperamos, dessa forma, aprofundar o conhecimento sobre os padrões associados ao risco de infeção pelo VIH na população masculina.

Método

Procedimentos metodológicos e instrumento

Entre 2005 e 2006 foi realizado um estudo qualitativo sobre uso da internet e comportamento sexual entre homens portugueses, utilizando entrevistas semidiretas seguindo um guião previamente desenvolvido e testado sobre essas temáticas, por sua vez baseado num outro, elaborado por Carballo-Diéguez et al. (2009), num estudo com temáticas e características metodológicas semelhantes. Com base na análise temática efetuada dessas entrevistas, posteriormente, foi desenvolvido um questionário que foi colocado num sítio na internet, criado especificamente para o efeito. Esse questionário incluía uma primeira secção com informação sobre a investigação e o consentimento informado; seguiam-se questões relativas aos indicadores sociodemográficos; perguntas diversas sobre comportamento sexual, preventivo e utilização da internet para fins sexuais, estas últimas destinadas apenas a HSH.

Os resultados aqui apresentados são apenas os que se referem às características sociodemográficas e ao comportamento sexual e preventivo, excluindo-se os restantes (Quadro 1). Em particular foram estudados os padrões de resposta relativos à testa-

gem para o VIH e aos diferentes comportamentos de prevenção em relação ao VIH em homens homo, hetero e bissexuais. Os itens que integraram a escala relativa a esses comportamentos surgiram dos dados recolhidos na fase qualitativa do estudo, baseando-se em comportamentos que os entrevistados enunciaram utilizar como forma de se protegerem contra a infeção pelo VIH (Quadro 1, questões 9.1.1-9.1.7). Esses itens foram organizados numa escala tipo Likert com cinco pontos, de “nunca” até “sempre”, incluindo ainda a opção de resposta “não aplicável”. Além desses sete itens, a escala continha ainda a possibilidade dos participantes acrescentarem outras alternativas lá não constantes, em número máximo de três (Quadro 1, questões 9.1.8-9.1.10).

O questionário foi programado para formato *on-line* utilizando o software SSI Web Survey e colocado num sítio na internet criado especificamente para o efeito, testado antes de ser lançado.

Recrutamento e critérios de seleção

O estudo e o endereço eletrónico do sítio que albergava o questionário foram divulgados através de *mailing* generalizado, com apelo à divulgação por parte de quem recebesse essa informação, especificando que o questionário dirigia-se exclusivamente a homens. Foi também efetuada ampla divulgação com o apoio de associações LGBT portuguesas. Essa divulgação focalizada do estudo através de tais instituições deveu-se ao interesse em abarcar um número significativo de HSH, foco principal do estudo mais alargado sobre comportamento sexual e uso da internet, de onde estes dados foram retirados. A amostra obtida é de conveniência e, portanto, não representativa da população masculina portuguesa.

Para participar do estudo os indivíduos deveriam ser do género masculino, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser sexualmente ativos, residir em Portugal há pelo menos um ano ou, no caso de ser português residente no estrangeiro, residir fora do país há menos de dois anos.

O questionário esteve *on-line* e disponível para preenchimento entre janeiro e junho de 2009. O estudo foi submetido e aprovado por um processo de avaliação ética no Conselho Científico do ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.

Quadro 1 - Questionário de coleta de dados

N	Questão/sub-questão	Alternativas de resposta
1	Qual a sua data de nascimento?	(questão aberta)
2	Qual a sua idade (hoje)?	(questão aberta)
3	Considera-se:	Homem / Mulher / Transgender / Transgênero / Transsexual / Outro
4	Em que país vive atualmente?	Portugal / Brasil / Angola / Moçambique / Guiné-Bissau / Cabo Verde / São Tomé e Príncipe / Ucrânia / Reino Unido / Outro país Europeu / Outro país (resto do mundo)
5	Há quanto tempo vive nesse país?	Anos / Meses
6	Considera-se:	Branco / Negro / Mulato / Asiático / Outro
7	Qual o seu estatuto marital com uma mulher:	Nunca se casou / Casado / União de facto / Divorciado / Separado / Viúvo
8	Atualmente mantém uma relação afetiva?	Não / Sim
8.1	A pessoa com quem mantém essa relação é:	Mulher / Homem / Transgender / Transgênero / Transsexual
8.2	Há quanto tempo mantém essa relação?	Anos / Meses
9	Costuma utilizar alguma estratégia para reduzir o seu risco de contrair o VIH (vírus da SIDA) ou outras infecções que podem ser transmitidas durante as relações sexuais?	Não / Sim
9.1	Que estratégias utiliza para reduzir o risco de contrair VIH?	-
9.1.1	Uso o preservativo durante sexo vaginal:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca / NA
9.1.2	Uso o preservativo durante sexo anal:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca / NA
9.1.3	Uso o preservativo durante sexo oral:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca / NA
9.1.4	Avalio o aspecto físico do meu parceiro ou parceira:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca / NA
9.1.5	Pergunto sempre à minha parceira ou parceiro se é saudável:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca / NA
9.1.6	Peço para o meu parceiro ou parceira me mostrar o resultado do seu último teste para o VIH:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca – NA
9.1.7	Peço ao meu parceiro para retirar o pênis antes da ejaculação:	Sempre / Quase sempre / Metade das vezes / Quase nunca / Nunca / NA
9.1.8	Outro	(questão aberta)
9.1.9	Outro	(questão aberta)
9.1.10	Outro	(questão aberta)
10	Alguma vez fez o teste do VIH (vírus da sida)?	Não / Sim
11	Há quanto tempo fez o seu último teste do VIH?	Anos / Meses
12	O resultado do seu <u>último teste</u> foi:	Negativo / Positivo / Indeterminado / Não sei
13	Considera-se:	Heterossexual / Homossexual / Gay / Bissexual / Outro

Tratamento estatístico dos dados

Foram excluídos da amostra todos os indivíduos que não cumprissem os critérios de seleção. Para a análise comparativa em função da orientação sexual foram, ainda, eliminados os indivíduos que se identificaram como “outros” (ou seja, nem como homo, hetero ou bissexuais; por exemplo, “Queer”, “bicurioso”: 0,5% da amostra). Efetuado o estudo sobre a normalidade da distribuição da amostra, verificou-se não se tratar de uma distribuição normal, em razão do que se optou pela utilização de testes não paramétricos. Assim, nas análises relativas aos padrões e resultados da testagem para o VIH, bem como na questão genérica relativa à utilização de medidas preventivas, foi utilizado o teste do quiquadrado. Para a análise da escala de sete itens tipo Likert relativa aos comportamentos preventivos, os cinco pontos da escala foram agregados em três categorias: infrequente (respostas “nunca” e “quase nunca”); médio (respostas “metade das vezes”); e frequente (respostas “quase sempre” e “sempre”). A análise da escala foi assim efetuada cruzando três categorias de frequência de recurso a certos métodos de prevenção do VIH e de outras infeções sexualmente transmissíveis (IST), com três relativas à autoidentificação quanto à orientação sexual (heterossexual, homossexual e bissexual). As respostas “não aplicável” foram excluídas para efeitos da análise das médias dos diversos itens porque iriam enviesar os resultados globais da análise da escala. Foi inicialmente aplicado o teste de Kruskal-Wallis para K amostras independentes para verificar se existiam diferenças significativas. Nos testes que se mostraram significativos, procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney para verificar onde se encontravam as diferenças numa análise baseada nas ordens médias dos grupos, quando comparados dois a dois (hetero x homo; hetero x bi; homo x bi). Foi considerado o valor de $p \leq 0,5$ para efeitos de significância estatística.

Análise de conteúdo

Como já referido, a escala de comportamentos preventivos face ao VIH incluía, além de sete itens em formato tipo Likert, a possibilidade dos respondentes acrescentarem até três alternativas não constantes na escala (Quadro 1, questões 9.1.8-9.1.10). As respostas incluídas pelos participantes que optaram

por utilizar essa alternativa foram submetidas a uma análise de conteúdo. Da leitura repetida e cuidadosa desse material surgiram diversas categorias temáticas, mutuamente exclusivas e que esgotavam as respostas fornecidas pelos participantes. Essas categorias foram as seguintes: *monogamia*, relativa ao fato de os indivíduos referirem manter apenas um parceiro sexual como forma de prevenção; *redução do número de contatos*, relativa à diminuição do número de contatos sexuais como forma de prevenção; *testagem*, relativa ao recurso ao teste para o VIH como forma de monitorizar e reduzir a probabilidade da infeção, nomeadamente no contexto de relacionamentos afetivos; *cuidados de saúde*, agrupando um conjunto diverso de práticas e cuidados visando a redução do risco de infeção; *padrões diferenciados de uso do preservativo*, relativos à utilização de preservativo em certos contextos e com certos tipos de parceiros sexuais como estratégia preventiva; e *outros*, incluindo respostas atípicas, não classificáveis em nenhuma das categorias anteriores. Todas as respostas foram organizadas em função da orientação sexual reportada dos respondentes.

Resultados

Características da amostra

Ao todo, preencheram o questionário 1351 indivíduos aos quais se subtraíram os que não cumpriam com os critérios de inclusão na amostra. A amostra final foi constituída por 732 homens com idades entre 18 e 70 anos (média = 32,2; sd = 9,8%), dos quais 96,9% identificaram-se como brancos; 73% indicaram ter formação académica superior; e 73,4% referiram nunca se ter casado. À data do preenchimento do questionário 59,6% dos participantes mantinha uma relação afetiva.

Quanto à orientação sexual, mais de metade (53,7%) autoidentificou-se como homossexual/gay; cerca de um quarto (27,4%) como heterossexual; e cerca de um quinto (18,3%) como bissexual. Essa distribuição - não representativa da população em que os níveis de homo e bissexualidade, regra geral, encontram-se bem abaixo dos 10% (Ferreira; Cabral, 2010; Nodin, 2001) - reflete a divulgação do questionário, realizada amplamente junto a associações e sítios de temática LGBT.

Teste para o VIH

Dos 605 participantes que responderam à questão “Alguma vez fez o teste do VIH (vírus da sida)?” (Tabela 1a), 26,6% responderam negativamente. Foram os indivíduos que se identificaram como gays ou homossexuais os que apresentaram níveis mais elevados de testagem (78,3%), seguidos de heterossexuais (68%) e, por último, de bissexuais (64,4%). As diferenças verificadas são significativas ($\chi^2= 11,185$; $p \leq 0,004$). Nas análises comparativas *post-hoc*, verifica-se que não existem diferenças entre heterossexuais e bissexuais, mas sim entre homossexuais e ambos os anteriores ($U= 20608,5$, $p \leq 0,02$; $U= 18244$, $p \leq 0,003$, respectivamente). De

notar ainda uma taxa de não resposta elevada a essa questão (16,8%).

No que respeita aos resultados dos testes dos indivíduos que afirmaram ter realizado o teste ($n=444$), verificamos que 7,2% dos participantes indicaram ter tido resultados de teste positivos (Tabela 1b). São homens gays os que apresentam de longe as taxas mais elevadas de soropositividade para o VIH (10%), seguidos dos homens bissexuais (3,9%) e finalmente dos heterossexuais (1,1%). As diferenças entre os grupos são todas elas estatisticamente significativas ($\chi^2= 15,520$; $p \leq 0,017$). De notar que homens bissexuais apresentam um valor comparativamente elevado na categoria “indeterminado” (2,6%).

Tabela 1a - Distribuição do número e da proporção (%) de homens segundo orientação sexual e respostas dadas à questão “Já faz teste HIV?” Portugal, 2009 (online)^[1]

Orientação Sexual	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Heterossexual	41	32,0	87	68,0	128	100
Homo/gay	78	21,7	281	78,3	359	100
Bissexual	42	35,6	76	64,4	118	100
Total	161	26,6	444	73,4	605	100

^[1] $\chi^2= 11,185$; $p \leq 0,004$

Tabela 1b - Distribuição do número e da proporção (%) de homens segundo orientação sexual e respostas dadas à questão “Resultado do teste VIH”, Portugal 2009 (online)^[2]

	Negativo		Positivo		Indeterm.		Não sei		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Heterossexual	85	97,8	1	1,1	0	,0	1	1,1	87	100
Homo/gay	251	89,2	28	10,0	1	,4	1	,4	281	100
Bissexual	70	92,2	3	3,9	2	2,6	1	1,3	76	100
Total	406	91,4	32	7,2	3	,7	3	,7	444	100

^[2] $\chi^2= 15,520$; $p \leq 0,017$

Comportamentos preventivos: resultados quantitativos

Quando questionados sobre se costumavam utilizar algum tipo de estratégia de prevenção do VIH no que respeita ao seu comportamento sexual, verificou-se que 83,3% do total da amostra responderam afirmativamente (Tabela 2). Foram homens gays e homossexuais os que mais responderam afirmativamente (91,6%), seguidos dos bissexuais (88,1%) e, por último, a uma grande distância, heterossexuais (64,0%). Essas diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2= 75,181$; $p \leq 0,001$). Em análises *post-hoc* verifica-se que entre homo e bissexuais não

existem diferenças e que estas se verificam entre os dois grupos e o de heterossexuais ($U= 28388$, $p \leq 0,0001$; $U= 10176$, $p \leq 0,0001$, respectivamente).

No que respeita ao tipo de estratégias utilizadas (Tabela 3), foram encontradas diferenças significativas em cinco dos sete itens de resposta condicionada da escala. Nos itens 1, 2, 6 e 7 da escala as respostas de heterossexuais e bissexuais não diferiram entre si, mas ambas diferiram significativamente das respostas de homossexuais. Em todos esses casos, a tendência de resposta de homossexuais aponta no sentido de estes apresentarem mais comportamentos preventivos, quando comparados com os outros dois grupos.

Tabela 2 - Distribuição do número e da proporção (%) de homens segundo orientação sexual e respostas dadas à questão "Costuma utilizar alguma estratégia para reduzir o risco de contrair o VIH (vírus da SIDA) ou outras IST?", Portugal 2009(online)^[3]

		Não	Sim	Total
Heterossexual	N (%)	72 (36,0%)	128 (64,0%)	200 (100%)
Homo/gay	N (%)	33 (8,4%)	359 (91,6%)	392 (100%)
Bissexual	N (%)	16 (11,9%)	118 (88,1%)	134 (100%)
Total	N (%)	121 (16,7%)	605 (83,3%)	726 (100%)

^[3] $\chi^2= 75,181$; $p \leq 0,001$

Tabela 3 - Médias e desvio padrão para homens segundo orientação sexual e respostas dadas à questão "Que estratégias utiliza para reduzir o risco de contrair VIH?". Portugal 2009 (online)

Variável ^[4]	Heterossexuais		Homossexuais		Bissexuais		Valor Z (teste KW ^[5])	p	Diferenças (teste MW ^[6])
	Média ^[7]	dp	Média	dp	Média	dp			
1. Uso o preservativo durante sexo vaginal	3,99	1,225	3,97	1,576	3,83	1,471	65,028	,000	Ho>He=Bi
2. Uso o preservativo durante sexo anal	3,92	1,431	4,42	,919	4,25	1,247	11,860	,003	Ho>He=Bi
3. Uso o preservativo durante sexo oral	1,85	1,337	1,84	1,041	1,89	1,233	12,937	,002	Ho>He ^[8]
4. Avalio o aspecto físico do parceiro/a para perceber se poderá ter alguma doença	2,53	1,800	3,28	1,630	3,30	1,782	2,485	,289	-
5. Pergunto sempre à parceira/o se é saudável	2,78	1,697	3,00	1,611	3,16	1,682	1,532	,465	-
6. Peço para o parceiro/a mostrar o resultado do último teste para o VIH	1,77	1,438	1,83	1,370	1,78	1,322	11,270	,004	Ho>He=Bi
7. Peço ao parceiro para retirar o pénis antes da ejaculação	1,48	1,034	2,43	1,524	2,66	1,715	26,375	,000	Ho>He=Bi

^[4] Excluem-se da análise as respostas "não se aplica".

^[5] Teste de Kruskal-Wallis para K amostras independentes.

^[6] Resultados genéricos da aplicação do teste de Mann-Whitney para verificar onde se encontravam as diferenças numa análise baseada nas ordens médias dos grupos quando comparados dois a dois (hetero x homo; hetero x bi; homo x bi).

^[7] Incluem-se aqui as médias e desvios-padrões apenas para efeitos descritivos, uma vez que os testes de KW e de MW não se baseiam na análise das médias, mas sim das ordens dos grupos.

^[8] Resultados para indivíduos bissexuais não diferem significativamente de homo nem de heterossexuais.

Comportamentos preventivos: análise de conteúdo

Vários dos participantes optaram por acrescentar alternativas à escala apresentada nos campos fornecidos para o efeito, por considerarem que lá não constavam algumas das estratégias de prevenção do VIH que utilizavam. Da análise de conteúdo dessas respostas chegámos a diversas categorias temáticas, apresentadas e contabilizadas na Tabela 4. O conteúdo de todas as respostas encontradas é apresentado no Quadro 2.

Como se pode constatar, foram homens gays/homossexuais que forneceram mais e mais variadas respostas alternativas às apresentadas no questionário. Destaca-se em particular a categoria “cuidados de saúde”, que concentra a maioria das respostas desse grupo (n=11) e na qual não se encontram resultados dos restantes grupos. As respostas contidas

nessa categoria contemplam práticas muito diversas também no que se refere à sua eficácia ou pertinência na prevenção do VIH, mas que tendem a referir-se à redução da vulnerabilidade física ou das possíveis vias de infeção, como seja evitar escovar os dentes antes da prática de sexo oral, utilizar lubrificantes na prática do sexo anal ou ainda o recurso ao coito interrompido (Quadro 2).

Homossexuais apresentam ainda respostas numa outra categoria de análise em que não se encontram respostas dos outros grupos, que se refere à diminuição do número de parceiros sexuais enquanto prática de redução de risco (n=3).

Entre homens hetero e bissexuais, por sua vez, é a categoria “monogamia” que predomina em termos de número de respostas, ainda que de forma não particularmente destacada relativamente às restantes.

Tabela 4 - Análise de conteúdo: Que estratégias costuma utilizar para reduzir o risco de contrair o VIH (vírus da SIDA) ou outras IST?, 2009, Portugal (online)

	Heterossexuais	Homo/gay	Bissexuais	Total
Monogamia	5	4	4	13
Testagem	3	4	3	10
Padrões diferenciados de uso do preservativo	2	4	-	6
Redução do número de contactos	-	3	-	3
Cuidados de saúde	-	11	-	11
Outros	2	4	3	9
Total	12	30	10	52

Discussão

Um dos objetivos desta investigação foi averiguar e comparar os padrões de testagem para o VIH e respetivos resultados autorreportados entre homens gays, bissexuais e heterossexuais. Verificou-se que foram os homens gays aqueles que apresentaram níveis mais elevados de testagem para o vírus, o que poderá refletir a maior consciencialização que estes têm em relação ao risco face ao VIH, potencialmente produto de anos de discursos que os identificaram como população em maior risco de infeção. Por sua vez, os níveis baixos verificados entre homens heterossexuais poderão associar-se a uma baixa

percepção de vulnerabilidade decorrente dos mesmos discursos (Vieira et al., 2000). Devido à sua orientação sexual heterossexuais poderão considerar que não se encontram em risco de contrair VIH e, logo, aquém da necessidade de realizar o respetivo teste.

Fato é que nos níveis reportados de soropositividade para o VIH encontramos uma desproporção de homens gays em comparação com as restantes categorias de orientação sexual. Esses dados, que vão ao encontro de outros verificados em Portugal (Gat, 2011; Portugal, 2012; Unaid, 2012), poderão parcialmente refletir, porém, o fato de heterossexuais e bissexuais, inclusive os que se encontram em maior risco, tenderem a ter baixos padrões de testagem.

Quadro 2 - Que estratégias costuma utilizar para reduzir o risco de contrair o VIH (vírus da SIDA) ou outras IST? Conteúdos das respostas, 2009, Portugal (online)

	Heterossexuais	Homossexuais/gay	Bissexuais
Monogamia	Mantenho relações sempre com a mesma parceira Só faço sexo com a minha mulher Fidelidade para com apenas uma parceira Confiança e fidelidade ao cônjuge Só tenho relações sexuais com a minha mulher	Cultivamos a fidelidade no casal Nunca tive relações sexuais fora da relação Mantenho relações apenas com o meu namorado Procuro relações estáveis com pessoas responsáveis	Mantenho o mesmo parceiro Só tenho sexo oral com o meu companheiro de 13 anos Fidelidade Fidelidade mútua na relação
Testagem	Pergunto sobre as últimas análises de DTS Faço regularmente testes em conjunto Fazemos exames médicos	Pergunto se alguma vez fez ou a última vez que fez teste VIH Quando em relação com outro, fazemos testes do VIH juntos Análises regulares (até porque sou dador de sangue) Eu e o meu parceiro fizemos exames de despiste de DSTs	Antes de termos tido algum relacionamento sexual fizemos teste Só não uso preservativo em relações estáveis após exame Peço ao parceiro para o acompanhar a análises
Padrões diferenciados de uso do preservativo	No início das relações utilizo sempre preservativo depois com o conhecimento mútuo deixo de utilizar Utilização do preservativo em relações sexuais ocasionais	Com o namorado; com outro parceiro usa preservativo Uso preservativo com o meu companheiro; uso preservativo com relacionamentos sexuais ocasionais Faço sexo anal desprotegido quando tenho um companheiro fixo; a melhor maneira de evitar o contágio é a abstinência Sexo oral com parceiro estável sem preservativo; sexo anal com parceiro estável sem preservativo	-
Redução do número de contactos	-	Mantenho o número de parceiros reduzido Redução do próprio número de vezes que tenho relações sexuais Evito sexo com desconhecidos	-
Cuidados de saúde	-	Evito escovar as gengivas Evito fazer a barba antes de uma previsível relação sexual Evitar lavar os dentes antes de sexo oral Evitar comer algo que possa causar feridas na boca Uso lubrificante à base de água durante sexo anal Penetração sem preservativo mas sem ejaculação Utilizo proteção na prática de sexo anal-oral Utilizo proteção na prática de sexo oral a uma mulher Pratico sexo anal com preservativo Não tomo drogas Cuidado em geral (há sangue, esperma)	-
Outros	Não ter comportamentos de risco Pergunto sobre toma da pílula	Sexo virtual através da net Mantenho comportamentos calmos durante as relações sexuais Sou vigilante comigo mesmo, para evitar a promiscuidade Masturbo-me em parte por ter medo de contrair doença	Averiguar o estilo de vida do parceiro/a sexual Peço para que seja sincero sempre; nunca lhe dou motivos de desconfiança

Esses dados são interessantes quando analisados à luz dos resultados relativos às práticas preventivas com os quais pretendemos dar resposta à nossa outra questão de investigação: existem diferenças relativas aos comportamentos preventivos em relação ao VIH em homens de diferentes orientações sexuais? Uma proporção considerável de indivíduos (16,5%) indica não colocar em prática quaisquer cuidados de prevenção do VIH, indicador de que intervenções comportamentais continuam a ser necessárias e que é importante desenvolver mensagens preventivas para a população em causa. Os nossos dados sugerem que tal parece ser particularmente aplicável aos homens heterossexuais.

Mais detalhada informação sobre essa questão surge da análise da escala sobre comportamentos de redução de risco e prevenção do VIH. Assim, e em conformidade com os dados acima referidos, verificou-se que diferentes estratégias de redução do risco para o VIH apresentam diferentes padrões de resposta junto dos grupos estudados. Com a exceção dos itens que não apresentaram resultados significativos (4 e 5), verificaram-se diferenças sistemáticas entre as respostas de homossexuais por um lado e as de heterossexuais e bissexuais por outro. Homossexuais apresentaram nas suas respostas uma maior tendência no recurso a estratégias preventivas para o VIH, por oposição aos homens heterossexuais e bissexuais.

No entanto, apesar de parecerem ser os que mais se preocupam com a questão da prevenção e os que mais testes para o VIH realizam, são os homens homossexuais que, de longe, apresentam as taxas mais elevadas de infeção pelo VIH. Esses dados parecem sugerir que existem falhas estratégicas ao nível da prevenção direcionada a essa população. Tal pode ser verificado, por exemplo, quando se apreciam os resultados da análise de conteúdo das respostas propostas pelos próprios participantes, na escala sobre comportamento preventivo. Na categoria “cuidados de saúde” em particular encontram-se práticas que, podendo incluir-se no âmbito da redução de risco, não são necessariamente eficazes na prevenção do VIH. Assim, é possível que a existência de uma concentração da epidemia entre homens gays e bissexuais (Portugal, 2012), associada a práticas nem sempre seguras, explique os resultados verificados.

O conjunto dos nossos resultados parecem indicar que é importante desenvolver estratégias de prevenção mais específicas, logo mais eficazes, junto a cada um dos grupos estudados. Os homossexuais, apesar dos índices elevados de testagem e prevenção, apresentam taxas elevadas de soropositividade autorreportada e os heterossexuais (bem como os bissexuais, ainda que em menor medida), apesar dos níveis mais reduzidos de infeção, indicam baixa preocupação com medidas preventivas.

Ao mesmo tempo é importante referir que as taxas de infeção pelo VIH autorreportadas por hetero e bissexuais que encontrámos na nossa amostra são superiores aos da população em geral (Portugal, 2012; Unaid, 2012). Esses dados relembram que a população bissexual masculina deverá ser alvo de mensagens desenvolvidas à sua medida, dado que os seus padrões comportamentais são específicos e que homens bissexuais são potenciais veículos de transmissão da infeção VIH intergênero. De qualquer forma, consideramos que é necessária mais investigação sobre essas questões para melhor compreender as especificidades e dinâmicas de cada grupo em causa.

É importante realçar que alguns dos nossos resultados poderão ter sido afetados pela interpretação dos itens da escala, sempre aberta à subjetividade de cada um, justificando-se, por isso, alguma cautela na leitura dos resultados finais. Tal é particularmente o caso da questão 9.1.1, em que, apesar da opção “não aplicável”, alguns homens gays e bissexuais poderão ter respondido “nunca” querendo indicar não ter práticas de sexo vaginal, assim enviesando os resultados obtidos nesta categoria. O mesmo se aplica à questão 9.1.7, que poderá ter sofrido com um viés de resposta idêntico, mas por parte de homens heterossexuais.

Apesar do elevado número de participantes, a nossa amostra não é representativa da população masculina portuguesa por se ter tratado de uma amostra de conveniência, em que apenas homens com fácil acesso à internet, interesse e disponibilidade em participar desta investigação terão participado. Também é importante ter em consideração na leitura dos resultados que a divulgação do estudo foi realizada em grande medida junto a organizações LGBT, condicionando a distribuição da amostra e potencialmente inflacionando o número de respos-

tas de indivíduos gays e bissexuais integrados nesta comunidade e com um algum grau de aceitação da sua orientação sexual. É possível também que a afiliação a organizações LGBT se associe a uma maior exposição a mensagens preventivas em relação ao VIH e que, portanto, parcialmente explique alguns dos resultados obtidos.

Acreditamos que os nossos resultados poderão contribuir para a melhor compreensão da realidade da infeção VIH em Portugal, num momento em que os níveis comparativamente elevados de infeção no país, associados a limitadas campanhas de prevenção direcionadas a grupos específicos, poderão contribuir para a perpetuação ou agravamento do quadro ao nível da saúde pública no futuro próximo.

Referências

ABOIM, S. Redes sociais e comportamento sexual: para uma visão relacional da sexualidade, do risco e da prevenção. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 207-224, 2011.

ATTIA, S. et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systemic review and meta-analysis. *AIDS*, London, v. 23, n. 11, p. 1397-1404, 2009.

BAILEY, A.; HUTTER, I. Cultural heuristics in risk assessment of HIV/AIDS. *Culture, Health & Sexuality*, London, v. 8, n. 5, p. 465-477, 2006.

BERG, R. Barebacking among MSM Internet users. *AIDS and Behavior*, New York, v. 12, n. 5, p. 822-833, 2008.

BRENNER, B. G. et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *The Journal of Infectious Diseases*, Chicago, v. 195, n. 7, p. 951-959, 2007.

CAMP SMITH, M. L. S. et al. Undiagnosed HIV prevalence among adults and adolescents in the United States at the end of 2006. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, Hagerstown, v. 53, n. 5, p. 619-624, 2010.

CARBALLO-DIÉGUEZ, A. et al. Is 'bareback' a useful construct in primary HIV-prevention?: definitions, identity and research. *Culture, Health & Sexuality*, London, v. 11, n. 1, p. 51-65, 2009.

COATES, T. J.; RICHTER, L.; CACERES, C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9639, p. 669-684, 2008.

DODD, P. J.; GARNETT, G. P.; HALLETT, T. B. Examining the promise of HIV elimination by 'test and treat' in hyperendemic settings. *AIDS*, London, v. 24, n. 5, p. 729-735, 2010.

DODDS, J. P. et al. A tale of three cities: persisting high HIV prevalence, risk behaviour and undiagnosed infection in community samples of men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, London, v. 83, n. 5, p. 392-396, 2007.

ECDC - EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe*: 2010. Stockholm, 2010.

FERREIRA, P. M.; CABRAL, M. V. (Ed.). *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos*. Lisboa: Bizâncio, 2010.

FISHER, D. G.; REYNOLDS, G. L.; NAPPER, L. E. Use of crystal methamphetamine, Viagra and sexual behaviour. *Current Opinion in Infectious Diseases*, London, v. 23, n. 1, p. 53-56, 2010.

GAT - GRUPO PORTUGUÊS DE ATIVISTAS SOBRE O TRATAMENTO DE VIH. PREVIH. *Relatório comunitário preliminar; estudo com homens que têm sexo com homens: infeção VIH/SIDA nos grupos de homens que têm sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes, intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde*. Lisboa, 2011.

HAMERS, F. F.; PHILLIPS, A. N. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine*, Oxford, v. 9, p. 6-12, 2008. Supplement 2.

HEREK, G.; WIDAMAN, F.; CAPITANIO, P. When sex equals AIDS: symbolic stigma and heterosexual adults' inaccurate beliefs about sexual transmission of AIDS. *Social Problems*, Berkeley, v. 52, n. 1, p. 15-37, 2005.

- HIRSHFIELD, S. et al. Substance use and high-risk sex among men who have sex with men: a national online study in the USA. *AIDS Care*, London, v. 16, n. 8, p. 1036-1047, 2004.
- JOSEPH, H. A. et al. Beliefs about transmission risk and vulnerability, treatment adherence, and sexual risk behavior among a sample of HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Care*, London, v. 22, n. 1, p. 29-39, 2010.
- KAIDA, A. et al. The relationship between HAART use and sexual activity among HIV-positive women of reproductive age in Brazil, South Africa, and Uganda. *AIDS Care*, London, v. 20, n. 1, p. 21-25, 2008.
- MACKELLAR, D. et al. Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, New York, v. 11, n. 2, p. 263-270, 2007.
- MILLER, W. C. et al. The role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, London, v. 5, n. 4, p. 227-282, 2011.
- NODIN, N. *Os jovens portugueses e a sexualidade no final do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, 2001.
- NODIN, N. et al. Knowledge and acceptability of alternative HIV prevention bio-medical products among MSM who bareback. *AIDS Care*, London, v. 20, n. 1, p. 106-115, 2008.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP. Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP, 2012. (Coleção Documento VIH/SIDA nº 143).
- REBER, A. S.; ALLEN, R.; REBER, E. S. *The Penguin dictionary of psychology*. London: Penguin Books, 2009.
- ROGERS, R. W. Cognitive and physiological processes in fears appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: CACIOPPO, J.; PETTY, R. *Social psychology: a source book*. New York: Guilford, 1983. p. 153-176.
- ROSENSTOCK, I.; STRECHER, V.; BECKER, M. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, Thousand Oaks, v. 15, n. 2, p. 175-183, 1988.
- RUARK, A. et al. Universal voluntary HIV testing and immediate antiretroviral therapy. *The Lancet*, London, v. 373, n. 9669, p. 1080-1081, 2009.
- STEWART, W. T. et al. Behavior change following diagnosis with acute/early HIV infection: a move to serosorting with other HIV-infected individuals: the NIMH multisite acute HIV infection study: III. *AIDS and Behavior*, New York, v. 13, n. 6, p. 1054-1060, 2009.
- TSASIS, P.; NIRUPAMA, N. Vulnerability and risk perception in the management of HIV/AIDS: public priorities in a global pandemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, Macclesfield, v. 1, p. 7-14, nov. 2008.
- UNAIDS - THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva, 2012.
- VIEIRA, E. M. et al. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 997-1009, 2000.

Contribuição dos autores

Nodin concebeu a investigação, recolheu os dados e realizou a revisão bibliográfica. Carballo-Diéguez e Leal supervisionaram a investigação, contribuíram para a análise e discussão dos resultados e reviram o artigo.

Recebido: 05/08/2013

Reapresentado: 23/04/2014

Aprovado: 03/07/2014