



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**CRENÇAS E ATITUDES SOBRE A
SEXUALIDADE E VIH/SIDA EM
COMUNIDADES IMIGRANTES**

NATÁLIA BARROS CERQUEIRA

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR VICTOR CLÁUDIO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Victor Cláudio, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Victor Cláudio, pela palavra, críticas construtivas, apoio, franqueza, disponibilidade, motivação e oportunidade de aprendizagem. À professora Tânia Pinto pelo acompanhamento, correcções e sugestões relativas à análise de resultados.

Quero agradecer a todas as entidades e associações que tornaram possível a recolha da amostra e por acreditarem neste trabalho, Associação de Apoio aos Imigrantes e seus Descendentes (Sergiy Bachvskyy), Centro Cultural Africano, Associação Filhos e Amigos de Bachil (Joaquim Pereira), Associação Aguinense (guineense se solidariedade social), Centro Local de Apoio à Integração do Imigrantes de Setúbal, Espaço Cidadania das Migrações e das Comunidades Culturais do Município do Barreiro (Edmundo Assunção), Associação Filhos e Amigos da Ilha das Galinhas (Luís Silva), Câmara Municipal de Setúbal (Gabinete de Apoio a Imigrantes e Minorias Étnicas), ACIDI (Carla Martingo), Câmara Municipal de Lisboa (Francisco Sampaio), Associação dos Imigrantes do Concelho de Almada (João Neves), Aleixo Gangula, Rogerio Braga, Carla Cardoso, Paulo Pinheiro, Patrícia Ribeiro, Paulino de Sá e Gustavo Nóbrega.

Agradeço aos meus amigos, pelo apoio, amizade, paciência e disponibilidade.

Agradeço aos meus pais, à minha irmã, primos e tios pela palavra, incentivo, paciência, apoio, por escutarem e facilitarem todo este processo.

Agradeço a todos os inquiridos pela disponibilidade e dedicação em responder aos questionários, por tornarem este trabalho possível e por acreditarem.

Agradeço aos meus sobrinhos, às palavras, sorrisos e amor da Mariana e ao carinho do Gabriel.

Resumo

O risco de transmissão do VIH nos imigrantes é definido por três factores. O primeiro factor definido pelas características individuais (género, estado civil, educação, etnia, religião, idade de início da actividade sexual, etc.). O segundo factor é identificado pelas mudanças relacionadas com a migração, a separação do companheiro e uma ausência de suporte social. Por último, a exposição a um novo ambiente social, a uma nova cultura com diferentes valores, normas, oportunidades e limitações que influenciarão uma mudança de comportamentos.

No sentido de conhecer as crenças e atitudes dos sujeitos sobre a sexualidade e o VIH/SIDA, foi aplicado um protocolo a 60 imigrantes, 30 imigrantes de nacionalidade brasileira e 30 de nacionalidade guineense. Verificou-se que os sujeitos de ambas as comunidades possuem bons conhecimentos acerca da área, contudo a informação retida nem sempre é verificada nos comportamentos. Existem diferenças significativas entre as nacionalidades, o género e o tempo de residência em Portugal quanto a alguns comportamentos e conhecimentos.

Palavras-chave: Crenças; Atitudes; Sexualidade; VIH/SIDA; Imigração;

Abstract

The risk of HIV transmission in immigrants is defined by three factors. The first factor is individual's characteristics (gender, education, ethnic, religion, etc.). The second factor identified is changes related with the migration, like the separation of the social support and being in a new environment. Thirdly a new social support and a new culture with different values, laws, opportunities, and limitations all amount to a change in the behaviors.

With the goal to know the beliefs and attitudes of the individuals concerning sexuality and HIV/AIDS, it was applied three questionnaires to 60 immigrants, 30 Brazilian and 30 from Guinea. We could observe that the immigrants had good knowledge about this subject but the information that they have is not always observed in their behaviors. It's possible to observe statistic differences between the nationalities, gender, behaviors based off of the years living, concepts, and knowledgements.

Key-words: Beliefs; Attitudes; Sexuality; HIV/AIDS; Immigration;

Introdução.....	1
I. Fundamento Teórico	
1. Crenças e atitudes.....	3
1.1. Crenças e atitudes no VIH.....	6
2. Sexualidade e VIH.....	8
3. Imigração.....	12
4. Crenças e atitudes sobre sexualidade e VIH em comunidade imigrantes.....	16
II. Estudo Empírico	
1. Objectivos de estudo.....	21
2. Método	
2.1. Amostra.....	22
2.2. Instrumentos e variáveis.....	22
2.3. Procedimentos.....	23
2.4. Tratamento e Análise de dados.....	23
3. Resultados e Análise	
3.1. Caracterização sócio demográfico.....	23
3.2. Análise do Questionário 1.....	27
3.3. Análise do Questionário 2.....	42
3.4. Análise do Questionário 3.....	45
4. Discussão.....	51
III. Conclusões.....	61
Referências bibliográficas.....	67

Anexos:

Anexo I – Questionário (Protocolo)

Anexo II – Questionário sócio demográfico

Anexo III – Questões seleccionadas do protocolo aplicado para análise deste estudo

Anexo IV – Carta de consentimento informado

Anexo V – Tabelas de apoio à análise dos resultados

Anexo VI – Outputs

Lista de Tabelas

Tabela 1. Género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e estatuto socioeconómico dos participantes.....	25
Tabela 2. Profissão dos participantes.....	26
Tabela 3. Religião dos participantes.....	27
Tabela 4. Área de residência dos participantes.....	27
Tabela 5. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P12.....	30
Tabela 6. Resultados de ambas as nacionalidades nas questões Q1_P13 e Q1_P14.....	31
Tabela 7. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P19.....	32
Tabela 8. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P20.....	33
Tabela 9. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P25.....	38
Tabela 10. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P27.....	40
Tabela 11. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P35.....	41
Tabela 12. Resultados de ambas as nacionalidades nas questões Q2_P1, Q2_P2, Q2_P3, Q2_P4, Q2_P5 e Q2_P10.....	42
Tabela 13. Resultados de ambas as nacionalidades nas questões Q2_P7 e Q2_P9.....	45
Tabela 14. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q3_P46.....	50

Lista de Figuras

Figura 1. Opiniões de ambas as comunidades de imigrantes no aspecto amor entre os dois da questão Q1_P4.....	28
Figura 2. Resultados obtidos na questão Q1_P9.....	29
Figura 3. Resultados obtidos na questão Q1_P11.....	30
Figura 4. Opiniões de ambas as comunidades de imigrantes no aspecto abraço/contacto corporal da questão Q1_P23.....	35

Introdução

As crenças têm origem na infância, com a realização das primeiras crenças sobre nós próprios, sobre os outros e sobre o mundo que nos rodeia. As crenças centrais são conhecimentos fundamentais e profundos, não articulados, e tidos como verdades absolutas. Estas influenciam o desenvolvimento da classe intermédia das crenças (atitudes, regras e suposições) que direccionam o modo de ver as situações, os pensamentos, sentimentos e comportamentos, e também os pensamentos automáticos (provocados por uma situação e emissão de uma reacção emotiva ou comportamental ou psicológica) (Beck, 2005).

Por outro lado, as atitudes nascem da adição de um valor emocional às crenças, ou seja são a função das crenças. A atitude é uma representação mental, um constructo psicológico, hipotético e avaliativo. Um pré-conceito que compreende a avaliação e observação de um objecto específico, esta pode ser positiva, negativa ou neutra e varia consoante a intensidade. O objecto pode apresentar várias formas, pode ser abstracto, concreto, entidades específicas, comportamentos, classes de comportamentos, de nível político e organizacional, grupos sociais ou até mesmo face a pessoas (Lima, 2004).

As crenças e atitudes são fundamentais no estudo sobre o VIH/SIDA na imigração, são uma abordagem que na sua generalidade permite identificar as carências, conhecimentos, tabus, mitos e expectativas sobre a saúde e sexualidade dos sujeitos. Conhecer as condições em que vivem e averiguar as suas raízes culturais permite um apuramento da saúde dos sujeitos, uma promoção do desenvolvimento pessoal e comunitário, e uma mudança de comportamentos pela partilha de experiências e aprendizagens (Teixeira, 2000; Dias, Matos & Gonçalves, 2002). A escassez destes conhecimentos torna complicado o processo de interpretação das diferenças socioeconómicas e culturais, desigualdades que por vezes são associadas a comportamentos de risco e dificuldades de intervenção nesta área (Dias & Silva, 2007; Matos, 2003; Santinho, 2006).

Este trabalho permite observar a existência de crenças e atitudes distintas e características entre os sujeitos de nacionalidades diferentes. Para além de uma diversidade positiva de comportamentos, também se verifica a existência de comportamentos de risco associados ao enquadramento socioeconómico, ao género, à nacionalidade e ao tempo de residência dos sujeitos na sociedade de acolhimento. Este processo de recolha de informação permite elaborar uma prevenção inclusiva, com a sensibilidade e linguagem adequada às diferenças culturais e sociais existentes. Esta recolha é adquirida através de uma convivência

prévia com os sujeitos a quem a formação é dirigida, de modo a adquirir confiança, conhecimento e enquadramento das necessidades dos sujeitos.

Este procedimento não foi elaborado de um modo discriminativo, mas sim exploratório e descritivo. O fundamento deste trabalho não é intensificar as diferenças culturais existentes entre os sujeitos, mas desmistificar as crenças e atitudes associadas ao VIH/SIDA resultantes das vivências dos mesmos.

I. Enquadramento teórico

1. Crenças e Atitudes

A representação social consiste num produto cognitivo derivado de um objecto social, que interpreta as ligações entre as crenças e as atitudes. É criado pelo grupo onde o sujeito se insere, permite e facilita a comunicação entre os membros deste grupo de modo a preservar a identidade social do mesmo. Desta forma guia as respostas dos sujeitos face a um objecto (Páez, Echebarria, Valencia, Romo, Juan & Vergara, 1991). Existem três componentes/dimensões numa representação social, a informação acerca do objecto social, a estrutura e organização dessa mesma informação, e a atitude face ao objectivo. (Páez et al., 1991).

Lima (2004) defende que as crenças fornecem a base para sustentar a posição atitudinal, isto é, a informação que o indivíduo terá disponível sobre o objecto, esta associada a uma realidade. Por sua vez, Tolentino (2002) cita Lévi-Strauss que descreve “crença como coisa em que se acredita sem motivos racionais, tabu é o que é proibido ver, tocar ou discutir por razões de ordem social e cultural, e mito é a representação simbólica e quase sempre ampliada por forças da natureza, factos históricos ou aspectos da condição humana” (p.7). Estas crenças, tabus e mitos tornam os sujeitos pessoas, povos, diferentes e como tal obriga a comunicação, a partilha e esta é a chave para a prevenção, para o sucesso na mudança de comportamentos.

As crenças, segundo Beck (2005), consistem na natureza dos pensamentos automáticos, estes estão associados a uma ausência de deliberação de raciocínio face a uma situação específica, e na interpretação de informação recente para o sujeito. Face a um acontecimento o sujeito pode emitir uma reacção emotiva, comportamental ou psicológica. São fenómenos cognitivos, com origem na infância, nas primeiras concepções que os sujeitos criam sobre si próprios, os outros e o mundo que os rodeia.

As crenças centrais são compreensões globais, profundas, sólidas, por norma tidas como verdades absolutas. São ideias centrais sobre o self e sobre o meio, e são um dos conteúdos dos esquemas. Estas desenvolvem o aparecimento de crenças intermédias, compostas pelas atitudes, regras e suposições. Influenciam a visão do sujeito sobre a situação vivida, a sua forma de pensar, sentir e comportar.

As atitudes nascem da adição de um valor emocional às crenças, ou seja são função das crenças. A atitude é uma representação mental, um constructo psicológico, hipotético, avaliativo, um pré-conceito que compreende a avaliação e observação de um objecto específico. Esta pode ser positiva, negativa ou neutra e varia consoante a intensidade. Quanto ao objecto este pode apresentar várias formas, pode ser abstracto, concreto, entidades específicas, comportamentos, classes de comportamentos, de nível político e organizacional, grupos sociais ou até mesmo face a pessoas. (Lima, 2004)

Cláudio & Sousa (2003) refere Eagly e Chaiken, estes definem atitude como o resultado de um processo de categorização, ou seja, após uma avaliação o resultado iria permitir ficar com informação, com um significado acerca desse objecto, isto a nível interno e de curta duração. Expõem também a definição de Fazio que caracteriza a atitude como “uma associação na memória, entre um objecto de atitude e uma avaliação. Esta posição remetia para um conceito de atitude em função dos processos latentes” (p.161).

Por sua vez, Lima (2004) defende que a atitude é um conceito que medeia a acção e o pensamento dos indivíduos.

As atitudes são importantes porque formam as percepções das pessoas no mundo social e físico envolvente, e influenciam o comportamento. São compostas por memória (representações) e julgamento (de objectos num determinado espaço e tempo), por sentimentos positivos e negativos, crenças e informações sobre os objectos. São eficientes, flexíveis e adaptativas. (Albarracín, Wang, Li & Noguchi, 2008; Olson & Kendrick, 2008).

Vários autores defendem que as atitudes são constituídas por três componentes avaliativos, o afectivo (sentimentos, emoções face ao objecto, pode ser positivo ou negativo), o cognitivo (crenças, pensamentos, conhecimentos acerca do objecto, como vê o objecto, etc.) e o comportamental (resulta da relação entre o afecto e a cognição, ou seja, as acções do sujeito perante o objecto). Mudar uma atitude permite mudar um comportamento. (Cláudio & Sousa, 2003; Leyens, 1999; Lima, 2004; Marques, 1992; Olson & Kendrick, 2008)

As atitudes possuem várias funções, que variam consoante vários autores e várias épocas, contudo distinguem-se três linhas que caracterizam estas funções, funções motivacionais, funções cognitivas e teorias que acentuam a orientação para a acção. Por funções motivacionais entende-se as motivações psicológicas, as necessidades do sujeito que suportam uma atitude, difíceis de aceder excepto quando são partilhadas.

Outros autores definem estas funções de uma outra forma, segundo a Teoria Funcionalista das atitudes de Abelson e Prentice, uma atitude pode ter várias funções e quantas mais empregar, mais crucial será para o sujeito. Estas funções podem ser de cariz experimental ou instrumental e/ou cariz de simbólico ou expressivo. Esta perspectiva descreve atitudes e crenças como «objectos de posse», os sujeitos actuam consoante as suas atitudes e crenças, como em conformidade com os seus bens. (Marques, 1992).

Marques (1992) defende que a função experimental ou instrumental é aquela em que as atitudes são como “um instrumento de categorização dos objectos, permitindo uma estrutura do meio de forma a tornar acessíveis respostas (a esse meio), que maximizem as recompensas ou ganhos e minimizem as punições ou perdas para o indivíduo” (p.392). A função simbólica ou expressiva visa a expressão da nossa identidade individual (conhecimento das suas próprias emoções) e social (identificação com diversos grupos e aceitação social), e nestes aspectos transmitem ganhos para o sujeito, nomeadamente a capacidade de reproduzir emoções, e por serem profundas e fundamentais para o sujeito identificam-no com ele é, transmitindo uma imagem positiva do seu self ao outro. Contudo estas também se associam a custos para o sujeito, isto quando as suas crenças são demasiado radicais (extremismo, irrealismo) ou inaceitáveis pelo outro (vergonha, mal estar). (Lima 2004; Marques, 1992)

As funções cognitivas das atitudes retratam a forma como estas influenciam o processamento da informação. Estas funções remetem para dois princípios fundamentais, o Princípio do Equilíbrio (descrito por Heider em 1958, define a forma como o sujeito percebe o meio em que vive em forma de tríade – o indivíduo, o objecto e a relação entre ambos). Tendo como objectivo a harmonia entre ambos, facilitando assim o processamento da informação, a promoção de uma estabilidade de comportamentos e a resistência à mudança. E o Princípio da Redução da Dissonância Cognitiva (determinado por Festinger em 1957, que procura alcançar a concordância, a consistência interna de uma atitude quando face a um objecto existe duas cognições diferentes, que geram um mal estar ao sujeito) (Lima, 2004).

Como funções de orientação para a acção, temos a análise do impacto das atitudes num comportamento. Segundo Fishbein e Ajzen (1975) uma atitude só é capaz de prever um comportamento através de uma vasta gama de comportamentos, e contempla os custos e os benefícios do comportamento. A Teoria da Acção Reflectida traduz essa relação atitude/comportamento numa intenção comportamental, ou seja, a atitude só prevê um comportamento se houver uma intenção, claro que esta se encontra também sobre a influência

da norma subjectiva (consequência das nossas crenças acerca do que consideramos ser o julgamento dos outros sobre o nosso comportamento, as nossas expectativas) (Leyens, 1999). Esta teoria é alterada por Ajzen com a criação da Teoria da Acção Planeada, que acrescenta uma nova variável ao modelo anterior, o controlo percebido sobre o comportamento, ou seja, a dificuldade sentida e percebida durante a realização desse mesmo comportamento (Lima, 2004).

Um modelo alternativo aos apresentados anteriormente é o modelo de Fazio, modelo MODE (Motivation and Opportunity as Determinants), ou seja existe uma activação automática das atitudes, composta por crenças congruentes dessas atitudes que promovem a definição do acontecimento. Esta definição pode ser influenciada pelas normas dos grupos onde o sujeito se insere (Lima, 2004).

Segundo Tajfel as crenças e atitudes vão variando num contínuo, ou seja, o sujeito toma uma atitude e é essa que o define, enquadrando-o num grupo específico, o que permite a integração e a formação de uma identidade positiva (Marques, 1992). Contudo são passíveis de mudança, sendo este processo produtor de custos e emoções. A mudança pode originar a privação de algo que até ao momento definiu a identidade do indivíduo, existe um sentimento de «perda de identidade» que provoca ansiedade, ou seja, o sujeito esforça-se para manter essa atitude ou crença e com a mudança esse esforço foi perdido. Um outro facto está associado ao custo da perda da atitude ou crença em mudança, denominado por «shank cost». O custo de oportunidade remete para a ponderação acerca da sua escolha, ou seja, se a nova crença ou atitude é a mais correcta e adequada, o que por vezes suscita sentimentos de arrependimento (Lima, 2004; Marques, 1992).

1.1 Crenças e atitudes no VIH/SIDA

Ferreira (2002) “mostra que é a noção de representação social que permite interpretar as ligações entre as crenças sobre os modos de transmissão da SIDA e as atitudes face às pessoas contaminadas, em função de múltiplas variáveis. É conceito que permite lidar com as teorias do senso comum, socialmente elaboradas e partilhadas com o objectivo de explorar e compreender a realidade. Estas teorias são instrumentos, sistemas de referência que dão sentido ao nosso ambiente material e social.” (p.36).

Alguns modelos de crenças e atitudes foram adoptados para a prevenção do VIH/SIDA, como o Modelo de crenças sobre a saúde elaborado por Rosenstock, Strecher e Becker, a Teoria da Auto-Eficácia de Bandura, a Teoria da Acção Ponderada de Fishbein e Ajzen, a Teoria do Comportamento planeado de Ajzen e o Modelo transteórico de mudança de Prochaska, DiClemente e colaboradores.

O Modelo de crenças sobre a saúde de Rosenstock, Strecher e Becker, tem como por objectivo a compreensão dos determinantes do comportamento de risco face ao VIH/SIDA. Alvarez (2005) defende que este modelo visa “explicar o comportamento dos indivíduos face à saúde e baseia-se nas teorias normativas da decisão, constituindo um modelo de expectativa de valor em que se enfatizam variáveis cognitivas” (p.135). O comportamento face à saúde resulta do valor subjectivo atribuído ao produto desse comportamento e das expectativas associadas à acção, os seus benefícios e ameaças. Este modelo diferencia cinco factores que actuam sobre a prevenção, o facto do sujeito admitir a sua vulnerabilidade, entender a severidade do problema, reconhecer os benefícios da mudança do comportamento, as consequências do mesmo e por fim a procura de informação e de um sintoma acerca da doença.

A Teoria da auto-eficácia de Bandura, explicada por Alvarez (2005), proporciona a compreensão do comportamento preventivo face ao VIH/SIDA. E define a auto-eficácia como uma variável cognitiva, uma certeza individual de que é possível realizar com sucesso um comportamento requerido e com os resultados pretendidos. Face ao VIH este modelo “refere-se à capacidade percebida pelo indivíduo para prevenir a infecção, e pode ser definida pelas crenças do indivíduo sobre a sua capacidade para resistir a sexo não-seguro ou envolver-se em práticas seguras.” (p.144)

A Teoria da Acção Ponderada de Fishbein e Ajzen define o comportamento como produto final da interacção dos objectivos, expectativas e valores do sujeito, dando origem a uma intenção comportamental. Como por exemplo a utilização do preservativo, resulta da vontade do sujeito (sentimentos e conhecimentos face ao preservativo), das suas crenças e atitudes, e de influências sociais dos grupos a que pertence. As atitudes reflectem as crenças do sujeito acerca dos riscos ou da ausência destes e da associação ao prazer/desprazer face ao uso do preservativo. A teoria do comportamento planeado acrescenta uma nova variável, o controlo percebido, ou seja, o controlo que o sujeito possui face ao comportamento, a facilidade/dificuldade percebida no desempenho desse comportamento (Alvarez, 2005).

O Modelo transteórico de mudança de Prochaska, Diclemente e colaboradores defende a existência de estádios que levam a adopção de novos comportamentos preventivos. Estádio de pré-contemplação (sem qualquer intenção de mudança), contemplação (com intenção de mudança), preparação (planeamento da mudança), acção (mudança de comportamento) e manutenção do comportamento. (Alvarez, 2005)

Outros modelos foram criados especificamente para o VIH/SIDA como o Modelo de Redução dos riscos da SIDA de Catani, Kegeles e Coates e o Modelo informativo-motivacional-comportamental na redução do risco da SIDA de Fisher e Fisher. O Modelo de Redução de Riscos da SIDA tem como objectivo conhecer e explicar o comportamento de protecção face ao VIH/SIDA, resulta da combinação dos modelos e teorias atrás referidos. Organiza-se em três estádios, o reconhecimento (admite que o seu comportamento sexual é de risco e reconhece a sua vulnerabilidade), o comprometimento/empenhamento (compromete-se em mudá-lo) e a acção (aceita soluções de modo a atenuar os comportamentos sexuais de risco, reconhece os custos e benefícios associados ao comportamento). Sendo composto por várias variáveis cognitivas, emocionais, motivacionais e sociais (Alvarez, 2005).

O Modelo Informativo-Motivacional-Comportamental na redução do risco na SIDA de Fisher e Fisher baseia-se na informação sobre a redução do risco da SIDA, nomeadamente sobre a transmissão e prevenção, na motivação (pessoal e social) do sujeito para reduzir os riscos e nas competências do sujeito para elaborar essa mudança e redução de riscos (Alvarez, 2005).

2. A sexualidade e o VIH/SIDA

Entender o Homem como ser sexual é efectuar um olhar multidisciplinar sobre o mesmo, o ser sexual está incluído numa sociedade, reflecte uma cultura, impõe comportamentos, rejeita e proíbe outros, que para ele são normais e para o outro podem ser anormais. Para olhar para o ser sexual é preciso também conhecer a sua personalidade, o sistema sexual, a sua identidade de género, a sua orientação sexual, a sua auto-imagem sexual, as suas fantasias e os seus comportamentos sexuais (Nunes, 2003). Na sociedade a sexualidade sofreu mudanças profundas, desde a afirmação da mulher, a descoberta de novos métodos anticoncepcionais, a liberalização do comportamento sexual e a propagação das DST's (doenças sexualmente transmissíveis) (Pereira, Morais & Matos, 2006).

O nome de SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) foi conhecido em 1982-83, devido a alguns casos que foram aparecendo desde 1981 em vários sujeitos homossexuais masculinos que apresentavam patologias semelhantes (casos de pneumonia, Sarcoma de Kaposi), e posteriormente ao aparecimento de infecções oportunistas graves em hemofílicos e toxicod dependentes com consumos intravenosos, o que levou à identificação por Robert Gallo e Luc Montagnier do vírus responsável pela SIDA, o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH). (Bor, 1997; Ouakinin, 2000). Contudo pensa-se que o primeiro caso surgiu na África Central em 1959, este possivelmente teve como origem um outro vírus presente em macacos Mangabay (Vírus de imunodeficiência em símios), que possivelmente se transmitiu aos seres humanos através de cerimónias rituais com o sangue dos animais, à utilização da carne de macaco na alimentação e pela utilização de instrumentos contaminados na circuncisão (Ouakinin, 2000).

Desde a década de 80 houve uma rápida expansão deste vírus pelos EUA, de 50 000 casos de SIDA em 1987, passou para cerca de 650 000 casos em 1998. A propagação do VIH dá-se muito rapidamente, contudo é um retrovírus que possui um desenvolvimento etápico e lento (lentivírus), composto pela seroconversão, período de latência e diagnóstico da SIDA. A seroconversão ocorre quando o indivíduo é infectado, e como portador do vírus (seropositivo) o sujeito não apresenta sintomatologia, pois o vírus encontra-se adormecido contudo passível de transmissão. O sistema imunitário reage face a esta infecção criando anticorpos contra o vírus, é a detecção destes anticorpos que permite saber se o indivíduo está infectado ou não. Durante o período de latência, o vírus encontra-se adormecido nos linfócitos T4 (células responsáveis pelo equilíbrio do sistema imunitário) e o sujeito ainda não apresenta sintomatologia. Mas ao entrar em contacto com as células, os linfócitos T4 perdem as suas capacidades funcionais, pois o vírus transforma o seu RNA em DNA compatível com o da própria célula e assim ocorre um défice imunitário que facilita o aparecimento sintomas de infecções oportunistas e outras patologias que permitem o diagnóstico da SIDA (Cláudio & Mateus, 2000; Cruz, 1999; Straub, 2005).

Existem dois tipos de vírus, o VIH-1 (mais frequente na Europa e EUA) e o VIH-2 (nas populações da África Ocidental e mais frequente em Portugal), contudo com vários subtipos devido à sua mutabilidade genética (Cláudio & Mateus, 2000; Ouakinin, 2000; Straub, 2005). O VIH é transmitido pela partilha de linfócitos T4 infectados através de fluidos corporais como o sangue, sémen, secreções vaginais e uterinas, pelo leite materno, saliva, lágrimas e urina, contudo em concentrações diferentes e com riscos de transmissão diferentes, logo as

vias de transmissão são sexual, sanguínea e vertical (Alvarez, 2005; Cláudio & Mateus, 2000; Cruz, 1999; Ouakinin, 2000; Straub, 2005).

Com base nos dados de 2007, é possível dizer que a epidemia estabilizou, o número de novas infecções diminuiu e a percentagem de sujeitos a viver com VIH aumentou desde 2000, estes dados indicam uma melhor prevenção, um melhor acesso ao tratamento e uma elevada eficácia da terapia anti-retroviral, que permite abandonar a concepção de uma doença mortal para uma doença crónica (Pereira, Morais & Matos, 2006; UNAIDS, 2008). Em 2007 existiam 33 milhões de pessoas a viver com VIH no mundo, as infecções diminuíram de 3 milhões em 2002 para 2,7 milhões, e ocorreram 2 milhões de mortos com SIDA (75% em África). A percentagem de mulheres a viver com VIH mantém os 50% a nível mundial e os jovens de idades compreendidas entre os 15 e 24 anos representam 45% das novas infecções no mundo (UNAIDS, 2008). A África Subsariana mantém-se como a região mais fortemente afectada pelo VIH, contudo novas infecções preocupantes têm ocorrido em países como em Papua Nova Guiné, Rússia, Ucrânia, Vietname, China, Indonésia, Quénia, Moçambique e também um aumento na Alemanha, Austrália e Reino Unido (UNAIDS, 2008).

A situação em Portugal segundo o Ministério da Saúde (2008) apresentava 32491 casos de infecção VIH/SIDA (desde 1983), foram notificados 14195 casos de SIDA até Dezembro de 2007, dos quais 463 causados pelo VIH2 e 189 pelo VIH1 e VIH2. Os casos de infecção pelo VIH ocorrem em 43,9% através de comportamentos de risco associados à toxicod dependência, 38,8% por transmissão sexual heterossexual, 12% por transmissão sexual homossexual masculina e 5,3% por outras formas (UNAIDS, 2008). A SIDA é primeira causa de morte entre os homens e os jovens adultos com menos de 25 anos, e por ano morrem cerca de 1.000 pessoas por SIDA. (<http://www.apf.pt>; Monteiro, 2001; Pombo, 2002; Silva, Vieira, Silva, Ramos & Pires, 2003).

Também Portugal tem a taxa mais elevada de mulheres grávidas infectadas pelo VIH da União Europeia (<http://www.apf.pt>). A taxa das mulheres com VIH/SIDA tem vindo a aumentar a uma velocidade mais rápida do que nos homens, isto deve-se ao facto de a transmissão da SIDA dos homens para as mulheres ser mais comum do que o contrário (por exemplo através das relações sexuais extra-matrimoniais desprotegidas). As mulheres são mais vulneráveis biologicamente que os homens, possuem um reduzido poder de decisão e “empowerment”, nomeadamente quanto ao uso do preservativo (discriminação de género), são vítimas de tráfico, prostituição, mutilação genital, violência doméstica e violação, e por

último em geral usam agulhas intravenosas após os seus parceiros (<http://www.apf.pt>; Dias, Silva & Gama, 2007; Lawrence, Elderidge, Reitman, Little, Shelby & Brasfield, 1998; Straub, 2005).

Este quadro de infecção faz-nos perceber que para além da velocidade de propagação do vírus e o facto de não existir uma cura, é importante conceber quais os sujeitos vulneráveis a esta pandemia, são aqueles que não têm conhecimento e capacidades de se protegerem e os outros, aqueles que não possuem serviços com qualidade. São também os que sofrem violação dos direitos humanos, os que possuem normas culturais e sociais que criam práticas, crenças e leis que estigmatizam e impossibilitam algumas populações de aceder à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e aos serviços de apoio (UNAIDS, 2008). Por esta razão é errado dizer que existem grupos de risco, existem pessoas em risco, as pessoas que sofrem mais obstáculos à prevenção (o género, a idade, as normas culturais, etnicidade e estatuto socioeconómico) e existem também comportamentos de risco (Alvarez, 2005; Dias, Matos & Gonçalves, 2002; Ferreira, 2002; Matos, 1994). Por comportamentos de risco entendem-se relações sexuais não protegidas com penetração anal, vaginal ou oral, relações homossexuais ou heterossexuais, injeções endovenosas com partilha de agulhas, seringas ou outro material contaminado, transfusão de sangue ou produtos derivados, transplantes de órgãos, parto ou aleitamento (Ouakinin, 2000).

Na ausência da cura, as intervenções psicossociais são a única forma de lutar contra a SIDA, é fundamental a prevenção. É essencial elaborar um enquadramento cultural, reflectir acerca das normas sociais e dos valores, fazer um levantamento das necessidades dos sujeitos e as suas características (sexo, estatuto socioeconómico, idade, escolaridade, profissão, etc.). Compreender os seus estilos de vida, o conhecimento das crenças e atitudes dos sujeitos para que a informação se processe e a mensagem seja recebida e entendida envolvendo a comunidade num processo de mudança (ACIME, 2007; Alvarez, 2005; Baldaia, 1994; Bor, 1997; Cláudio, 1992; Cruz, 1999; Dias et al., 2002; Ferreira, 2002; Hobfoll, 1998; Matos, Battistuta, Simões, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003; Peterson, 1998).

O comportamento pode ser alterado dando informação sobre o VIH e desafiando as crenças e atitudes sobre as actividades sexuais de risco, contudo esta relação informação-acção só por si não é eficaz, é necessário para além de uma prevenção sociocultural, um aconselhamento psicológico, uma promoção e adopção de comportamentos seguros (variáveis cognitivas, afectivas e comportamentais), um fortalecimento da auto-estima e da capacidade

de decisão do sujeito (Bor, 1997; Camargo & Botelho, 2007; Dias et al., 2002; Matos, 1994; Matos et al., 2003; Monteiro, 2001; Peterson, 1998; Seabra, 1992; Teixeira, 1994;).

Como por exemplo o uso do preservativo, também a sua utilização é impregnada por factores económicos e sociais, associada a um poder simbólico, a um significado sociocultural, que diferem de comunidade para comunidade (<http://www.apf.pt>; Monteiro, 2001; UNAIDS, 2002). Este facto remete para um conjunto de crenças, nomeadamente, a percepção de que não estão em risco (por associarem o risco a grupos específicos), que só acontece ao outro, a confiança que depositam no(a) parceiro(a), a capacidade de reconhecer um portador assintomático pelo seu contacto físico, os valores associados à religião católica, e por último o prazer associado ao sexo (que o preservativo torna menos satisfatório) (Alvarez, 2005; Dias et al., 2002; Hobfoll, 1998; Lawrence et al., 1998; Matos, 1994; Monteiro, 2000; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). São estas crenças que segundo Matos (1994) formam concepções erradas, medos irracionais e a negação da realidade, que por sua vez vai gerar uma concepção sobre o VIH/SIDA errónea e assim dificultar a prevenção, todavia não significa que o sujeito não possua conhecimento sobre o assunto (Tamayo, Lima, Marques & Martins, 2001).

3. Imigração

A imigração é um movimento de entrada de indivíduos de nacionalidades diferentes num outro país com o objectivo de residir e exercer actividade nesse país de acolhimento, caracterizado pela multiculturalidade. Este movimento é característico das sociedades industrializadas, pois contribuem para o desenvolvimento económico do país de acolhimento e para a resolução de um eventual problema demográfico nas sociedades europeias (Bäckström, 2007; IHMT, 2007; Janus, 2001; Martins & Silva, 2000; Vitorino, 2007).

Existe uma sociedade receptora marcada por uma cultura, uma herança de experiências, de tradições e conhecimentos, estas são transmitidos socialmente, de geração em geração e interagem com as minorias culturais que vão chegando ao país. As diferenças culturais observam-se principalmente nos comportamentos, na organização social, familiar, nas crenças e práticas religiosas, no vestuário, na tradição festiva e culinária. Esta minoria étnica é um grupo de pessoas com uma ancestralidade comum, com padrões culturais e história também comuns e um elevado grau de identificação com os restantes elementos do grupo. (Janus, 2001; Martins & Silva, 2000; Menezes, 1999; Monteiro, 2001).

A cultura impulsiona o desenvolvimento da sociedade, dos indivíduos e de um bem-estar colectivo. Por esta razão é importante existir diversidade cultural, esta permite uma heterogeneidade, uma mudança bidireccional entre os grupos étnicos/culturais que estão em contacto, estas mudanças são vividas pelo grupo e pelo indivíduo (aculturação). Pois o indivíduo, para além da sua identidade individual é também representação desta identidade colectiva, desta pertença social. Numa utopia social este processo seria aceite facilmente, e existiria um respeito pelas diferenças culturais e económicas existentes (Bourhis, Moïse, Perreault, Senécal, 1997; Gonçalves, 2008).

O respeito pelos direitos humanos de todas as pessoas da sociedade permite ser possível existir um equilíbrio e uma base essencial para diminuir tensões que existem entre os vários grupos em interacção (Wolffers, Verghis, Marin, 2003). O artigo 13º da declaração universal dos direitos humanos anuncia que “toda a pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no interior de um Estado; toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país” (UN, 1948). O artigo 15º defende que “todo o indivíduo tem o direito a ter uma nacionalidade; ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua nacionalidade nem do direito de mudar de nacionalidade” (UN, 1948), e por último, o artigo 25º declara que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (UN, 1948).

Em Portugal verifica-se uma extrapolação destes direitos humanos associados aos imigrantes, por lei mostra que conforme o art.13 nº2 da Constituição, o Princípio da Equiparação, defende que “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, convicções políticas e ideológicas, instrução, situação económica ou condição social.” (Menezes, 1999, p.141). Leitão (2002) defende o direito do imigrante legal “ao trabalho, a um rendimento mínimo, mas também ao exercício de direitos cívicos, à cultura, à educação, à habitação condigna, e à participação na vida social e cultural, em suma, a uma plena inserção na vida em sociedade” (p.94).

Portugal ao longo dos anos tem recebido imigrantes de diversas nacionalidades, culturas e religiões, apesar de sermos um país de tradição emigrante. Contudo era um dos países da UE (antes do alargamento da UE) que mais se opunha à imigração, esta posição pode levar a racismo e preconceito devido a um pensamento de hierarquização de culturas (Vala, Pereira & Ramos, 2007; Vala, Lima, Lopes, sd; SEF, 2007; Vala, Lopes, Brito, 2000). Tradicionalmente os imigrantes são provenientes dos PALOP (maioritariamente de Cabo Verde, Guiné-Bissau e Angola), que após da Revolução do 25 de Abril de 1974 e com a descolonização procuraram Portugal como país de acolhimento. Posteriormente em 1986 até finais dos anos 90 manteve-se a imigração africana, retomou a imigração europeia e iniciou-se uma imigração proveniente do Brasil. Numa terceira fase de migração que se iniciou com a viragem do século, com a chegada de imigrantes da Europa de Leste, em particular da Ucrânia, já se verificava uma redução da imigração africana, observou-se uma nova vaga de imigração do Brasil e um crescimento das imigrações asiáticas (Machado, 2002; Menezes, 1999; Pires, 2007; Santinho, 2007; SEF, 2007; Vitorino 2007).

Até ao fim de 2000 48% da população imigrante a residir em Portugal era de origem africana, 27% da União Europeia, 13 % do Brasil, 10 % de outros países e 2% da Europa de Leste. Contudo estes valores alteraram visto que entre 2001 e 2002 as autorizações de residência foram dadas em maior número aos imigrantes da Europa de Leste (56%), e seguida do Brasil (19%) e de África com 16%. Em 2007 estima-se que estivessem a viver em Portugal cerca de 401.612 imigrantes. Os imigrantes legais representam 10% da população activa do país. (Ministério da Saúde, 2007; Pires, 2007; SEF, 2007; Vitorino, 2007)

As causas para imigrar são várias e distintas, desde devido a problemas antigos de subdesenvolvimento em muitos países de África, da Ásia e do Sul da América, guerras e conflitos étnicos nos Balcãs, em África e no Médio Oriente, como também devido à queda dos regimes comunistas na Europa de Leste e desmembramento da antiga URSS com graves consequências a nível económico. Procuram maiores e melhores oportunidades de emprego, melhorar a sua condição económica e procuram reencontrarem-se com a família, fogem à fome, à pobreza, à doença, à guerra, às profanações dos direitos humanos e às perseguições políticas e «limpezas» étnicas (Janus 2001; Vitorino, 2007; WHO, 2003).

A Guiné é um país muito rico culturalmente, possui mais de 20 etnias. Os Guineenses chegaram em maior número a Portugal na década de 80 e 90, provêm da guerra, de condições económicas e sociais desfavorecidas e com contrastes culturais muito acentuados. Possuem uma língua própria e uma escrita diferente para cada etnia, raramente usam a Língua

Portuguesa. A religião predominante é o Islamismo, e um pequeno número de católicos. Actualmente representam 5% da população imigrante (23733 imigrantes legais), na sua maioria do género masculino. (Janus 2001; Machado, 1996, 2002; Santinho, 2006; SEF, 2007).

A imigração brasileira iniciou-se após o 25 de Abril, em que Portugal recebeu um número significativo de opositores ao regime de ditadura militar brasileiro. No geral são imigrantes jovens, na sua maioria do género feminino, com qualificações profissionais médias/altas e exercem actividade em sectores como, design, arte, publicidade, medicina dentária, informática, hotelaria, desporto e beleza. Actualmente representam 15% dos imigrantes legais a residir em Portugal (66354) (Janus 2001; SEF, 2007; Vianna, 2000).

A recepção de imigrantes nem sempre é vista como um movimento positivo e de crescimento para o país, mas por vezes como um movimento ameaçador (no campo da segurança, do bem estar económico e da identidade cultural), que produz fenómenos de discriminação, racismo, xenofobia característicos pela intolerância e exclusão dos mesmos (Janus, 2001; Matos, 2001; Vala, Lopes & Brito, 2000; Vala, Pereira & Ramos, 2007; Vitorino, 2007). Todavia é um processo que exige a responsabilidade da sociedade de acolhimento dar resposta às necessidades e à diversidade dos sujeitos, promovendo a igualdade, a integração, a solidariedade, a cooperação e o respeito pela identidade de cada um. (Bäckström, 2007; Bourhis et al., 1997; IHMT, 2007; Leitão, 2002; Machado, 2002; Martins & Silva, 2000; Santinho, 2006, 2007; Vitorino, 2007;).

Hines (1993) e outros autores mostram que a multiculturalidade possui vários limites a diversos níveis em aceitar as novas culturas, a nível habitacional, situações de pobreza extrema, conflitos inter-étnicos, condições precárias de empregabilidade (em maioria na construção civil, na indústria e em sérvios domésticos) que conduzem a baixos rendimentos ou a situações frequentes de desemprego, pois estes indivíduos sujeitam-se a aceitar qualquer emprego, mesmo abaixo do seu nível de aprendizagem (por norma ficam com os trabalhos menos procurados na comunidade receptora). Existem também barreiras linguísticas, obstáculos culturais e religiosos, quebra de laços familiares, baixo nível escolar e de qualificação profissional, exclusão social, discriminação, solidão e marginalidade, e o desrespeito pelas especificidades culturais. Estas condições provocam problemas de adaptação e são características de um estatuto socioeconómico baixo, sugerindo uma estreita relação com os comportamentos de risco para a saúde e com a taxa de mortalidade (Bourhis et

al., 1997; Dias, Silva, & Gama, 2007; Gadon, Chierici & Rios, 2001; Machado, 1996; Martins & Silva, 2000; Menezes, 1999; Vitorino, 2007; Wolffers, Verghis & Marin, 2003).

Este vasto leque de adversidades (anteriormente referidos), por norma geradora de conflitos que não permite a construção de uma identidade e integração social positiva. Estes facilmente conduzem os sujeitos para a rede da droga, da prostituição, para o consumo do álcool e para a prática de comportamentos violentos. Estas barreiras dificultam o sucesso escolar, o acesso aos serviços de saúde, às instituições sociais, promovendo comportamentos de risco e potenciam a vulnerabilidade ao VIH/SIDA (Dias, 2007; Dias, Silva, & Gama, 2007; Ferreira, 2002; IHMT, 2007; Martins & Silva, 2000; Matos, 2003; Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2003; Ministério da Saúde, 2007; Teixeira, 2000; Santinho, 2006, 2007; Wolffers, Verghis & Marin, 2003).

4. Crenças e atitudes sobre o VIH/SIDA em comunidades imigrantes

O reconhecimento que os imigrantes são pessoas com necessidades sociais e sexuais é indispensável para desenvolver as suas capacidades de empowerment, com o fim de diminuir a sua dependência face aos outros, e desenvolver programas centrados no desenvolvimento da identidade do sujeito, prevenção da saúde e do VIH/SIDA (Dias, Silva & Gama, 2007; Vitorino, 2007; Wolffers, Fernandez, Verghis & Vink, 2002).

Para abordar este tema é necessário reconhecer nos conceitos saúde, doença e tratamento, representações sociais associadas a uma pertença sociocultural (a factores biológicos, comportamentais, sociais e familiares). A escassa informação sobre esta área poderá conduzir a falsas crenças sobre comportamentos em saúde (por exemplo, o uso da medicina tradicional), práticas de risco associadas ao VIH/SIDA, como os modos de transmissão ou a rejeição de um membro da comunidade infectado (Dias et al., 2002; Ferreira, 2002; Gonçalves et al., 2003; Monteiro, Vasconcelos-Raposo, 2006; Silva et al., 2003; Teixeira, 2000).

Segundo dados da UNAIDS em 2002, a proporção de novos casos de SIDA em imigrantes está a aumentar na União Europeia (Faria & Ferreira, 2002). Em Portugal até Julho de 2002 os imigrantes infectados com VIH/SIDA eram de 10%, destes 84% eram Africanos, Brasileiros com 7% e os imigrantes da Europa de Leste não tinham representação significativa nos casos notificados, só com 8 casos (Bäckström, 2007). Estes dados são resultado de uma natural a movimentação das populações que poderá provocar a disseminação do VIH,

associado a um determinado contexto socioeconómico. Algumas populações de imigrantes encontram-se em maior risco de infecção pelo VIH/SIDA, como as populações refugiadas, as vítimas de insegurança física e social ou pessoas vítimas de tráfico sexual (UNAIDS, 2008).

Os imigrantes são vulneráveis a problemas de saúde (Carballo, Divino & Zeric, 1998), nomeadamente em relação às doenças cardiovasculares, diabetes e cancro, em relação à saúde mental (depressão, esquizofrenia e stress pós-traumático) e à saúde reprodutiva), como a nível das doenças sexualmente transmissíveis (Brockerhoff & Biddlecom, 1999; Carballo & Nerukar, 2001; Decosas & Adrien, 1998; Dias & Gonçalves, 2007; Fenton, 2001; Gadon, Chierici & Rios, 2001; Lawrence et al., 1998; Schröder, Hobfoll, Jackson, & Lavin, 2001; Tompkins, Smith, Jones & Swindells, 2006).

Alguns investigadores consideram que os imigrantes são núcleos da alta prevalência e transmissão de infeções sexualmente transmissíveis como a gonorreia, a sífilis, hepatite B e VIH, nomeadamente os imigrantes do género masculino. Todavia quando comparados com a população portuguesa, com um enquadramento social e económico semelhante à população estudada, os resultados são muito semelhantes (Távora-Tavira, Teodósio, Seixas, Prieto, Castro, Exposto & Atougua, 2007). Diversas investigações referem o mesmo em relação a outros indicadores de saúde no geral (McKay, Macintyre & Ellaway, 2003).

Esta vulnerabilidade à doença provém da quebra de laços familiares e da sua situação no país de acolhimento. Muitas vezes manifestada por condição económica precária e insegurança na habitação. A habitação é também um desafio na adaptação dos imigrantes na sociedade receptora, confrontam-se com condições habitacionais inferiores à população portuguesa. A maioria reside em bairros de realojamento social periféricos aos grandes centros urbanos, outros em habitações sobrelotadas e degradadas, com poucas condições de habitabilidade, de higiene e focos de transmissão de doenças (Fonseca, 2008).

Outros factores de vulnerabilidade dos imigrantes são o nível educacional baixo, as condições de trabalho precárias, a ausência de protecção social, o pouco tempo de residência no país de acolhimento, o baixo nível de aculturação, o isolamento, exclusão, discriminação e marginalização (associadas à condição de imigrante e também às zonas geográficas de residência, em bairros periféricos), as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e na obtenção de tratamento, as barreiras linguísticas, legais e culturais. Estes agentes promovem o desenvolvimento de doenças correspondente a uma fragilidade física e psicológica associada ao fenómeno da imigração, e não pelo país de origem ou de destino (Decosas & Adrien, 1998;

Dias, Gonçalves, Luck & Fernandes, 2004; Dias & Gonçalves, 2007, Faria & Ferreira, 2002; Fenton, 2001; Ferreira, 2002; Fonseca, Esteves, McGaugle & Silva, 2007; Padilla, 2008; Reijneveld, 1998; Scheppers, Dongen, Dekker, Geertzen & Dekker, 2006; Soskolone & Shtarkshall, 2002).

As limitações na procura dos serviços de cuidados primários e preventivos da saúde (centro de saúde, consultas de rotina e planeamento familiar) traduzem-se numa baixa utilização dos serviços (maior riscos de transmissão do VIH/SIDA), pouco acesso à informação, ao diagnóstico e tratamento, e que podem contribuir para a adopção de comportamentos de risco (Brockhoff & Biddlecom, 1999; Dias & Gonçalves, 2007; Gadon, Chierici & Rios, 2001; Dias et al., 2004; Lawrence et al., 1998; Padilla, 2008; Reijneveld, 1998). Criando-se assim um ciclo de situação difícil de contornar, por esta razão é necessário que os imigrantes aprendam a ver como os cidadãos da sociedade receptora vivem a sua saúde, e o funcionamento do sistema nacional de saúde a nível do profissional e do paciente (Padilla, 2008).

Rodrigues (2007) apresenta uma lei que segundo a “ Constituição da República Portuguesa estabelece o direito de todos os cidadãos, incluindo os estrangeiros, a cuidados globais de saúde, o que pressupõe que todos os meios de saúde existentes devem ser responsabilizados na exacta medida das necessidades de cada um e independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais” (p.4). Isto independentemente se o sujeito se encontra legal ou ilegal no país onde. Apesar de Portugal ter uma legislação das mais avançadas da Europa, esta existe na teoria, pois na prática raramente ocorre em contextos de emergência hospitalar. Esta prática também resulta da falta de conhecimento dos imigrantes quanto aos seus direitos no país de residência, e também devido ao medo da deportação para o país de origem (Bäckström, 2007, Dias, Silva, & Gama, 2007).

Bäckström (2007) apresenta a Lei n.º 134/99 de 28 de Agosto “tem por objectivo prevenir e proibir as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica”. Esta foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 111/2000 de 4 de Julho e o Despacho nº 25360/2001 de 12 de Dezembro veio regulamentar o acesso ao serviço de saúde pelos imigrantes “...é relevante que os meios de saúde existentes sejam disponibilizados a todos os que eles necessitam na exacta medida das suas necessidades subjectivamente concretizadas, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais.” (p. 11). Esta lei veio permitir um livre acesso aos cuidados de saúde e gratuitos, ou seja, igualdade de condições em relação.

Contudo é necessário que as leis sejam aplicadas pois a saúde é uma dimensão importante na inclusão dos sujeitos imigrantes nas sociedades receptoras, tal como o emprego, a educação, a habitação, a participação política e a construção da sua identidade (Fonseca, 2008; Machado, 2007).

Um olhar sobre as crenças e atitudes na comunidade africana permite-nos perceber que possuem características culturais que dificultam a adesão à prevenção, que é infectada em Portugal por via heterossexual e por utilização de drogas por via endovenosa. Existe uma segunda geração que manifesta várias dificuldades de adaptação, e uma imigração mais recente e clandestina sem domínio da língua que poderá chegar já infectada, e que só recorre aos serviços de saúde em situação de doença incapacitante ou gravidez, provavelmente devido aos receios associados à ilegalidade (Faria, Ferreira, 2002). Contudo junto dos imigrantes guineenses foi verificado que os locais onde sentem menos racismo são os hospitais e centros de saúde (Machado, 2007).

Os imigrantes de origem africana associam a SIDA à morte, não a reconhecendo como uma condição clínica, mas como uma sentença. Provavelmente o que levará a não procurar tratamento, nem a uma mudança de comportamentos (Ferreira, 2002; Sormati, Pereira, El-Bassel, Whitte & Gilbert, 2001).

Outras investigações apontam para a existência de diferenças entre os géneros dos sujeitos de uma comunidade imigrante africana, em relação aos conhecimentos, atitudes e comportamentos relevantes à prevenção do VIH/SIDA (Dias, Matos & Gonçalves, 2002; Sormati et al., 2001). Revelam que os homens africanos apresentam múltiplos factores de risco, uma maior frequência de contactos sexuais e taxas de utilização do preservativo baixas (Peterson, Catania, Dolsini, & Faigeles, 1993; Dias et al., 2002). Possuem mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA e como se transmite, e são eles responsáveis por tomar as decisões dos cuidados de saúde da família (Tompkins et al., 2006; Schröder et al., 2001).

Em relação ao género feminino existe uma elevada transmissão do VIH/SIDA por via heterossexual (Hobfoll, 1998), pois têm que aceitar a poligamia (Lawrence et al., 1998; Schröder et al., 2001) e possuem pouco controlo sobre o comportamento sexual dos seus parceiros e oportunidades limitadas para introduzir o uso do preservativo na relação (Wingood & Diclemente, 2000; Schröder et al., 2001; Silva et al., 2003). Estas sentem-se menos aptas para se protegerem do VIH/SIDA, possuem mais barreiras cognitivo-sociais, são

vítimas de violência doméstica, violação, mutilação genital feminina e exploração sexual (Padilla, 2008; Tompkins et al., 2006; Schröder et al., 2001).

A saúde uma mulher vítima de mutilação genital tem uma vida sexual diferente, é mais frágil e apresenta maiores riscos de infecções por transmissão sexual e complicações no parto (Padilla, 2008).

A maternidade representa um factor na procura dos cuidados de saúde, inicialmente na obtenção de apoio para realizar o parto e posteriormente na saúde dos filhos. Segundo dados da Maternidade Alfredo da Costa em 2004, a taxa de infecção pelo VIH em grávidas estrangeiras é de 6,3%, em que 90% pertencem à comunidade africana, nomeadamente de Angola, Guiné-Bissau e Cabo Verde (Bäckström, 2007). Contudo esta transmissão do vírus ocorre mais frequentemente por via sexual, e em regra só descobrem que têm o vírus já durante a gravidez, o que provoca um inicio da terapêutica mais tardio. Por estas razões é fundamental envolver os homens nas estratégias preventivas (Brockerhoff & Biddlecom, 1999; Lawrence et al., 1998).

O diagnóstico do VIH em pessoas que defrontam um processo de imigração, faz com que estas lidem com duas grandes ambiguidades, por um lado os receios e incertezas relacionados com o facto de viver com VIH (a nível da saúde, a percepção da doença e o sucesso do tratamento), e por outro o facto de serem imigrantes, inseguranças face à legalização, situação económica precária, ausência de apoio social e dificuldades na integração. Este diagnóstico pode dificultar a integração destas populações nas sociedades de acolhimentos, e ser motor de discriminação no acesso aos serviços e saúde e nas próprias comunidades. Adicionalmente este diagnóstico tende a ser efectuado mais tarde, o que resulta num avançar da doença e um estado de saúde mais debilitado (AHPN, 2006).

Para além do diagnóstico, também a procura de informação sobre o VIH se altera, revelam uma menor procura desta junto dos serviços de saúde, preferem a informação proveniente dos amigos e dos meios de comunicação social (Lazarus, Himedan, Ostergaard & Liljestrang, 2006).

Actualmente pouco se sabe acerca das práticas e o estado de saúde das comunidades imigrantes, mas é crucial uma prevenção, e para esta ser eficaz é necessário a recolha das crenças, dos tabus e mitos dos sujeitos em relação ao VIH/SIDA (Ferreira, 2002), uma intervenção a nível do indivíduo, com o envolvimento da família e da comunidade, de modo a permitir a ocorrência de alterações e diminuição de situações de risco, mudança/evolução de

conhecimentos e comportamentos, e a promoção de oportunidades (Fenton, 2001; Figueira, 1992; Brockerhoff & Biddlecom, 1999; Jemmott & Jemmott, 2000; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006; Sormati et al., 2001; Soskolone & Shtarkshall, 2002).

Por esta razão é necessário relacionar a cultura com as circunstâncias sociais em que os conceitos são produzidos e posteriormente reproduzidos (Ferreira, 2002), ou seja, existe uma necessidade de compreender o movimento dos sujeitos e o impacto na sociedade de origem, de trânsito e de acolhimento (Carballo & Nerukar, 2001; Wolffers et al., 2002) e assim entender esta “cultura de migração” (uma nova identidade do sujeito imigrante), e como esta influencia a prática de comportamentos sexuais de risco (Gadon, Chierici & Rios, 2001; Fenton, 2001; Schröder et al., 2001; Sormati, et al., 2001; Wolffers et al., 2002).

II. Estudo Empírico

Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito do Seminário de dissertação de mestrado, cujo tema foi autoproposto e desenvolvido sobre a orientação do Professor Doutor Victor Cláudio, e enquadrado numa das temáticas do seminário, o VIH/SIDA.

Após várias leituras sobre o tema, vários estudos indicam existir uma maior vulnerabilidade das populações imigrantes à infecção pelo VIH/SIDA. Reconhecendo o desafio deste trabalho, foi então proposto conhecer as crenças e atitudes dos imigrantes sobre a sexualidade e o VIH.

1. Objectivos do Estudo

A existência desta vulnerabilidade nas populações imigrantes deve-se à situação destas no país de acolhimento, pela situação de mudança vivida, pelas diferenças culturais e devido às desigualdades económicas e sociais sentidas. Este panorama pode ser minimizado com o desenvolvimento de estratégias preventivas e garantir um acesso universal e generalizados aos serviços de saúde associados à sexualidade e ao VIH/SIDA.

Para uma prevenção adequada e eficaz é fundamental conhecer a realidade actual das populações imigrantes, obter mais informação sobre as suas crenças e atitudes, enquadrá-las com a sua cultura de origem e com a cultura de acolhimento, perceber como estas influenciam os comportamentos e de que modo contribui para situações de risco. Para além dos factores

culturais é também objectivo relacioná-los com o género dos sujeitos e com o tempo de residência na sociedade de acolhimento.

Este enquadramento cultural, social e também económico permite adquirir informação, esta crucial para uma abordagem directa, acessível, objectiva, adequada e preventiva em relação à sexualidade e ao VIH/SIDA junto das populações imigrantes e assim contribuir também para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e para futuras investigações.

2. Método

2.1 Amostra

O presente estudo resultou de uma amostragem não probabilística, não aleatória por conveniência. Os inquiridos que constituem a amostra são imigrantes residentes em Portugal, adultos, de ambos os géneros e de nacionalidades Brasileira e Guineense. Estes sujeitos frequentavam associações de apoio e encontro a imigrantes, destinadas a todos os imigrantes, outras destinadas apenas a imigrantes da mesma nacionalidade, os restantes foram abordados nos seus locais de habitação, nomeadamente, bairros sociais. Para este estudo foi seleccionada uma amostra de 60 sujeitos, distribuídos em 30 imigrantes provenientes do Brasil e 30 imigrantes da Guiné, que residiam ou trabalhavam nos distritos de Lisboa ou Setúbal.

2.2 Instrumento e Variáveis

Neste estudo foi utilizado um método quantitativo de recolha de dados através da aplicação de um protocolo composto por três questionários de aferição sobre crenças e atitudes sobre a sexualidade e VIH/SIDA (Anexo I) com questões abertas, fechadas e de associação livre, o primeiro (Q1) elaborado por Cláudio, Gouveia e Pereira (1994), o segundo (Q2) elaborado por Cláudio, V., e o terceiro (Q3) traduzido por Cláudio, V. Outro questionário aplicado foi um questionário sócio demográfico (Anexo II) com o objectivo de recolher informações do sujeito, como a idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, estatuto sócio económico, e outras questões como nacionalidade, religião, tempo de residência em Portugal e área de residência. Estas questões compõem o grupo de variáveis, mas também as questões seleccionadas e consideradas pertinentes retiradas do protocolo de questionários (Anexo III).

2.3 Procedimentos

Os questionários foram aplicados em algumas associações que disponibilizaram o seu espaço para o preenchimento do mesmo, como também recursos técnicos de modo a facilitar a abordagem com os sujeitos, e tempo para aplicar o questionário. Estas associações têm como objectivo apoiar os sujeitos numa integração legal e social, e em resolução de problemas (sociais, saúde, económicos, jurídicos, etc.), num ambiente amigável e centrado no utilizador. Os sujeitos responderam às questões sozinhos, devido ao íntimo das questões, mas também requeria bons conhecimentos da língua portuguesa, contudo estava presente o inquiridor para qualquer dúvida que surgisse durante o preenchimento. A participação dos sujeitos foi confidencial e voluntária, previamente discutida e assinada na carta de consentimento informado (Anexo IV).

2.4 Tratamento e Análise de Dados

Na análise de dados foi utilizado o programa de análise estatística SPSS. Numa primeira fase foi realizada a análise descritiva das características sócio-demográficas dos participantes neste estudo empírico. Numa segunda fase foram analisados descritivamente o questionário 1, o questionário 2 e por último o questionário 3, e como base numa primeira análise foram seleccionadas as questões com respostas mais pertinente para este estudo. Numa terceira fase as questões abertas e de associação livre mantiveram uma análise descritiva, com base na cultura dos sujeitos, enquanto as questões fechadas para além de uma análise descritiva foi também realizado o teste estatístico Fisher (variáveis nominais) e o teste estatístico não paramétrico Mann-Whitney (variáveis ordinais). Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05 em todas as análises inferenciais (Maroco, 2007).

3. Resultados e Análise

3.1 Caracterização Sócio Demográfica

A amostra analisada neste estudo é constituída por 60 sujeitos, dos quais 30 são oriundos do Brasil e os restantes 30 são oriundos da Guiné.

Ambos os grupos possuem uma caracterização jovem, a comunidade brasileira aqui representada manifesta uma média de idades de aproximadamente 31 anos, em que a idade

mínima é de 20 anos e a idade máxima de 55 anos. Contudo a comunidade guineense possui uma média de idades de aproximadamente 32 anos, apresentando uma idade mínima de 18 anos e uma idade máxima de 55 anos (Anexo V. Tabela de análise da idade dos participantes).

Analisando o género dos participantes facilmente se distingue uma melhor aceitação do sexo feminino da comunidade do Brasil para responder a este protocolo de questões, com 19 questionários respondidos (63,3%), comparando com os 11 questionários respondidos por sujeitos do sexo masculino (36,7%). Enquanto na comunidade Guineense o género masculino foi o que mais aceitou este protocolo com 16 questionários respondidos (53,3%), contudo não apresenta uma diferença muito expressiva perante os 14 questionários respondidos pelos participantes do sexo feminino (46,7%). Todavia observando o global da amostra, ou seja, incluindo ambas as comunidades de imigrantes, observa-se uma maior prevalência de questionários respondidos pelo sexo feminino com 33 participantes, perante os 27 questionários respondidos pelo sexo masculino (Tabela 1).

Examinando o estado civil dos participantes permite-nos observar que metade dos sujeitos do Brasil é casada ou vivem em união de facto, os restantes são solteiros com 43,3% e os restantes são divorciados (6,7%). Estes valores variam na comunidade guineense, observa-se em maior frequência de sujeitos solteiros (60%), os restantes são casados ou vivem em união de facto (11%) e os divorciados com representação de 3,3% dos sujeitos (Tabela 1).

A análise das habilitações literárias permite perceber que no geral ambas as amostras possuem níveis elevados de habilitações literárias. Na comunidade Brasileira 7 sujeitos estudaram até ao 3º ciclo e inclusivé (23,3%). Enquanto os restantes 23 sujeitos prosseguiram os estudos até ao Secundário (46,7%), Bacharelato (3,3%), licenciatura (16,7%) e Mestrado ou Doutoramento (3%). A comunidade guineense também possui menor incidência de sujeitos que completaram os estudos até ao 3º ciclo (26,7%), contudo com maior expressão no 1º e 2º ciclo. E uma maior incidência em elevados níveis de habilitações literárias com 73,3% da amostra, nomeadamente sujeitos que completaram o ensino Secundário (43,4%), o Bacharelato (10%) e a Licenciatura (20%). Não existindo registo de sujeitos com o mestrado ou doutoramento (Tabela 1).

Em relação à situação profissional dos participantes observa-se que em ambas as comunidades a maioria dos sujeitos estão empregados. Os imigrantes brasileiros apresentam

uma taxa de emprego de 80,8% e os imigrantes guineenses uma de 82,6%. Estas taxas reflectem algumas omissões de resposta por parte dos sujeitos brasileiros (4) e guineenses (7). Os restantes sujeitos encontram-se em situação de desemprego, 19,2% de brasileiros e 17,4% de guineenses (Tabela 1).

O estudo do estatuto sócio económico dos sujeitos permite-nos observar que o estatuto predominante na amostra do Brasil é o médio (56,7%), e em seguida o estatuto baixo com 40% dos sujeitos. Não existindo registo de sujeitos com estatuto alto em ambas as comunidades. Os sujeitos guineenses, na sua maioria, caracterizam a situação económica como baixa, 63,3%, e os restantes 11 sujeitos caracterizam-na como média (36,7%) (Tabela 1).

		Brasil	Guine
Género	Feminino	63,30%	46,70%
	Masculino	36,70%	53,30%
Estado civil	Solteiro	43,30%	60,00%
	Casado/União de facto	50,00%	36,70%
	Divorciado	6,70%	3,30%
	Viúvo	0,00%	0,00%
Habilitações Literárias	1º Ciclo	0,00%	6,70%
	2º Ciclo	3,30%	20,00%
	3º Ciclo	20,00%	0,00%
	Secundário	46,70%	43,40%
	Bacharelato	3,30%	10,00%
	Licenciatura	16,70%	20,00%
	Mestrado/Doutoramento	10,00%	0,00%
Situação Profissional	Empregado	80,80%	82,60%
	Desempregado	19,20%	17,40%
Estatuto Socioeconómico	Baixo	41,40%	63,30%
	Médio	58,60%	36,70%
	Alto	0,00%	0,00%

Tabela 1. Género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e estatuto socioeconómico dos participantes

	Brasil	Guiné
Sem resposta	30,00%	23,30%
Sem Profissão, doméstica ou estudante	10,00%	33,30%
Operários e trabalhadores não especializados ou trabalhadores rurais	40,00%	30,00%
Trabalhadores especializados por conta de outrém	10,00%	13,30%
Profissionais Liberais	10,00%	0,00%

Tabela 2. Profissão dos participantes

Com base na tabela 2 verifica-se várias diferenças na distribuição dos sujeitos nas diferentes áreas profissionais. Observa-se um elevado número de sujeitos que optou por não responder a esta questão, na comunidade brasileira corresponde a 30% dos sujeitos e na comunidade guineense a 23,3%. Os sujeitos sem profissão, estudantes ou domésticos aparecem em maior número entre os imigrantes guineenses (33,3%) comparando com os imigrantes brasileiros (10%). Quanto aos operários e trabalhadores não especializados ou trabalhadores rurais aparecem em mais frequência na comunidade proveniente do Brasil (40%) comparando com a comunidade proveniente da Guiné (30%). Os trabalhadores especializados por conta de outrem do Brasil representam 10% da sua amostra, enquanto da Guiné representam 13,3%. Não existem trabalhadores liberais na junto dos imigrantes guineenses da amostra em estudo, mas existem 3 sujeitos brasileiros (10%). Em ambas as amostras manifesta-se uma ausência de sujeitos proprietários ou com cargos superiores.

Na comunidade brasileira 78,9% dos sujeitos definem a sua religião como Católica com, os restantes afirmam-se como Agnósticos (5,3%), Cristãos (5,3%), Espiritualistas (5,3%) e Protestantes (5,3). Na comunidade guineense a maioria dos sujeitos definem-se como Católicos (63%), os restantes como Animistas (7,4%), Ateus (3,7%), Cristãos (3,3%), Evangélicos (7,4%), Muçulmanos (14,8%) (Tabela 3).

Os imigrantes provenientes do Brasil residem na sua maioria no distrito de Lisboa (76,7%), os restantes habitam com mais incidência no distrito de Setúbal (13,3%), Santarém (3,3%), Viana do Castelo (3,3%) e Porto (3,3%). Enquanto os imigrantes guineenses desta amostra estão dispersos na sua maioria pelo distrito de Lisboa (80%) e pelo distrito de Setúbal (20%) (Tabela 4).

	Brasil	Guine
Agnóstico	5,30%	0,00%
Animista	0,00%	7,40%
Ateu	0,00%	3,70%
Católico	78,90%	63,00%
Cristão	5,30%	3,70%
Espiritualista	5,30%	0,00%
Evangélico	0,00%	7,40%
Muçulmano	0,00%	14,80%
Protestante	5,30%	0,00%

Tabela 3. Religião dos participantes

	Brasil	Guine
Lisboa	76,70%	80,00%
Santarém	3,30%	0,00%
Setúbal	13,30%	20,00%
Viana do Castelo	3,30%	0,00%
Porto	3,30%	0,00%

Tabela 4. Área de residência dos participantes

Por último através do tempo de residência dos imigrantes é possível observar que esta amostra da comunidade brasileira é mais recente em Portugal, devido ao facto de 73,3% dos sujeitos residirem em Portugal há menos de 5 anos e inclusivé. Os restantes 26,7% são sujeitos que vivem em Portugal há mais de 5 anos, contudo há menos de 10 anos. Estes valores diferem analisando a comunidade guineense, esta reside há mais anos em Portugal, com 66,7% dos sujeitos a residir há mais de 5 anos, e com um máximo de 22 anos de residência. Os sujeitos a residir em Portugal há menos de 5 anos compõem 33,30% da amostra (Anexo V. Tabela de análise do tempo de residência em Portugal dos participantes).

3.2 Análise do Questionário 1

Análise da questão “Pensando numa relação sexual, avalie a importância dos seguintes aspectos” (Q1_P4)

Uma forma relevante de analisar esta questão é através de um olhar sobre qual dos aspectos têm mais importância para os sujeitos (somando o muito e o muitíssimo importante), para os brasileiros salienta-se o facto de ter e dar prazer (27 sujeitos) e o facto de ter prazer (27 sujeitos), mas os guineenses salientam o facto de dar prazer ao meu (minha) parceiro(a) (27 sujeitos) e o amor entre os dois (27 sujeitos). O aspecto com menos importância (nada e pouco) para os sujeitos brasileiros é o amor entre os dois (5 sujeitos), enquanto para os guineenses é o prazer de conquista (6 sujeitos) (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P4).

Uma análise mais detalhada sobre o aspecto momentos de intimidade, usando o teste Wilcoxon Mann-Whitney, permite-nos observar a existência de diferenças significativas em $\alpha=0,05$ no tempo de residência dos participantes de nacionalidade guineense ($p=0,001$) e no género masculino em ambas as comunidades ($p=0,031$). Os participantes a residir há menos

de 5 anos em Portugal (10) nomeiam este aspecto como moderadamente e muito importante, com três respostas dadas, e dos 20 sujeitos a residir há mais de cinco anos, 14 destes consideraram um aspecto muitíssimo importante (Anexo VI. Output 1). Os participantes do género masculino do Brasil (11) referem mais frequentemente este aspecto como muitíssimo importante (6), enquanto os participantes do género masculino da Guine (16) definem este aspecto como moderadamente e muito importante (5 sujeitos de cada) (Anexo VI. Output 2).

O factor amor entre os dois apresenta diferenças significativas em $\alpha=0,05$ para os participantes ambas as comunidades de imigrantes ($p=0,019$) (Anexo VI. Output 6). Com base na figura 1 é possível observar que 11 sujeitos brasileiros consideram este factor como muito importante na relação sexual, e 19 dos sujeitos guineenses avaliam este factor como muitíssimo importante.

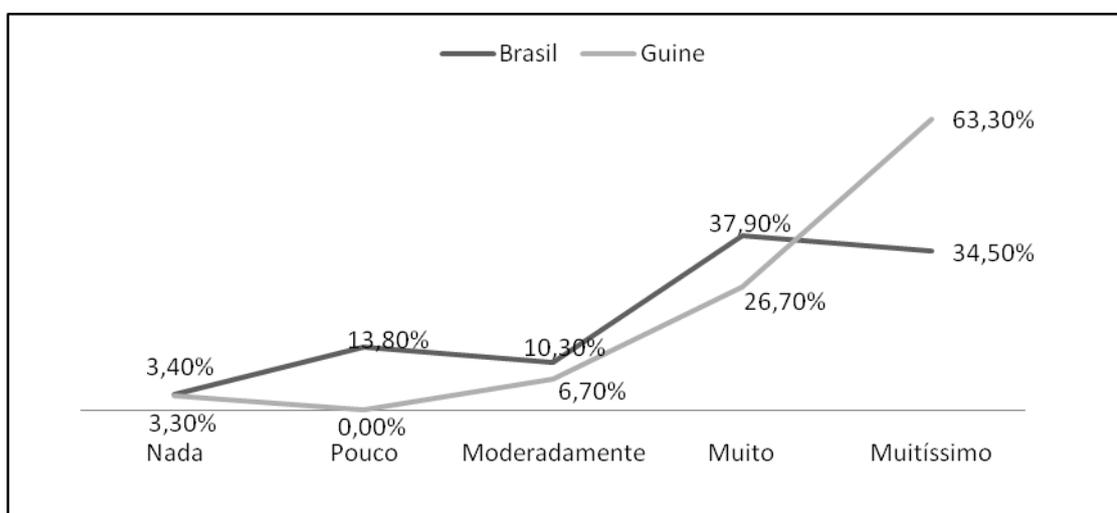


Figura 1. Opiniões de ambas as comunidades de imigrantes no aspecto amor entre os dois na questão Q1_P4.

Entre os participantes de nacionalidade brasileira em relação ao tempo de residência em Portugal existem diferenças significativas para $p=0,031$. Os sujeitos que residem há menos de 5 anos (21) consideram um factor amor entre os dois muitíssimo importante (9 respostas dadas) na relação sexual, mas os sujeitos que residem há mais de 5 anos (8) apreciam este factor como pouco e muito importante (3 respostas dadas em cada) (Anexo VI. Output 3).

Nos participantes do género feminino de ambas as nacionalidades também existem diferenças significativas ($p=0,049$), ou seja, as mulheres brasileiras (18) consideraram o amor entre os dois como um factor muito importante (9 respostas dadas) na relação sexual, porém as mulheres guineenses (14) consideraram um factor muitíssimo importante (11 respostas dadas) (Anexo VI. Output 4). Nos participantes do género masculino de ambas as

nacionalidades verificaram-se igualmente diferenças significativas ($p=0,026$), os homens brasileiros (11) consideram em maior frequência este factor como pouco e moderadamente importante (3 respostas dadas em cada), enquanto os homens guineenses (16) consideram-no como muitíssimo importante (8 respostas dadas) (Anexo VI. Output 5).

Por fim existem também diferenças significativas entre o aspecto ter prazer e dar prazer numa relação sexual apresenta diferenças significativas entre os sujeitos do género masculino de ambas as nacionalidades em $\alpha=0,05$ ($p=0,016$), ou seja, os homens provenientes do Brasil (11) consideram este item como muitíssimo importante (com 9 respostas dadas); os homens provenientes da Guine (16) acham um item muitíssimo importante na relação sexual (6 respostas dadas) (Anexo VI. Output 7).

Análise da questão “Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual?” (Q1_P6)

A análise da idade da primeira relação sexual dos sujeitos brasileiros permite-nos observar que a idade mínima é 12 anos e a idade máxima de 23 anos. A média de idades dos sujeitos é de aproximadamente 16 anos. A idade mínima com que os participantes guineenses tiveram a sua primeira relação sexual foi 12 anos e a idade máxima de 24 anos, obtendo assim uma média de idades de aproximadamente 17anos. (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P6).

Análise da questão “Actualmente é sexualmente activo (a)?” (Q1_P9).

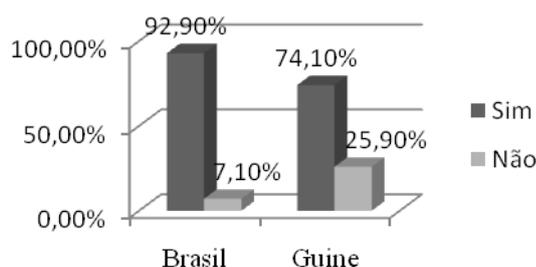


Figura 2. Resultados obtidos na questão Q1_P9

O facto de os sujeitos actualmente serem ou não sexualmente activos, em ambas as comunidades a maioria responde que sim, com 92,90% dos sujeitos brasileiros e 74,10% dos sujeitos guineenses. A percentagem de indivíduos guineenses que actualmente não é sexualmente activa é superior à comunidade brasileira, com 25,9% dos inquiridos, para 7,10% dos sujeitos brasileiros.

Análise da questão “Tem actualmente relações sexuais com mais que um (a) parceiro (a)?” (Q1_P11).

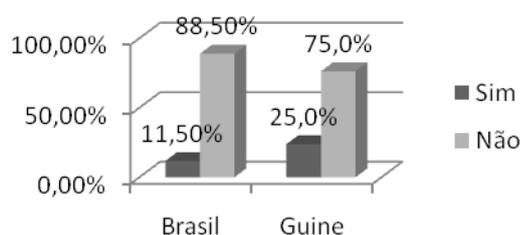


Figura 3. Resultados obtidos na questão Q1_P11

Dos 26 sujeitos brasileiros sexualmente activos apenas 3 têm relações sexuais com mais do que um(a) parceiro(a), caracterizando assim 88,5% dos sujeitos como monógamos. E dos 20 sujeitos guineenses apenas 5 têm relações sexuais com mais do que um(a) parceiro(a), caracterizando os restantes 75% como monógamos.

Análise da questão “Quando pensa em preservativo o que lhe ocorre imediatamente?” (Q1_P12).

		Brasil	Guiné
Protecção DST	n responde	24,10%	24,10%
	Responde	75,90%	75,90%
Não uso	n responde	96,60%	96,60%
	Responde	3,40%	3,40%
Prevenção da Gravidez	n responde	79,30%	72,40%
	Responde	20,70%	27,60%
Não gosto	n responde	86,20%	96,60%
	Responde	13,80%	3,40%
Natural	n responde	89,70%	96,60%
	Responde	10,30%	3,40%
Obrigatório	n responde	69,00%	86,20%
	Responde	31,00%	13,80%
Sexo	n responde	89,70%	82,80%
	Responde	10,30%	17,20%

Tabela 5. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P12

Analisando esta questão rapidamente se observa que o pensamento mais ocorrente associado ao preservativo é a protecção das DST's, pois ambas as comunidades tiveram 22 sujeitos a darem esta resposta (75,90%). De seguida os brasileiros responderam com mais frequência o facto de ser obrigatório (31,00%), enquanto somente 13,80% dos guineenses deram essa

resposta. Os guineenses responderam com mais frequência a prevenção da gravidez com 27,60% das respostas, como 20,70% dos imigrantes brasileiros nomearam esta associação. De seguida a associação sexo e preservativo é feita por 17,20% dos sujeitos guineenses e por 10,30% dos sujeitos brasileiros. Também 13,80% dos imigrantes brasileiros responderam que não gostam do preservativo, porém somente um imigrante guineense deu a mesma resposta. A associação natural-preservativo é feita por três sujeitos brasileiros e por um sujeito guineense. Apenas um sujeito de cada comunidade de imigrantes disse que não usava preservativo.

Análise da questão “Quando tem uma relação sexual com o seu parceiro (a) habitual usa preservativo?”(Q1_P13)

Quando perguntados se usam preservativo na relação sexual com o seu parceiro(a) habitual respondem que usam às vezes, esta resposta é dada por 42,90% dos imigrantes brasileiros e 42,30% imigrantes guineenses. De seguida 35,70% dos imigrantes brasileiros e 34,60% dos imigrantes guineenses respondem que nunca usam preservativo com o seu parceiro (a) habitual. Por fim em ambas as comunidades, 6 sujeitos respondem que usam sempre preservativo numa relação sexual com o seu parceiro (a) habitual.

	Brasil		Guine	
	Q1_P13	Q1_P14	Q1_P13	Q1_P14
Sempre	21,40%	81,50%	23,10%	54,20%
Às vezes	42,90%	7,40%	42,30%	12,50%
Nunca	35,70%	11,10%	34,60%	33,30%

Tabela 6. Resultados de ambas as nacionalidades nas questões Q1_P13 e Q1_P14

Análise da questão “Quando tem uma relação sexual com o seu parceiro (a) ocasional usa preservativo?” (Q1_P14)

Quando perguntados se usam preservativo na relação sexual com o seu parceiro(a) ocasional, na sua maioria respondem que usam sempre preservativo, 22 sujeitos brasileiros (81,50%) e 13 sujeitos guineenses (54,20%), olhando para estes resultados, usando o teste Mann-Whitney, existe uma diferença significativa para $\alpha=0,05$ ($p=0,033$) (Anexo VI. Output 8). Existem também diferenças significativas entre o género feminino em ambas as comunidades $p=0,004$, ou seja, as mulheres imigrantes do Brasil (16) referem em maior frequência que usam sempre o preservativo com o seu parceiro ocasional (14 respostas); a

resposta mais frequente das mulheres guineenses (9) foram nunca usa o preservativo (6 respostas) (Anexo VI. Output 9).

Análise da questão “Quando pensa em doença o que lhe ocorre imediatamente?” (Q1_P19)

		Brasil	Guine
Medo	n responde	89,30%	72,40%
	Responde	10,70%	27,60%
Sufrimento	n responde	78,90%	89,70%
	Responde	21,40%	10,30%
Tratamento médico	n responde	75,00%	100,00%
	Responde	25,00%	0,00%
Tristeza	n responde	60,70%	72,40%
	Responde	39,30%	27,60%
Debilidade física	n responde	78,60%	89,70%
	Responde	21,40%	10,30%
Dependência	n responde	92,90%	93,10%
	Responde	7,10%	6,90%
Morte	n responde	92,90%	82,80%
	Responde	7,10%	17,20%
Mal-estar Psicológico	n responde	60,70%	89,70%
	Responde	39,30%	10,30%
Intervenção Divina	n responde	96,40%	100,00%
	Responde	3,60%	0,00%
DST	n responde	92,90%	89,70%
	Responde	7,10%	10,30%
Inevitável	n responde	78,60%	86,20%
	Responde	21,40%	13,80%
Falta de cuidados	n responde	85,70%	86,20%
	Responde	14,30%	13,80%
Cuidados de saúde	n responde	100,00%	72,40%
	Responde	0,00%	27,60%

Tabela 7. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P19

Para os imigrantes brasileiros quando pensa em doença os pensamentos mais recorrentes são a tristeza (39,30%), mal-estar psicológico (39,30%), tratamento médico (25,00%), sofrimento (21,40%), debilidade física (21,40%) e o facto de ser inevitável (21,40%). Contudo para os imigrantes guineenses a tristeza (27,60%) é um dos pensamentos mais frequentes, os restantes são o medo (27,60%), os cuidados de saúde (27,60%) e a morte (17,20%).

Os pensamentos menos recorrentes quando os brasileiros pensam em doença são a falta de cuidados (14,30%), o medo (10,70%), a dependência (7,10%), a morte (7,10%), as

DST's (7,10%) e a intervenção divina (3,60%). Os imigrantes brasileiros não associam a doença aos cuidados de saúde. Mais uma vez estes pensamentos diferem na comunidade guineense, associam em menor número a saúde ao inevitável (13,80%), à falta de cuidados (13,80%), ao sofrimento (10,30%), à debilidade física (10,30%), ao mal-estar psicológico (10,30%), às DST's (10,30%), à dependência (6,90%) e não associam de todo a saúde ao tratamento médico e à intervenção divina.

Análise da questão “Quando pensa em SIDA o que lhe ocorre imediatamente” (Q1_P20)

		Brasil		Guine	
		n	%	N	%
Morte	n responde	19,0	63,30	21,0	70,00
	Responde	10,0	33,30	9,0	30,00
Medo	n responde	23,0	76,70	25,0	83,30
	Responde	6,0	20,00	5,0	16,70
Doença Incurável	n responde	22,0	73,30	24,0	80,00
	Responde	7,0	23,30	6,0	20,00
Falta de Cuidados	n responde	21,0	70,00	25,0	83,30
	Responde	8,0	26,70	5,0	16,70
Ameaça Global	n responde	28,0	93,30	27,0	90,00
	Responde	1,0	3,30	3,0	10,00
Prevenção	n responde	23,0	76,70	12,0	40,00
	Responde	6,0	20,00	18,0	60,00
Preconceitos	n responde	26,0	86,70	30,0	100,00
	Responde	3,0	10,00	0,0	0,00
Desespero	n responde	26,0	86,70	28,0	93,30
	Responde	3,0	10,00	2,0	6,70
Intervenção divina	n responde	27,0	90,00	29,0	96,70
	Responde	2,0	6,70	1,0	3,30
Solidão	n responde	28,0	93,30	30,0	100,00
	Responde	1,0	3,30	0,0	0,00
Sufrimento	n responde	26,0	86,70	28,0	93,30
	Responde	3,0	10,00	2,0	6,70
Tratamento médico	n responde	26,0	86,70	30,0	100,00
	Responde	3,0	10,00	0,0	0,00
Tristeza	n responde	26,0	86,70	27,0	90,00
	Responde	3,0	10,00	3,0	10,00
Relações ocasionais	n responde	27,0	90,00	28,0	93,30
	Responde	2,0	6,70	2,0	6,70

Tabela 8. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P20

Os pensamentos mais recorrentes associados à SIDA por parte dos imigrantes do Brasil são a morte (34,50%), a falta de cuidados (27,60%), doença incurável (24,10%), o medo (20,70%) e a prevenção (20,70%). Estes pensamentos são os mesmos para os migrantes da Guine, contudo em frequências diferentes, tal como a prevenção (60,00%), a morte (30,00%), o facto de ser uma doença incurável (20,00%), o medo (16,70%) e a falta de cuidados (16,70%).

Os pensamentos menos associados à SIDA são os mesmos em ambas comunidades e com frequências de resposta muito semelhantes, tal como a ameaça global (respondido por um imigrante brasileiro e por 3 guineenses), o desespero e o sofrimento (ambos com 3 respostas dadas por sujeitos brasileiros e por 2 guineenses), a tristeza (3 respostas de cada comunidade de imigrantes), as relações ocasionais (2 respostas de cada comunidade de imigrantes), a intervenção divina (2 respostas dadas por sujeitos brasileiros e por um guineense), os preconceitos e o tratamento médico foram ambos respondidos por 3 sujeitos brasileiros, mas por nenhum guineense e a solidão (respondido simplesmente por um sujeito brasileiro).

Análise da questão “Na sua opinião, a infecção com o vírus da SIDA pode ser devida aos seguintes aspectos” (Q1_P23).

Quando questionado aos sujeitos se os aspectos apresentados podem ser causas para a infecção com o vírus da SIDA, ambas as comunidades têm respostas muito semelhantes. Consideram que o desenvolvimento industrial (18 respostas dadas por ambas as comunidades), um beijo na boca (20 respostas dadas pelos sujeitos brasileiros e 19 pelos sujeitos guineenses), o pouco contacto com a natureza (27 respostas dadas por ambas as comunidades), a poluição (25 respostas dadas pela comunidade brasileira e 27 pela comunidade guineense), as lágrimas (25 respostas dadas pela comunidade brasileira e 27 pela comunidade guineense) como não sendo causas para haver infecção pelo VIH (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P23).

É visível na figura 4 a distribuição do aspecto abraço/contacto corporal, este apresenta diferenças significativas, usando o teste Wilcoxon Mann-Whitney, entre ambas as nacionalidades em $\alpha=0,05$ com $p=0,05$, com 27 respostas dadas por sujeitos brasileiros e sem uma distribuição e 26 por sujeitos guineenses, mas com uma distribuição simétrica positiva de 2,485 e leptocúrtica de 5,016) (Anexo VI. Output 10).

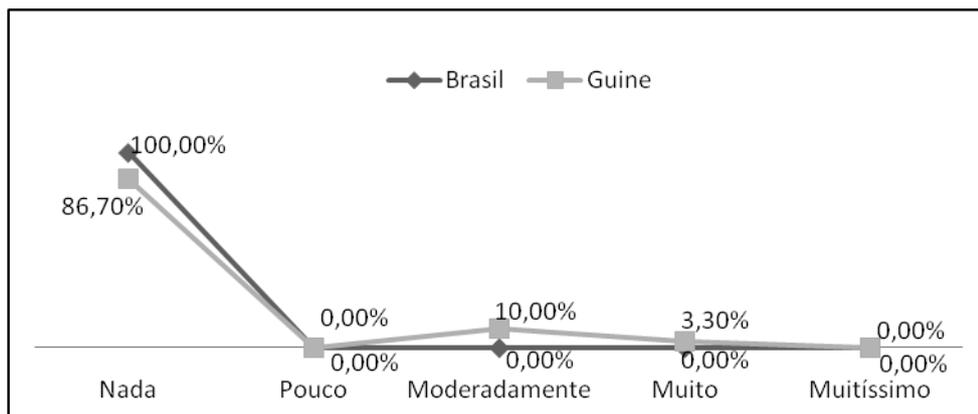


Figura 4. Opiniões de ambas as comunidades de imigrantes no aspecto abraço/contacto corporal na questão Q1_P23.

A infecção com o vírus da SIDA também pode ser devida a transfusões de sangue, com 21 respostas dadas por 21 sujeitos de ambas as comunidades de imigrantes. Este aspecto apresenta diferenças significativas na amostra do Brasil em relação ao tempo de residência em Portugal para $\alpha=0,05$ ($p=0,037$), mas também na amostra da Guiné. Os sujeitos brasileiros a residir em Portugal há menos de 5 anos (22) admitem existir uma relação muitíssimo forte entre este facto e a infecção pelo VIH (13 respostas), tal como os sujeitos que residem há mais de 5 anos (8), com 8 respostas dadas (Anexo VI. Output 11). Existem diferenças significativas para $\alpha=0,05$ ($p=0,047$) entre os sujeitos guineenses a residir há menos de 5 anos em Portugal (10) também consideram a existência de uma relação muitíssimo forte (5 respostas) e uma distribuição assimétrica negativa (-0,556) e platicúrtica (-1,576), e os sujeitos a residir em Portugal há mais de 5 anos (20) que consideram haver uma relação muitíssimo forte este as transfusões de sangue e a infecção pelo VIH (16 respostas), com uma distribuição assimétrica negativa (-2,239) e leptocúrtica (4,657) (Anexo VI. Output 12).

Os restantes aspectos comportam valores menos expressivos que dão a entender a existência de divergência de opiniões, como a promiscuidade, pois apesar de na comunidade brasileira 22 sujeitos a caracterizarem como uma causa forte para a infecção com o vírus da SIDA, apenas 14 imigrantes guineenses partilham da mesma opinião e 33,30% consideram não haver relação deste aspecto com a infecção do vírus da SIDA (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P23).

Outro aspecto é a baixa defesa do organismo que quando analisado apresenta diferenças significativas nos sujeitos de nacionalidade guineense em relação ao tempo de residência em Portugal em $\alpha=0,05$ ($p=0,046$), ou seja, os sujeitos que residem há menos de 5 anos em Portugal (9) assinalam com mais frequência que a baixa defesa do organismo não

está associada à infecção pelo VIH (6 respostas dadas), porém a opinião dos sujeitos guineenses a residir em Portugal há mais de 5 anos (19) varia entre nada e muitíssimo relacionado (5 respostas dadas cada) (Anexo VI. Output 13). Existem também diferenças significativas entre as mulheres de ambas as nacionalidades em $\alpha=0,05$ ($p=0,008$), as mulheres brasileiras (17) acham que este aspecto nada está relacionado com a infecção pelo VIH (10 respostas dadas), as mulheres de nacionalidade guineense (13), em termos de frequência, possuem várias opiniões, moderadamente (3 respostas), muito (3 respostas) e muitíssimo (3 respostas) relacionado à infecção pelo VIH (Anexo VI. Output 3).

As operações cirúrgicas que também despertam alguma disparidade de opiniões e diferenças significativas, nomeadamente entre os sujeitos de nacionalidade Brasileira e o tempo de residência em Portugal em $\alpha=0,05$ ($p=0,008$), os sujeitos brasileiros a residir em Portugal há menos de 5 anos (22) consideram em maior frequência que as operações cirúrgica não estão associadas à infecção pelo VIH (6 respostas dadas), quando os sujeitos brasileiros a residir há mais de 5 anos (8) consideram existir uma associação muitíssimo forte (6) (Anexo VI. Output 15); e em participantes do género feminino de ambas as nacionalidades em $\alpha=0,05$ ($p=0,039$), as mulheres de nacionalidade brasileira (19) avaliam uma ausência de relação entre as operações cirúrgicas e a infecção pelo VIH (5 respostas dadas), enquanto as mulheres guineenses acham que existe uma relação muitíssimo forte (7 respostas) (Anexo VI. Output 16). É importante sublinhar que por não existir um número constante de ausências de resposta, estas provavelmente devem-se ao facto de aparecerem quando os sujeitos não sabem a resposta e/ou preferem não responder.

Análise da questão “Na sua opinião, a SIDA afecta principalmente:” (Q1_P24)

Na opinião dos sujeitos de ambas comunidades de imigrantes consideram que a SIDA afecta principalmente as prostitutas (26 respostas dadas por sujeitos brasileiros e 22 respostas de sujeitos guineenses) (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P24). O grupo as pessoas promíscuas (com 63,3% dos sujeitos brasileiros e 53,3% dos sujeitos guineenses) apresentam diferenças significativas nos sujeitos de nacionalidade brasileira em relação ao tempo de residência em Portugal, usando o teste Wilcoxon Mann-Whitney, para $\alpha=0,05$ ($p=0,031$), ou seja, os sujeitos a residir em Portugal há menos de 5 anos (20) consideram que a SIDA afecta muitíssimo as pessoas promíscuas (14 respostas), enquanto os sujeitos a residir em Portugal há mais de 5 anos (8) consideram em maior frequência (3 respostas dadas) que este grupo é afectado pouco pela SIDA (Anexo VI. Output 17).

Também os toxicodependentes (28 respostas dadas por sujeitos brasileiros e 27 por sujeitos guineenses) são considerados como um grupo afectado pela SIDA (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P24). Tal como os homossexuais que apresentam diferenças significativas nos participantes de ambas as comunidades em $\alpha=0,05$ ($p=0,014$), os sujeitos de nacionalidade brasileira (30) consideram que estes são muitíssimo afectados pela SIDA (63,3%) e apresentam uma distribuição assimétrica negativa (-2,010) e leptocúrtica (3,429), tal como os sujeitos de nacionalidade guineense (26) que acham que os homossexuais são muito (30,80%) e muitíssimo (30,80%) afectados pela SIDA, mas com uma distribuição assimétrica negativa (-0,848) e platicúrtica (-0,066) (Anexo VI. Output 18). Existem também diferenças significativas entre os participantes do género masculino de ambas as nacionalidades em $\alpha=0,05$ ($p=0,000$), em que todos homens brasileiros (11) acham que os homossexuais são muitíssimo afectados pela SIDA, enquanto os homens guineenses (13) assinalam em maior frequência o grau “muito” (6 respostas) (Anexo VI. Output 19).

Os restantes grupos de pessoas dão origem a uma divergência de opiniões, como os ricos e famosos, 13 sujeitos brasileiros e 8 guineenses consideram que são afectados pouco ou nada pela SIDA e 8 sujeitos brasileiros e 10 guineenses consideram que estes são muito e muitíssimo afectados pela SIDA. Os ciganos são escolhidos por 12 sujeitos brasileiros e por uma maioria guineense (17 indivíduos) pouco ou nada afectados pela SIDA, e 12 sujeitos brasileiros e 8 guineenses consideram que estes são muito e muitíssimo afectados pela SIDA (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P24).

Toda a população em geral apresenta opiniões distintas na comunidade brasileira, em que 9 sujeitos brasileiros e 3 guineenses consideram que são afectados pouco ou nada pela SIDA, e 15 sujeitos brasileiros e uma maioria de 21 guineenses consideram que estes são muito e muitíssimo afectados pela SIDA (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P24). Esta apresenta diferenças significativas nos participantes de nacionalidade guineense em relação ao tempo de residência em Portugal em $\alpha=0,05$ ($p=0,035$), os sujeitos que vivem em Portugal há menos de 5 anos (10) consideram que a população geral é muito e muitíssimo afectada pela SIDA (3 respostas dadas em cada) e têm uma distribuição assimétrica negativa (-0,848) e platicúrtica (-0,401), os sujeitos a residir há mais de 5 anos (18), consideram em maior frequência esta ser muitíssimo afectada (13 respostas), com uma distribuição assimétrica negativa (-1,764) e leptocúrtica (2,163) (Anexo VI. Output 20).

Os jovens são considerados por 5 sujeitos brasileiros e 2 guineenses como pouco ou nada afectados pela SIDA e uma ligeira maioria de sujeitos brasileiros (16) e de guineenses (17) consideram que estes são muito e muitíssimo afectados pela SIDA. Os negros são caracterizados por 12 sujeitos brasileiros e 9 guineenses como pouco ou nada afectados pela SIDA, e 12 guineenses consideram que estes são muito e muitíssimo afectados pela SIDA (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P24). É pertinente sublinhar que por não existir um número constante de ausências de resposta, estas se devam ao facto de provavelmente aparecerem quando os sujeitos não sabem a resposta e preferem não responder.

Análise da questão “Na sua opinião qual/quais dos seguintes líquidos orgânicos são veículos transmissores do vírus da SIDA?” (Q1_P25)

		Brasil	Guine
Saliva	Não	85,70%	85,70%
	Sim	14,30%	14,30%
Esperma	Não	23,30%	0,00%
	Sim	76,70%	100,00%
Urina	Não	81,50%	88,90%
	Sim	18,50%	11,10%
Leite Materno	Não	25,00%	53,60%
	Sim	75,00%	46,40%
Suor	Não	96,40%	100,00%
	Sim	3,60%	0,00%
Secreções Vaginais	Não	17,20%	25,90%
	Sim	82,80%	74,10%
Sangue	Não	0,00%	0,00%
	Sim	100,00%	100,00%
Lágrimas	Não	96,60%	100,00%
	Sim	3,40%	0,00%

Tabela 9. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P25

Na opinião dos sujeitos de ambas comunidades os líquidos orgânicos considerados como veículos transmissores do vírus da SIDA são o esperma (76,70% dos sujeitos do Brasil e 100% da Guiné), as secreções vaginais (82,80% dos sujeitos do Brasil e 74,10% da Guiné) e o sangue (100% dos sujeitos do Brasil e 100% da Guiné).

Uma avaliação mais pormenorizada a esta questão permitiu observar diferenças significativas no género masculino em ambas as comunidades, usando o teste Fisher, com $p=0,006$ ($\alpha=0,05$) em relação ao esperma como líquido orgânico transmissor ou não do vírus da SIDA. Cinco sujeitos brasileiros consideram que o esperma não é veículo transmissor do

vírus da SIDA, enquanto seis brasileiros e dezasseis guineenses acham que sim (Anexo VI. Output 21). Acerca do mesmo item também é possível encontrar diferenças significativas entre as duas comunidades de imigrantes com $p=0,011$ ($\alpha=0,05$), em que sete imigrantes brasileiros responderam que o esperma não é veículo transmissor da SIDA, já vinte e três imigrantes brasileiros e os trinta guineenses acham que o esperma é veículo transmissor (Anexo VI. Output 22).

Os líquidos orgânicos que não são considerados pelos sujeitos de ambas as comunidades como veículos transmissores do vírus da SIDA são a saliva (85,70% dos sujeitos do Brasil e da Guiné), a urina (81,50% dos sujeitos do Brasil e 88,90% da Guiné), as lágrimas (96,6% dos sujeitos do Brasil e 100% da Guiné) e o suor (96,4% dos sujeitos do Brasil e 100% da Guiné). O líquido orgânico leite materno apresenta uma dispersão e relações significativas entre dúvida entre as duas comunidades de imigrantes com $p=0,054$ ($\alpha=0,05$), ou seja, 75,00% dos sujeitos brasileiros consideram que o leite materno é veículo transmissor do vírus da SIDA, tal como 46,40% dos sujeitos guineenses, mas 53,60% dos sujeitos guineenses e 25,00% dos participantes brasileiros consideram este líquido orgânico como não transmissor do vírus da SIDA (Anexo VI. Output 23). O facto de não existir um número constante de ausências de resposta, estas possivelmente devem-se ao facto de ocorrerem quando os sujeitos não sabem a resposta e/ou preferem não responder.

Análise da questão “A SIDA pode transmitir-se pelo contacto com indivíduos infectados, através de:” (Q1_P26)

Os sujeitos de ambas comunidades, Brasil e Guiné, partilham a opinião que se pode transmitir a SIDA pelo contacto com indivíduos infectados através de transfusões de sangue (100% dos sujeitos do Brasil e 100% da Guiné), de partilha de agulhas e seringas (96,70% dos sujeitos do Brasil e 96,70% da Guiné), por via placentária (durante a gravidez) (92,90% dos sujeitos do Brasil e 86,20% da Guiné), por secreções genitais (80,00% dos sujeitos do Brasil e 85,20% da Guiné), na utilização de objectos cortantes (93,3% dos sujeitos do Brasil e 86,7% da Guiné) e em relações sexuais sem preservativo (93,3% dos sujeitos do Brasil e 96,7% da Guiné) (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P26).

Os sujeitos de ambas comunidades, Brasil e Guiné, partilham a opinião de que não se pode transmitir a SIDA pelo contacto com indivíduos infectados através dos espirros (100% dos sujeitos do Brasil e 93,30% da Guiné), da tosse (100% dos sujeitos do Brasil e 96,60% da Guiné), pela partilha de alimentos (100% dos sujeitos do Brasil e 89,70% da Guiné), de beijos

(93,10% dos sujeitos do Brasil e 89,70% da Guiné), de abraços (100% dos sujeitos do Brasil e 100% da Guiné), da partilha de roupa interior (82,80% dos sujeitos do Brasil e 79,30% da Guiné), das instalações sanitárias (86,20% dos sujeitos do Brasil e 80% da Guiné) e da partilha de pratos, talheres e copos (96,60% dos sujeitos do Brasil e 93,30% da Guiné) (Anexo V. Tabela de análise da questão Q1_P26).

A partilha de escovas de dentes apresenta uma dispersão dúbia entre as duas comunidades de imigrantes e obteve diferenças significativas no género feminino em ambas as comunidades de imigrantes, Brasil e Guine, usando o Teste Fisher, com $p=0,010$ ($\alpha=0,05$). Quinze mulheres do Brasil e seis da Guine consideram que não se pode transmitir a SIDA pelo contacto com indivíduos infectados através da escova de dentes, e uma brasileira e sete guineenses acham que é possível a transmissão pela escova de dentes (Anexo VI. Output 24).

Este item também obteve diferenças significativas em relação ao género masculino em ambas as comunidades de imigrantes, Brasil e Guine, com $p=0,008$ ($\alpha=0,05$), dez sujeitos brasileiros e seis guineenses consideram que a partilha da escova de dentes não transmite a SIDA, enquanto um sujeito brasileiro e dez guineenses acham que a SIDA pode transmitir-se pela partilha da escova de dentes (Anexo VI. Output 25). Por último, teve diferenças significativas entre as duas comunidades de imigrantes com $p=0,000$ ($\alpha=0,05$), em que se observa que 92,60% dos sujeitos brasileiros e 41,40% dos guineenses acham que a partilha de escova de dentes não transmite a SIDA, todavia 7,40% dos participantes brasileiros e 58,60% dos guineenses acham que sim (Anexo VI. Output 26). É importante sublinhar que por não existir um número constante de ausências de resposta, estas devem-se provavelmente ao facto de os sujeitos não saberem a resposta ou por preferirem não responder.

Análise da questão Q1_P27. “Assinale a(s) resposta(s) que pensa ser(em) correcta(s) em relação à afirmação: Um indivíduo infectado pelo vírus da SIDA” (Q1_P27).

		Brasil	Guine
Pode não ter sintomas	n responde	10,00%	40,00%
	Responde	90,00%	60,00%
É um seropositivo	n responde	16,70%	13,30%
	Responde	83,30%	86,70%
Só transmite a SIDA se tiver sintomas da doença	n responde	90,00%	80,00%
	Responde	10,00%	20,00%
Mesmo sem apresentar sintomas da doença pode transmiti-la	n responde	3,30%	20,00%
	Responde	96,70%	80,00%

Tabela 10. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P27

Os sujeitos de ambas as comunidades de imigrantes consideram as afirmações “pode não ter sintomas” (90% dos sujeitos brasileiros e 60% dos sujeitos guineenses), “é um seropositivo” (83,30% dos sujeitos brasileiros e 86,70% dos sujeitos guineenses) e “mesmo sem apresentar sintomas da doença pode transmiti-la” (96,70% dos sujeitos brasileiros e 80% dos sujeitos guineenses) como correctas. Apenas a afirmação “só transmite a SIDA se tiver sintomas da doença” é considerada pela maioria dos sujeitos de ambas comunidades como incorrecta (90% dos sujeitos brasileiros e 80% dos sujeitos guineenses consideraram esta afirmação correcta).

Análise de Q1_P32. (Como é que adquiriu a informação que tem sobre a SIDA?)

Os meios de comunicação são a forma de como os sujeitos brasileiros adquiriram mais informação sobre a SIDA, com 82,80% das respostas dadas, enquanto 44,80% dos sujeitos guineenses referiram este meio. Os sujeitos guineenses referem que adquirem a sua informação sobre a SIDA através de sessões de esclarecimento com 51,70% das respostas dadas, enquanto 27,60% dos sujeitos brasileiros referem o mesmo. De seguida a escola apresenta-se como outro veículo de informação, nomeada por 51,70% dos imigrantes brasileiros e 31% dos guineenses. Cinco respostas de brasileiros (17,20%) foram atribuídas à família, tal como uma resposta de um guineense. Os amigos são referidos por 3 sujeitos brasileiros (10,30%) e 4 guineenses (13,80%), tal como a divulgação pelos médicos que foi referida por 3 sujeitos guineenses (10,30%) e por 2 brasileiros (6,90%). Apenas dois sujeitos brasileiros (6,90%) adquiriram nas pessoas infectadas a informação que têm sobre a SIDA (Anexo V. Tabela de análise da questão de Q1_P32).

Análise da questão “Quando se ama verdadeiramente alguém, o risco de ser infectado pelo vírus da SIDA não está presente” (Q1_P35)

	Brasil	Guine
Discordo	70,00%	88,90%
Concordo	30,00%	11,10%

Tabela 11. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q1_P35

Desta amostra, 70% dos sujeitos brasileiros rejeitam esta afirmação, tal como 88,90% dos sujeitos guineenses. Outro dado pertinente a retirar desta questão é o facto de dentro da comunidade brasileira existem diferenças significativas entres os sujeitos que residem em Portugal há menos de 5 anos e os sujeitos há mais de 5 anos, usando o Teste de Fisher, em

$p=0,032$ ($\alpha=0,05$). Observa-se 18 sujeitos brasileiros a residir há menos de 5 anos em Portugal e 3 sujeitos a residir em Portugal há mais de 5 anos discordam com a afirmação, enquanto 4 sujeitos brasileiros a residir em Portugal há menos de 5 anos e 5 sujeitos há mais de 5 anos concordam com a afirmação (Anexo VI. Output 27).

3.3 Análise do Questionário 2

Análise das questões Q2_P1, Q2_P2, Q2_P3, Q2_P4, Q2_P5, Q2_P10.

		Discordo totalmente	Discordo muito	Concordo	Concordo muito	Concordo totalmente
Brasil	Q2_P1	90,00%	6,70%	0,00%	0,00%	3,30%
	Q2_P2	90,00%	6,70%	0,00%	0,00%	3,30%
	Q2_P3	82,10%	7,10%	0,00%	7,10%	3,60%
	Q2_P4	86,70%	10,00%	0,00%	0,00%	3,30%
	Q2_P5	90,00%	10,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Q2_P10	86,70%	6,70%	3,30%	0,00%	3,30%
Guine	Q2_P1	83,30%	10,00%	3,30%	3,30%	0,00%
	Q2_P2	86,20%	3,40%	6,90%	0,00%	3,40%
	Q2_P3	75,00%	7,10%	3,60%	0,00%	14,30%
	Q2_P4	93,10%	6,90%	0,00%	0,00%	0,00%
	Q2_P5	90,00%	6,70%	3,30%	0,00%	0,00%
	Q2_P10	85,20%	11,10%	0,00%	0,00%	3,70%

Tabela 12. Resultados de ambas as nacionalidades nas questões Q2_P1, Q2_P2, Q2_P3, Q2_P4, Q2_P5 e Q2_P10

Este conjunto de questões apresenta situações hipotéticas sobre relações sexuais casuais heterossexuais, homossexuais, com uma prostituta e uma outra situação envolvendo o próprio sujeito, de modo a perceber o que os sujeitos pensam sobre a dispensa do preservativo, e também uma situação sobre a partilha de uma seringa por dois toxicómanos. Observando os imigrantes do Brasil mais de 80% dos sujeitos discordam totalmente da dispensa do preservativo e a partilha de seringas. O mesmo se observa junto dos imigrantes da Guine, contudo a percentagem de maior concordância de dispensa do preservativo foi numa relação homossexual entre duas mulheres, com 4 respostas dadas.

Análise das questões Q2_P7 e Q2_P9

A tabela 13 permite-nos ter uma ideia das opiniões dos participantes sobre quais os comportamentos adequados e inadequados dos familiares de um sujeito seropositivo (Q2_P7) e de um sujeito com SIDA (Q2_P9) quando estes partilham o mesmo espaço habitacional.

Uma análise específica a estes resultados permite-nos observar que três comportamentos com diferenças significativas em ambas as situações, “desinfectar os talheres

ou loiça que o sujeito utiliza”, “desinfectar os objectos que o sujeito utiliza” e “dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes”. O comportamento “desinfectar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza” associado à presença do sujeito seropositivo possui diferenças significativas no género masculino em ambas as comunidades de imigrantes, usando o Teste Fisher, com $p=0,004$ ($\alpha=0,05$), em que 10 sujeitos brasileiros e 4 guineenses consideram que não é um comportamento adequado, todavia um brasileiro e 10 guineenses acham um comportamento adequado (Anexo VI. Output 28).

Esta situação associada à presença de um sujeito com SIDA também existem diferenças dentro do género masculino em ambas as comunidades de imigrantes com $p=0,002$ ($\alpha=0,05$), em que 10 sujeitos brasileiros e 2 guineenses consideram que não é um comportamento adequado, contudo um brasileiro e 9 guineenses acham que é um comportamento adequado (Anexo VI. Output 35). Também foi possível verificar diferenças significativas entre as comunidades de imigrantes, Brasil e Guiné, com $p=0,017$ ($\alpha=0,05$), em que se observa 83,30% dos sujeitos brasileiros e 50% dos guineenses a classificarem este comportamento como inadequado e 16,50% dos brasileiros e 50% guineenses como adequado (Anexo VI. Output 36).

O comportamento “desinfectar os objectos que o sujeito utiliza” na situação com um seropositivo apresenta diferenças significativas no género masculino em ambas as comunidades de imigrantes com $p=0,019$ ($\alpha=0,05$), 9 sujeitos brasileiros e 4 guineenses consideram que não é um comportamento adequado, contudo 2 brasileiros e 9 guineenses acham que é um comportamento adequado (Anexo VI. Output 29). Existem também diferenças em relação às duas comunidades de imigrantes com $p=0,025$ ($\alpha=0,05$), em que 80% dos sujeitos brasileiros e 50% dos guineenses consideram o comportamento como não adequado e 20% dos brasileiros e 50% dos guineenses como adequado (Anexo VI. Output 30). Na situação com o sujeito com SIDA este comportamento possui diferenças significativas entre as duas comunidades de imigrantes para $p=0,043$ ($\alpha=0,05$), pois 83,30% dos brasileiros e 57,70% dos guineenses classificaram este comportamento como inadequado, contudo 16,70% dos brasileiros e 42,30% dos guineenses classificaram-no como adequado (Anexo VI. Output 38).

Por último o comportamento “dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes” na situação com um sujeito seropositivo apresenta diferenças significativas visíveis entre as duas comunidades de imigrantes com $p=0,033$ ($\alpha=0,05$), em que 36,70% dos sujeitos brasileiros e 11,1% dos guineenses classificaram este comportamento como inadequado e 63,30% dos brasileiros e 88,90% dos guineenses como adequado (Anexo VI. Output 33). Na situação com

o sujeito com SIDA existem diferenças significativas no género feminino em ambas as comunidades com $p=0,050$ ($\alpha=0,05$), observa-se assim 8 mulheres brasileiras e uma guineense que consideram este comportamento como não adequado, enquanto 11 brasileiras e 12 guineenses consideram este comportamento adequado (Anexo VI. Output 39). Existem também diferenças significativas a nível das comunidades de imigrantes com $p=0,029$ ($\alpha=0,05$), 26,70% dos sujeitos brasileiros e um guineense consideram um comportamento inadequado, enquanto 73,30% dos brasileiros e 96,20% dos guineenses classificam-no como adequado (Anexo VI. Output 40).

Também existem diferenças significativas na situação com um sujeito seropositivo em “utilizar protecção quando se trata de uma ferida do sujeito” entre ambas as comunidades de imigrantes com $p=0,035$ ($\alpha=0,05$), verifica-se que dois sujeitos brasileiros e oito guineenses a considerarem este comportamento como inadequado, e 93,30% dos brasileiros e 70,40% dos guineenses como adequados (Anexo VI. Output 31). Mas também junto do comportamento “permitir que o sujeito tenha contacto social com outras pessoas” no género feminino em ambas as comunidades de imigrantes com $p=0,059$ ($\alpha=0,05$ ou $\alpha=0,1$), 6 mulheres brasileiras consideram que não é um comportamento adequado, mas 13 brasileiras e 13 guineenses consideram-no adequado (Anexo VI. Output 32).

Na situação com um sujeito com SIDA também existem diferenças significativas, nomeadamente em “evitar falar sobre a SIDA quando o sujeito está presente” na comunidade brasileira em relação ao tempo de residência dos imigrantes em Portugal com $p=0,049$ ($\alpha=0,05$), ou seja, 15 sujeitos brasileiros a residir em Portugal há menos de 5 anos e 2 sujeitos há mais de 5 anos consideraram o comportamento como não adequado, embora 7 sujeitos a residir em Portugal há menos de 5 anos e 6 há mais de 5 anos consideraram este comportamento como adequado (Anexo VI. Output 34). E diferenças no comportamento “desinfectar a casa de banho depois de o sujeito a utilizar” na comunidade guineense em relação ao tempo de residência em Portugal com $p=0,045$ ($\alpha=0,05$), observa-se assim três sujeitos a residir em Portugal há menos de 5 anos e 14 há mais de 5 anos que consideram este comportamento como não adequado, enquanto quatro sujeitos a residir há menos de 5 anos e 2 há mais de 5 anos a considerarem este comportamento adequado (Anexo VI. Output 37).

Brasil		Guine	
Q2_P7	Q2_P9	Q2_P7	Q2_P9

Desinfectar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza	n adequado	83,30%	83,30%	59,30%	50,00%
	adequado	16,70%	16,70%	40,70%	50,00%
Tocar no sujeito	n adequado	26,70%	10,00%	18,50%	11,50%
	adequado	73,30%	90,00%	81,50%	88,50%
Beijar o sujeito na cara	n adequado	20,00%	6,70%	18,50%	11,50%
	adequado	80,00%	93,30%	81,50%	88,50%
Utilizar a mesma máquina ou lâmina de barbear	n adequado	80,00%	90,00%	92,30%	96,20%
	adequado	20,00%	10,00%	7,70%	3,80%
Utilizar as mesmas toalhas	n adequado	60,00%	53,30%	44,40%	57,70%
	adequado	40,00%	46,70%	55,60%	42,30%
Desinfectar a casa de banho depois de o sujeito a utilizar	n adequado	76,70%	76,70%	69,60%	73,90%
	adequado	23,30%	23,30%	30,40%	26,10%
Desinfectar os objectos que o sujeito utiliza	n adequado	80,00%	83,30%	50,00%	57,70%
	adequado	20,00%	16,70%	50,00%	42,30%
Evitar falar sobre SIDA quando o sujeito está presente	n adequado	56,70%	56,70%	48,10%	61,50%
	adequado	43,30%	43,30%	51,90%	38,50%
Separar, na lavagem, a roupa que o sujeito utiliza	n adequado	82,80%	83,30%	74,10%	65,40%
	adequado	17,20%	16,70%	25,90%	34,60%
Utilizar a mesma escova de dentes do sujeito	n adequado	83,30%	86,70%	85,20%	84,60%
	adequado	16,70%	13,30%	14,80%	15,40%
Utilizar protecção quando se trata de uma ferida do sujeito	n adequado	6,70%	20,00%	29,60%	19,20%
	adequado	93,30%	80,00%	70,40%	80,80%
Permitir que o sujeito esteja sozinho durante muito tempo	n adequado	90,00%	90,00%	81,50%	84,60%
	adequado	10,00%	10,00%	18,50%	15,40%
Permitir que o sujeito tenha contacto social com outras pessoas	n adequado	20,00%	20,00%	3,70%	3,80%
	adequado	80,00%	80,00%	96,30%	96,20%
Dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes	n adequado	36,70%	26,70%	11,10%	3,80%
	adequado	63,30%	73,30%	88,90%	96,20%
Criticá-lo pela sua situação actual	n adequado	100,00%	100,00%	88,90%	96,20%
	adequado	0,00%	0,00%	11,10%	3,80%

Tabela 13. Resultados de ambas as nacionalidades nas questões Q2_P7 e Q2_P9

3.4 Análise do Questionário 3

Análise da questão “Penso que ver um filme ou um livro com conteúdo erótico/sexual poderia ser uma experiência interessante” (Q3_P1)

O facto de ver um filme ou um livro com conteúdo erótico/sexual apresenta diferenças significativas entre os sujeitos de ambas as nacionalidades, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,011$ ($\alpha=0,05$), os participantes do Brasil (30) responderam em maior frequência que concordavam (11 respostas) e concordavam totalmente (11 respostas) esta ser uma experiência interessante; os participantes da Guine (30) assinalaram em maior frequência

que seria indiferente (17) viver essa experiência (Anexo VI. Output 41). Existem também diferenças significativas nos participantes do género masculino de ambas as nacionalidades em $p=0,001$ ($\alpha=0,05$), ou seja, dos 11 homens brasileiros, 8 concordaram totalmente que seria uma experiência interessante; enquanto 8 dos 16 participantes guineenses consideram ser uma experiência indiferente (Anexo VI. Output 42).

Análise da questão “Seria humilhante para mim se as pessoas pensassem que estou interessado (a) pelo sexo oral” (Q3_P2)

A análise desta questão permitiu encontrar diferenças significativas entre as respostas dos participantes de ambas as comunidades, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,033$ ($\alpha=0,05$), os sujeitos brasileiros (29) responderam em maior número que seria indiferente (34,50%) para eles as pessoas pensarem que estão interessados em sexo oral (distribuição assimétrica positiva, 0,643, e leptocúrtica, 0,157), tal como 48,30% dos sujeitos guineenses (distribuição assimétrica negativa, -0,067, e platicúrtica, -0,742) (Anexo VI. Output 43). Existem também diferenças significativas nos participantes de nacionalidade brasileira, em relação ao tempo de residência em Portugal em $p=0,009$ ($\alpha=0,05$), ou seja, dos 22 sujeitos a residir em Portugal há menos de 5 anos, 8 defendem que não seria de todo humilhante (discordo totalmente) as pessoas pensarem que ele está interessado pelo sexo oral; dos sete a residir em Portugal há mais de 5 anos, os sujeitos responderam em maior frequência (4 respostas) que seria indiferente (Anexo VI. Output 44).

Análise da questão “Considero excitante pensar em ter uma relação sexual com coito (penetração)”(Q3_P4)

Existem diferenças significativas entre ambas as amostras, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, $p=0,001$ ($\alpha=0,05$), para a maioria dos sujeitos brasileiros (53,60%) consideram excitante pensar em ter uma relação sexual com coito, enquanto os sujeitos guineense respondem em maior frequência (36,70%) que discordam totalmente com esse facto (Anexo VI. Output 45). Também se verificam diferenças nos sujeitos do género masculino de ambas as nacionalidades $p=0,007$ ($\alpha=0,05$), em que dos 10 homens brasileiros, 7 concordaram totalmente ser algo excitante enquanto dos 16 homens guineenses, 9 discordaram totalmente (Anexo VI. Output 46).

Análise da questão “Não considero humilhante a ideia de me sentir atraído (a) fisicamente por pessoas do meu sexo” (Q3_P5)

Para a maioria dos sujeitos guineenses (65,5%) consideram ser humilhante para eles a ideia de se sentirem atraídos por pessoas do mesmo sexo, enquanto muitos dos sujeitos brasileiros consideram esta experiência indiferente (46,70%), permitindo assim observar a existência de diferenças significativas nas duas amostras, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, com $p=0,01$ ($\alpha=0,05$) (Anexo VI. Output 47). Também é possível verificar diferenças significativas nos participantes do gênero masculino de ambas as nacionalidades $p=0,029$ ($\alpha=0,05$), em que dos 11 homens brasileiros, 5 discordaram totalmente, considerando-o como humilhante (distribuição assimétrica positiva, 0,574, e platicúrtica, -0,967) enquanto dos 15 homens guineenses, 12 também discordaram totalmente, considerando ser humilhante sentirem-se atraídos fisicamente por pessoas do mesmo sexo (distribuição assimétrica positiva, 2,273, e leptocúrtica, 4,785) (Anexo VI. Output 48).

Análise da questão “Quase todo o material erótico faz-me sentir repugnância” (Q3_P6)

Para a maioria dos sujeitos brasileiros (56,70%) o material erótico não lhes faz sentir repugnância, tal como 30% dos sujeitos guineenses. Os restantes 20% dos sujeitos guineenses consideram-no indiferente, e os outros 20% dos guineenses e um sujeito brasileiro consideram repugnante quase todo o material erótico, estes dados possuem diferenças significativas, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,003$ ($\alpha=0,05$) (Anexo VI. Output 49). Também é possível verificar diferenças significativas junto dos imigrantes do gênero feminino de ambas as nacionalidades, 10 participantes de nacionalidade brasileira discordam totalmente da afirmação apresentada, enquanto 8 de nacionalidade guineense apreciam o material erótico com indiferença, em $p=0,001$ ($\alpha=0,05$) (Anexo VI. Output 50).

Análise da questão “Sinto repugnância ao pensar que posso ver um filme onde apareça uma pessoa do meu sexo a masturbar-se” (Q3_P8)

Foi possível obter diferenças significativas ente os sujeitos de ambas as nacionalidades, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,000$ ($\alpha=0,05$), enquanto a maioria dos sujeitos brasileiros (53,30%) não sentem repugnância ao pensar que podem ver um filme onde apareça uma pessoa do mesmo sexo a masturbar-se, a maioria dos sujeitos guineenses considera esta experiência indiferente (65,50%) (Anexo VI. Output 51). Também se verificaram diferenças significativas entre ambas as nacionalidades no gênero feminino em $p=0,001$ ($\alpha=0,05$), 11 participantes do brasil discordam totalmente com a afirmação apresentada, e 9 de nacionalidade guineense como indiferente (Anexo VI. Output 52).

Análise da questão “É para mim muito excitante imaginar práticas sexuais pouco comuns” (Q3_P9)

A nacionalidade brasileira quando associada ao tempo de residência dos sujeitos em Portugal verificaram-se diferenças significativas, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,043$ ($\alpha=0,05$), dos 22 sujeitos a residir em Portugal há menos de 5 anos, 11 consideram indiferente o facto de imaginar práticas sexuais pouco comuns; nos sujeitos a residir há mais 5 anos responderam em maior frequência que discordavam totalmente com a afirmação e que seria indiferente para eles (3 respostas dadas em cada) (Anexo VI. Output 53). Também se observam diferenças significativas junto dos participantes do género feminino de ambas as nacionalidades em $p=0,05$ ($\alpha=0,05$), 8 das mulheres de nacionalidade brasileira (18) consideram ser um comportamento indiferente para elas (distribuição assimétrica negativa, -0,544, e leptocúrtica, 0,260); tal como 5 das mulheres de nacionalidade guineense (13) (distribuição assimétrica positiva, 0,595, e platicúrtica, -0,100) (Anexo VI. Output 54).

Análise da questão “Provavelmente seria uma experiência excitante acariciar os meus genitais” (Q3_P10)

Uma análise mais detalhada permitiu encontrar diferenças significativas entre os participantes de ambas as nacionalidades, Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,000$ ($\alpha=0,05$), pois para a maioria dos sujeitos brasileiros (75%) provavelmente seria uma experiência excitante acariciar os seus, enquanto 40% os sujeitos guineenses consideram esta experiência como não excitante (Anexo VI. Output 55). Também foram encontradas diferenças significativas junto dos sujeitos do género feminino de ambas as nacionalidades em $p=0,000$ ($\alpha=0,05$), 11 participantes do Brasil concordam totalmente, enquanto 6 participantes da Guiné nomeiam ser indiferente. Como também nos participantes do género masculino de ambas as nacionalidades $p=0,000$ ($\alpha=0,05$), 100% dos homens brasileiros (10) concordaram totalmente com a afirmação, contudo 50% dos homens guineenses (16) discordaram totalmente com a afirmação (Anexo VI. Output 57).

Análise da questão “Parece-me correcto que se possa abortar” (Q3_P12)

Foram encontradas diferenças significativas nos participantes do género feminino de ambas as nacionalidades, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,047$ ($\alpha=0,05$),

47,40% das mulheres de nacionalidade brasileira acham totalmente incorrecto abortar, enquanto as opiniões estão mais divididas junto das mulheres de nacionalidade guineense, pois 23,10% consideram indiferente, 23,10% concordam e 23,10% concordam totalmente (Anexo VI. Output 58).

Análise da questão “Vai contra os meus princípios a utilização de métodos anticoncepcionais artificiais” (Q3_P13)

Foram observadas diferenças significativas nos participantes de género masculino de ambas as nacionalidades, usando o Teste Wilcoxon Mann-Whitney, em $p=0,044$ ($\alpha=0,05$), 81,80% dos homens brasileiros consideram que é totalmente a favor da utilização de métodos anticoncepcionais artificiais, e 43,80% dos homens guineenses consideram ser indiferente (Anexo VI. Output 59). Entre ambas as nacionalidades também foram encontradas diferenças significativas em $p=0,001$ ($\alpha=0,05$), pois para a maioria dos sujeitos brasileiros (79,30%) discordam totalmente da afirmação (distribuição assimétrica positiva, 2,122, e leptocúrtica, 3,209), tal como 44,80% dos sujeitos guineenses (distribuição assimétrica positiva, 0,637, e platicúrtica, -0,815) (Anexo VI. Output 60).

Análise da questão “Para ter relações sexuais com uma pessoa que nível de afecto necessita sentir por ela” (Q3_P20)

Em ambas as comunidades de imigrantes existem diferenças significativas, usando o Teste Mann-Whitney, em $p=0,014$ ($\alpha=0,05$) e estão de acordo que para terem relações sexuais com uma pessoa necessitam de sentir bastante/muito afecto por essa pessoa, respondido por 37,90% dos sujeitos brasileiros e 63,30% dos sujeitos guineenses (Anexo VI. Output 61). Junto dos participantes do género masculino de ambas as nacionalidades também se verificaram diferenças significativas em $p=0,035$ ($\alpha=0,05$), 36,40% dos sujeitos brasileiros acham que é necessário bastante afecto e 56,30% consideram que é necessário muito (Anexo VI. Output 62).

Análise da questão “Quando ocorre penetração com preservativo, ao tirar o pénis tem que segurar o preservativo pela extremidade?” (Q3_P44)

Através de uma análise mais precisa é possível verificar que existem diferenças significativas entre as duas comunidades de imigrantes, usando o Teste Fisher, $p=0,032$

($\alpha=0,05$), a maioria dos sujeitos guineenses (17) considera que quando ocorre penetração com preservativo, ao tirar o pênis tem que se segurar o preservativo pela extremidade, enquanto apenas 8 sujeitos brasileiros concordam com esta afirmação. Os restantes sujeitos (9 sujeitos brasileiros e 3 guineenses) acham que não é necessário fazê-lo (Anexo VI. Output 63). Existem também diferenças significativas dentro do género masculino, entre ambas as comunidades de imigrantes, Brasil e Guiné, $p=0,007$ ($\alpha=0,05$). Apresentando assim 7 sujeitos brasileiros e 2 guineenses a responderem falso, e 2 sujeitos brasileiros e 11 sujeitos guineenses responderam verdadeiro (Anexo VI. Output 64).

Análise da questão “O preservativo é eficaz se for colocado antes da ejaculação (orgasmo), ainda que antes tenha havido penetração sem ejaculação?” (Q3_P45)

Numa análise mais específica verifica-se que existem diferenças significativas nas respostas dadas entre ambas as comunidades de imigrantes, Brasil e Guine, usando o Teste Fisher, em $p=0,000$ ($\alpha=0,05$). Observando 18 respostas de imigrantes brasileiros e 3 respostas de imigrantes brasileiros que consideram a afirmação como falsa, e 7 respostas de imigrantes brasileiros e 17 respostas de imigrantes guineenses que consideram a afirmação como verdadeira (Anexo VI. Output 65). Verifica-se também uma diferença significativa nas respostas dadas pelos imigrantes do género masculino em ambas as comunidades de imigrantes, Brasil e Guine, em $p=0,002$ ($\alpha=0,05$), com 9 respostas dadas por imigrantes do Brasil e por um imigrante da Guine que avaliam a afirmação como falsa, e 2 imigrantes do Brasil e 10 imigrantes da Guine que a avaliam como verdadeira (Anexo VI. Output 66).

Análise da questão “Para que o preservativo seja eficaz tem que se deixar um pouco de espaço na ponta para o esperma?” (Q3_P46)

	Brasil	Guine
Falso	2,0	1,0
Verdadeiro	23,0	22,0

Tabela 14. Resultados de ambas as nacionalidades na questão Q3_P46

A maioria dos sujeitos de ambas as comunidades, Brasil e Guiné, acham que para que o preservativo seja eficaz tem que se deixar um pouco de espaço na ponta para o esperma, 23 e 22 sujeitos, respectivamente. Apenas dois sujeitos brasileiros e um guineense acham que não é necessário, e quatro sujeitos brasileiros e sete guineenses não sabem.

4. Discussão

Actualmente o contexto da imigração é um dos maiores desafios e de grande impacto para os países de acolhimento como para os sujeitos imigrantes. A sociedade receptora tem que se adaptar e criar condições de integração dos sujeitos, para que estes possam ter acesso a todos os serviços existentes e reduzir a sua vulnerabilidade à doença, em particular à infecção pelo VIH/SIDA. Esta potenciada por factores que caracterizam os contextos em que as populações imigrantes estão inseridas, factores socioeconómicos, situação legal dos sujeitos, factores culturais, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, existência de comportamentos de risco, conhecimentos reduzidos e capacidade de se protegerem.

O conhecimento da existência destas vulnerabilidades permite-nos obter a informação necessária para realizar uma prevenção, um diagnóstico e cuidados necessários associados à infecção pelo VIH/SIDA nestas comunidades de imigrantes.

Dados Socioeconómicos

Os participantes do estudo apresentam uma média de idades semelhante, aproximadamente de 30 anos, uma amostra jovem e na sua maioria residente na periferia de grandes cidades.

Os sujeitos de ambas as comunidades apresentam níveis elevados de habilitações literárias, que se reflectem numa percentagem elevada de operários e trabalhadores não especializados ou trabalhos rurais. O que comprova o facto de, apesar de terem uma elevada percentagem de empregabilidade (80%), estes indivíduos sujeitam-se a aceitar qualquer emprego, por norma os mais recusados pelos sujeitos da sociedade receptora, mesmo que este seja abaixo do seu nível de aprendizagem (Hines, 1993). Estes frequentemente se reflectem em baixos rendimentos, observados por 63,30% dos guineenses que caracterizam o seu estatuto socioeconómico como baixo e 56,70% dos brasileiros como médio. Verificou-se uma elevada percentagem de ausências de resposta quando perguntada a profissão dos sujeitos, o que pode indicar condições de empregabilidade precárias, e por vezes associadas a uma situação ilegal do sujeito. Uma situação económica precária é um factor de vulnerabilidade a problemas de saúde (Decosas & Adrien, 1998; Dias et al., 2004; Dias & Gonçalves, 2007; Faria & Ferreira, 2002; Fenton, 2001; Ferreira, 2002; Fonseca, Esteves, McGauigle & Silva, 2007; Reijneveld, 1998; Scheppers et al., 2006; Soskolone & Shtarkshall, 2002).

Em relação à religião, a mais frequente entre os grupos é a católica, contudo é importante nomear que no grupo dos imigrantes guineenses existe uma maior diversidade de religiões, apesar de esta não ser significativa. A religião é um dos factores que possibilita obter um olhar multicultural, o que poderá indicar a existência de algumas diferenças nos comportamentos, nas crenças e na organização familiar e social dos participantes (Janus, 2001; Martins & Silva, 2000; Menezes, 1999; Monteiro, 2000).

Uma elevada percentagem dos sujeitos brasileiros são casados (43,30%) e 60,00% dos guineenses são solteiros. O estado civil dos sujeitos pode suscitar-nos alguns comportamentos, ser solteiro poderá indicar mais relações ocasionais, o que por um lado sugere mais comportamentos de risco, mas por outro, uma maior consciência, prevenção e protecção face às DST's e à gravidez. Enquanto ser casado poderá indicar uma relação de confiança, que por vezes pode mascarar um comportamento de risco.

A análise do género dos participantes permitiu-nos perceber que as mulheres brasileiras foram mais disponíveis para responder ao questionário (63,30%) enquanto na comunidade guineense os homens mostraram mais disponibilidade (53,30%). Estes resultados reflectem as estatísticas actuais sobre a percentagem de imigrantes a residir em Portugal, nomeadamente um maior número de homens guineenses e de mulheres brasileiras (SEF, 2007). Estes dados também podem ser interpretados de um modo cultural, o facto de os imigrantes brasileiros se mostrarem mais confortáveis em falar sobre a sua sexualidade, e o facto de culturalmente ser o homem africano a tomar decisões sobre a saúde da família e possuir mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA (Tompkins et al., 2006; Schröder, et al., 2001). O facto do inquiridor ser do género feminino não inibiu os inquiridos do género masculino, todavia tornou a aplicação mais confortável para as mulheres, mas as de nacionalidade guineense (na sua maioria) tinham que consultar o parceiro, antes de responder ao questionário, apesar de a confidencialidade ser garantida.

O tempo de residência também varia entre os grupos, os sujeitos brasileiros são uma imigração mais recente em Portugal, 73,30% residem em Portugal há menos de 5 anos, e a maioria dos sujeitos guineenses residem em Portugal há mais de 5 anos, 66,70%. Estes dados reflectem as estatísticas actuais (Ministério da Saúde, 2007; Pires, 2007; SEF, 2007; Vitorino, 2007). Este factor pode induzir que menos anos de residência em Portugal, implica um menor

grau de aculturação, maior a vulnerabilidade à doença, pelas dificuldades ao acesso aos serviços de saúde (Scheppers et al, 2006). Contudo é importante ponderar a importância das barreiras linguísticas, não tão sentidas pelos imigrantes brasileiros

Relação Sexual

Várias questões do protocolo permitem elaborar uma visão geral das relações sexuais dos participantes. Os participantes de ambas as nacionalidades iniciaram a sua vida sexual aproximadamente aos 16/17 anos, e actualmente 92,90% dos participantes brasileiros são sexualmente activos, tal como 74,10% dos participantes guineenses.

Ao averiguar a importância de certos aspectos numa relação sexual, os participantes de nacionalidade brasileira dão maior ênfase a ter e dar prazer (58,60%), e a ter prazer (50,00%), e menos importância ao amor entre os dois. Dados salientados pela resposta em relação ao nível de afecto necessário numa relação sexual, apenas 37,90% nomearam bastante/muito afecto. Os participantes de nacionalidade guineense destacam mais o aspecto dar prazer ao parceiro (53,30%) e amor entre os dois (63,30%). Destaque também fomentado pelas respostas à questão 20 do questionário com 63,30% das respostas em bastante/ muito afecto.

O aspecto amor entre os dois, é possível observar algumas diferenças significativas que transmitem várias informações, em relação aos sujeitos brasileiros e o tempo de residência em Portugal ($p=0,031$), remete para a hipótese de que sujeitos brasileiros a residir em Portugal há menos de 5 anos, provavelmente são sujeitos mais novos valorizam mais os afectos. O mesmo se verifica junto das mulheres guineenses ($p=0,049$) e dos homens guineenses ($p=0,026$), o que induz a uma valorização cultural dos afectos em detrimento das emoções.

Os momentos de intimidade são caracterizados pelos sujeitos do género masculino de nacionalidade brasileira como muitíssimo importantes ($p=0,031$), e os sujeitos guineenses classificam-nos como moderadamente e muito importante. Este facto suscita algumas questões, nomeadamente um maior interesse pelos brasileiros pela relação sexual, ou um maior à vontade em manifestar a sua sexualidade comparando com os guineenses. Esta hipótese é também enfatizada pelas respostas dadas na questão 4 do 3º questionário com 53,60% dos imigrantes brasileiros a considerarem excitante pensar em ter uma relação sexual com coito, em comparação com 36,70% dos imigrantes guineenses que nomeiam não ser excitante ($p=0,001$) também acentuada junto dos imigrantes do género masculino, a maioria dos sujeitos de nacionalidade brasileira acham excitante, todavia em maior frequência os sujeitos guineenses acham não ser excitante ($p=0,007$).

A monogamia também varia junto destes dois grupos, 88,50% dos brasileiros assumem ser monógamos, como 75% dos guineenses, estes valores podem ser devido ao facto de a percentagem de sujeitos casados ser superior nos participantes brasileiros em relação aos participantes guineenses. Em ambos os grupos a taxa de utilização do preservativo é baixa, recorrendo a este método às vezes, e com uma taxa de ausência de uso superior à taxa de uso sempre. Os sujeitos mostram confiança no parceiro habitual, e não vêm no mesmo a hipótese de estarem a efectuar um comportamento de risco. Este comportamento não é coincidente com 70% dos sujeitos brasileiros e 88,90% dos sujeitos guineenses reconhecerem que existem riscos de infecção pelo VIH/SIDA numa relação de amor. Neste caso os sujeitos conhecem os riscos, mas não implica que haja uma protecção (Bor, 1997; Camargo & Botelho, 2007; Dias et al., 2002; Matos, 1994; Matos et al., 2003; Monteiro, 2000; Peterson, 1998; Seabra, 1992; Teixeira, 1994;).

Numa relação com um parceiro ocasional, uma maioria expressiva dos sujeitos brasileiros (81,50) admite usar preservativo, enquanto apenas 54,20% dos sujeitos guineenses usa o preservativo ($p=0,033$), e a percentagem de nunca usar é superior ao facto de às vezes usar. O mesmo se verifica junto das mulheres, as de origem brasileira, na sua maioria afirma que usa o preservativo, em detrimento de a maioria de origem guineense diz que nunca usa o preservativo. Estes dados suscitam alguns receios em relação aos possíveis comportamentos de risco que poderão estar a existir junto dos sujeitos guineenses, principalmente junto do género feminino. Este facto remete para os estudos que defendem que as mulheres africanas possuem pouco controlo sobre o comportamento sexual dos seus parceiros e oportunidades limitadas para introduzir o uso do preservativo na relação (Wingood & Diclemente, 2000; Schröder et al., 2001; Silva et al., 2003).

Para compreender melhor estes resultados é pertinente analisá-los em relação às concepções que os sujeitos têm sobre o preservativo, reconhecem na sua maioria a utilidade deste para protecção de DST's, na prevenção da gravidez e consideram-no como obrigatório (31% brasileiros e 13,8% guineenses), e somente um sujeito de cada grupo afirmou que não usava. Relacionando estes factos com os parágrafos anteriores, algo não está a resultar, os sujeitos brasileiros reconhecem os riscos e por isso admitem usar preservativo em relações sem confiança, contudo os sujeitos guineenses também nomeiam os riscos de não usar o preservativo, mas na prática não o usam sempre, e põem-se em risco. A informação existe mas acompanhada pela ausência da sua praticabilidade.

Para além da importância de conhecer os conceitos associados ao uso do preservativo e as circunstâncias em que os sujeitos o consideram necessário, é fundamental conhecer se o usam de uma forma correcta. Face ao comportamento após a penetração com preservativo, ao tirar o pénis deve-se ou não segurar o preservativo pela extremidade, a maioria dos sujeitos guineenses referem correctamente que sim, enquanto entre os sujeitos brasileiros existe uma divergência de opiniões ($p=0,0032$). No género também existem algumas diferenças de conhecimentos, a maioria dos homens brasileiros acham que não devem segurar o preservativo pela extremidade, ao contrário dos homens guineenses ($p=0,007$).

Em relação à eficácia do preservativo, esta verifica-se se este for colocado antes da penetração, mesmo se numa penetração sem ejaculação, a maioria dos sujeitos brasileiros reconhece as condições de eficácia do preservativo, ao contrário dos sujeitos guineenses ($p=0,000$). Contudo a maioria dos sujeitos reconhece que para o preservativo também ser eficaz é necessário deixar um pouco de espaço na ponta para o esperma.

O uso correcto do preservativo previne várias doenças sexualmente transmissíveis, como uma gravidez indesejada, e estas questões reflectem alguma carência de informação sobre o modo adequado para usar um preservativo, nomeadamente junto da comunidade guineense representada neste estudo, e junto dos participantes do género masculino. O que nos faz questionar sobre o modo e os conteúdos da informação que os sujeitos já receberam ou que recebem na actualidade.

VIH/SIDA

É importante um olhar sobre os conhecimentos que os sujeitos possuem sobre o VIH/SIDA, para perceber as carências na informação e a existência de comportamentos potencialmente de risco.

Para entender a SIDA é fundamental começar o raciocínio sobre as concepções que os sujeitos têm sobre a doença, estas variam consoante a cultura dos sujeitos, os guineenses nomeiam em maior número, a tristeza, o medo, os cuidados de saúde e a morte, mas são associam ao tratamento médico e à intervenção divina. Valorizam o carácter fatalista da doença, mas também a importância do próprio nos seus cuidados, como motor preventivo da doença. Enquanto os sujeitos brasileiros relacionam a doença à tristeza, mal-estar psicológico, tratamento médico, sofrimento, inevitável e debilidade física (enaltecendo o aspecto físico e o psicológico da doença).

Os sujeitos brasileiros referem frequentemente o tratamento médico, enquanto os guineenses não fazem essa associação, tal pode acontecer devido ao facto de estes, na sua

maioria viverem em bairros sociais, dificuldades na linguagem, talvez sentindo alguma exclusão social e por isso não acederem aos serviços de saúde. Alguns sujeitos brasileiros também partilharam com o inquiridor que devido à sua situação de ilegalidade no país não recorriam aos serviços de saúde, factos verificados na literatura (Dias, 2007; Dias, Silva & Gama, 2007; Ferreira, 2002; IHMT, 2007; Martins & Silva, 2000; Matos, 2003; Gaspar et al., 2003; Ministério da Saúde, 2007; Teixeira, 2000; Santinho, 2006, 2007; Wolfers, Verghis & Marin, 2003).

Estas noções são necessárias para compreender os pensamentos associados à SIDA. Os guineenses nomearam em maior número a prevenção, e os brasileiros a associação mais frequente foi a morte. De resto, apesar em percentagens diferentes, ambos referem a incurabilidade da doença, o medo e a falta de cuidados. A SIDA ao ser associada à fatalidade, poderá evitar a procura do diagnóstico e do tratamento, devido ao receio da morte, relacionado a um sentimento de impossibilidade de sobrevivência e incapacidade de confronto com a sua situação (Ferreira, 2002; Sormati et al., 2001).

Os guineenses não referem novamente o tratamento médico à SIDA, nem os preconceitos e a solidão. Estes factores poderão indicar uma maior coesão entre os imigrantes desta nacionalidade, pois não põem a hipótese de existir solidão e preconceitos associados à SIDA, promovendo assim uma inclusão de todos os sujeitos da sua comunidade.

O facto de os sujeitos guineenses referirem a prevenção como pensamento mais recorrente associado à SIDA, pode ser pelo facto de serem alvos de mais sessões de prevenção do VIH/SIDA, devido à sua localização habitacional, na sua maioria bairros sociais na periferia de grandes cidades. Esta hipótese é fomentada através dos meios pelos quais os participantes adquiriram a informação que têm sobre a SIDA, 51,70% dos sujeitos guineenses referem as sessões de esclarecimento e 82,80% dos sujeitos brasileiros os meios de comunicação (método de prevenção muito frequente no Brasil). Estes resultados também podem ser fomentados pela hipótese de existir uma preferência na procura da informação sobre o VIH/SIDA junto dos amigos e meios de comunicação social (Lazarus et al., 2006).

Como causas de uma possível infecção pelo vírus da SIDA, os sujeitos de ambos os grupos assinalam na sua maioria a promiscuidade, as operações cirúrgicas e as transfusões de sangue. Contudo dissecando estes factores reflectem uma associação forte entre as variáveis género e tempo de residência. Como por exemplo em relação às transfusões de sangue, todos os sujeitos brasileiros a residir em Portugal há mais de 5 anos consideram ser um factor com uma

forte associação ao vírus da SIDA, enquanto os que residem há menos de 5 anos apresentam opiniões mais distribuídas (mais frequente é muitíssimo), comportamento semelhante se verifica junto dos imigrantes guineenses. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de actualmente o sangue antes de a transfusão ser cuidadosamente analisado para evitar contágios. Procedimento que há alguns anos atrás não era tão frequente, e por isso talvez suscitar algumas dúvidas entre os inquiridos.

Em relação à causa, baixa defesa do organismo, a maioria dos sujeitos guineenses a residirem há menos de 5 anos em Portugal acham que não está associado ao vírus da SIDA, mas os sujeitos que residem há mais de 5 anos, dividem as suas opiniões entre uma ausência de associação e uma associação forte. Tal como entre as mulheres brasileiras (ausência de associação) e as guineenses (dispersão de opiniões entre moderadamente, muito ou muitíssimo). No grupo de imigrantes brasileiros, os que residem em Portugal há menos de 5 anos consideram com mais frequência não existir relação entre as operações cirúrgicas e o VIH, mas os que residem há mais de 5 anos acham o contrário. As mulheres brasileiras também consideram com mais frequência não existir relação deste factor com o VIH, ao oposto das mulheres guineenses.

Uma hipótese explicativa para estas crenças poderá indicar a existência de algumas carências nos conhecimentos destes grupos de sujeitos, ou a existência de alguns mitos associados às causas da SIDA.

Ao questionar quem é que a SIDA afecta principalmente, foi possível verificar que ambos os grupos de imigrantes nomearam a existência de grupos de risco, os jovens, prostitutas, pessoas promíscuas, toxicod dependentes e homossexuais. Contudo também reconhecem que toda a população em geral está em risco de contrair o VIH. O tempo de residência mostrou-se ser uma variável importante nesta questão, provavelmente porque os que residem há mais tempo, foram alvo de mais sessões de prevenção e ficaram mais esclarecidos sobre o facto de toda a população estar em risco de contrair o vírus da SIDA, evitando assim a elaboração de grupos de risco que podem induzir a preconceitos face a estes grupos. A identificação de grupos de risco pode também induzir que se os sujeitos não se associarem a um grupo de risco, podem percepcionar como não estando em risco (Alvarez, 2005).

Sobre os líquidos orgânicos veículos transmissores do vírus da SIDA, é possível concluir que os sujeitos inquiridos, de ambas as nacionalidades, estão bem informados acerca deste assunto, pois seleccionaram correctamente o esperma (ainda existem sujeitos brasileiros do

género masculino a consideram que não é veículo transmissor do VIH, $p=0,011$), as secreções vaginais e o sangue como possíveis transmissores do VIH (Alvarez, 2005; Cláudio & Mateus, 2000; Cruz, 1999; Ouakinin, 2000; Straub, 2005). O leite materno apresenta dúvidas acerca de ser um veículo transmissor do VIH, a maioria dos sujeitos brasileiros considera que sim, mas os sujeitos guineenses apresentam posições divididas, mas é importante nomear que através do leite materno é possível a transmissão do VIH. Os restantes líquidos orgânicos apresentados, também poderão ser considerados como transmissores, contudo em concentrações muito maiores.

Os sujeitos mantêm uma boa informação sobre como se pode transmitir o VIH, através de transfusões de sangue, partilha de agulhas e seringas, via placentária, secreções genitais, utilização de objectos cortantes e relações sexuais sem preservativo. A partilha da escova de dentes apresenta opiniões divergentes em relação à nacionalidade dos sujeitos, os sujeitos guineenses, de ambos os géneros e no geral consideram que esta é uma forma de transmitir o VIH, ao contrário dos sujeitos brasileiros.

Os participantes de ambas as nacionalidades fazem uma caracterização correcta de um indivíduo infectado pelo VIH, este pode não ter sintomas (apresenta algumas divergências na comunidade guineense, apenas 40% dos sujeitos assinalam esta afirmação), é seropositivo (aproximadamente 90% dos sujeitos) e mesmo sem apresentar sintomas da doença pode transmiti-la (96,70% dos sujeitos brasileiros e 80% dos guineenses). Os sujeitos recusam a concepção errónea de que só transmite a SIDA se tiver sintomas da doença, contudo ainda se verificam 20% dos sujeitos guineenses a considerar verdadeira esta afirmação.

Comportamentos de risco

A apresentação de vários comportamentos obrigou os participantes a efectuarem um olhar sobre estes, e escolheram a atitude mais correcta, os sujeitos na sua maioria, e independentemente do tipo de relação sexual, se heterossexual, homossexual masculina e feminina, e com uma prostituta, optaram pela escolha de um comportamento seguro, não dispensando o preservativo. Todavia a percentagem de dispensa do preservativo é superior na relação sexual homossexual feminina, nomeadamente pelos sujeitos guineenses, que na questão 25 do 1º questionário também atribuíram uma menor percentagem (74,10%) ao contágio do VIH pelas secreções vaginais, quando comparado com os sujeitos brasileiros

(82,80%). O que poderá afirmar algum desconhecimento por parte dos sujeitos guineenses sobre a sexualidade feminina.

Os sujeitos também reconheceram os riscos associados à partilha de seringas por dois toxicómanos. E quando o participante é personagem na situação hipotética criada, mantém as percentagens elevadas do uso do preservativo. Este raciocínio é pertinente, pois permite-nos concluir que o sujeito consegue identificar comportamentos de risco em situações hipotéticas envolvendo os outros, e o seu próprio risco quando é o próprio inserido na situação.

Os comportamentos adequados e inadequados a ter em relação a um sujeito seropositivo e um com SIDA, permite-nos compreender o que os sujeitos consideram ser comportamentos de risco e se conhecem as diferenças entre ambos os sujeitos. Os imigrantes brasileiros avaliam os comportamentos de um modo muito semelhante independentemente se o sujeito é seropositivo ou se tem SIDA, mas mencionam que é mais adequado tocar num sujeito com SIDA, dar-lhe mais atenção, e usar protecção ao tratar de uma ferida de um sujeito seropositivo. Consideram ser inadequado utilizar a mesma máquina de barbear que um sujeito com SIDA. Os guineenses possuem uma visão dos comportamentos muito semelhante, e pensam que se deve evitar falar sobre a SIDA quando o sujeito é seropositivo.

Mas existem comportamentos com alguma discrepância de opiniões que suscitaram algumas diferenças significativas, esta provavelmente deve-se ao facto de os sujeitos desconhecerem as diferenças entre um sujeito seropositivo e com SIDA. O facto de não existirem muitas diferenças pode dever-se à apresentação das questões, esta foi feita de forma semelhante, e alguns sujeitos acharam tratava-se de uma repetição da mesma questão.

Comportamentos Sexuais

Em relação ao acto de ver um filme ou ler um livro com conteúdo erótico, os sujeitos brasileiros no geral e especificamente os do género masculino concordam que poderia ser uma experiência interessante, enquanto os guineenses consideram uma experiência indiferente. Esta opinião manifesta-se também quando se observa a maioria dos imigrantes de nacionalidade brasileira a não considerarem repugnante o material erótico, contudo existe uma divisão de opiniões junto dos imigrantes de nacionalidade guineense do género masculino. No género feminino, as participantes de nacionalidade brasileira referem que o material erótico não lhes faz sentir repugnância, enquanto as de nacionalidade guineense possuem uma atitude de indiferença face a este tipo de material.

Os inquiridos de ambas as nacionalidades consideram que é indiferente os outros pensarem que os sujeitos estão interessados pelo sexo oral. Contudo os brasileiros que residem há menos de 5 anos não consideram humilhante, enquanto os que residem há mais de 5 anos acham que é indiferente ($p=0,001$).

A maioria dos sujeitos guineenses consideram humilhante a ideia de se sentirem atraídos fisicamente por pessoas do mesmo sexo, incluindo os sujeitos masculinos, todavia os sujeitos brasileiros consideram ser um comportamento indiferente, mas metade dos sujeitos do género masculino acham ser algo humilhante. Provavelmente a percentagem de respostas indiferente é influenciada pelas respostas dos participantes do género feminino.

Estes comportamentos continuam a verificar-se, os imigrantes brasileiros não sentem repugnância ao ver um filme com uma cena homossexual (do mesmo género que o inquirido), e os imigrantes guineenses mantêm-se uma posição indiferente. Esta atitude é independente do género, os homens e mulheres possuem opiniões semelhantes em relação a este comportamento.

Face ao comportamento de imaginar práticas sexuais pouco comuns, os sujeitos brasileiros a residir em Portugal há menos de 5 anos consideram ser indiferente, mas os que residem em Portugal há mais de 5 anos consideram que este comportamento não é de todo excitante. As mulheres de ambas as nacionalidades consideram ser um comportamento indiferente.

Os sujeitos brasileiros na sua maioria consideram excitante acariciar os seus genitais, enquanto os sujeitos guineenses assinalam com maior frequência que não é algo excitante para eles. Em relação ao género, todos os homens brasileiros consideram ser um comportamento excitante, mas metade dos sujeitos guineenses acham que não é excitante. O mesmo se verifica no género feminino, excepto junto das mulheres de nacionalidade guineense que consideram ser um comportamento indiferente.

Ambos os sujeitos de nacionalidade brasileira e guineense são a favor da utilização de métodos anticoncepcionais, com maior expressão junto das comunidades brasileira. Em relação ao aborto, as mulheres tiveram uma manifestação significativa, por metade das mulheres brasileiras acham incorrecto abortar, mas as opiniões entre as mulheres guineenses dividem-se entre o indiferente e o correcto abortar.

Este grupo de questões permite-nos inferir várias ideias, maioritariamente foram observada diferenças significativas entre as nacionalidades aqui representadas, entre o género masculino e feminino de ambas as nacionalidades, e o tempo de residência em Portugal por ambas as

nacionalidades. O facto de existirem diferenças compreendidas como culturais, estas podem ser explicadas pelo facto do ser sexual ser um produto de várias variáveis, como a cultura e a sociedade em que o sujeito está incluído (Nunes, 2000). Observa-se claramente uma amostra brasileira livre de preconceitos que manifesta as suas opiniões com uma maior maturidade sexual, e uma amostra guineense mais contida, com várias opiniões de indiferença, e também associada a alguns preconceitos e pudores.

Em relação ao tempo de residência dos sujeitos em Portugal, talvez existam estas diferenças por influência da “cultura de imigração”, da sociedade de acolhimento e das sociedades de trânsito que provocam alterações na identidade e comportamentos dos sujeitos imigrantes (Gadon, et al, 2001). E também quantos mais anos a residir em Portugal, mais velhos são os sujeitos, o que pode sugerir uma maior maturidade sexual e o que torna possível a partilha das suas opções nos comportamentos apresentados.

É importante salientar uma presença constante de diferenças significativas entre o género masculino de ambas as comunidades, em detrimento do género feminino, este só mostrou uma opinião mais expressiva em relação à problemática do aborto, que é claramente associada ao corpo da mulher e à responsabilidade da mulher. Os homens mostraram uma maior facilidade em exprimir as suas opiniões mais íntimas.

III. Conclusão

As crenças e as atitudes no campo da psicologia são indispensáveis, principalmente associadas à problemática do VIH/SIDA, pois desde a infância que os sujeitos procuram fazer sentido nos seus ambientes, organizam as suas experiências de uma forma coerente e adaptativa. As interações com os outros e com o meio levam ao conhecimento e à aprendizagem, elaborando assim as suas crenças, que por sua vez dão origem às atitudes (Beck, 2005). As crenças estão também subjacentes aos pensamentos disfuncionais, e são passíveis de avaliação e modificação. Esta característica permite incutir no sujeito as ferramentas necessárias para identificar e modificar os pensamentos automáticos, que por sua vez têm na sua origem a atitude e por conseguinte a crença subjacente (Beck, 2005).

Este protocolo permite efectuar o processo de recolha de informação, através de estímulos provocados os sujeitos emitem reacções, que têm por base pensamentos automáticos, e que nos permite chegar às atitudes e crenças dos sujeitos. E assim compreender o sujeito e a sua personalidade, como produto das suas vivências, das interações com o outro e com o meio.

A prevenção funciona neste campo como uma produtora de ferramentas necessárias para a modificação de comportamentos, pensamentos, atitudes e crenças menos adequadas, que coloquem o sujeito em risco pela infecção do VIH/SIDA e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

A caracterização da amostra, composta por dois grupos culturais distintos, permite concluir que algumas características podem induzir a alguns comportamentos de risco, pois possuem vulnerabilidades explícitas, nomeadamente, a insegurança na habitação (a maioria dos inquiridos guineenses residiam em bairros sociais). Os bairros sociais são caracterizados por alguma insegurança social, pobreza, e uma elevada multiculturalidade que induz a dificuldades no relacionamento entre os vários grupos étnicos. Este aspecto não se verifica junto do grupo dos imigrantes brasileiros, que vivem em habitações mais dispersas e melhor inseridas na sociedade de acolhimento.

Apesar de a maioria dos imigrantes guineenses residirem em Portugal há mais de 10 anos, ainda mostram dificuldades na língua portuguesa, e aparentemente não estão tão integrados como os imigrantes brasileiros, mostrando um nível mais baixo de aculturação. Como por exemplo, embora alguns sujeitos terem efectuado a escolaridade quase na totalidade em Portugal, recusam a aceitar a cultura portuguesa, e reconhecem como a sua língua, a falada no país de origem (apesar de somente a terem aprendido em Portugal). Estes dados mostram uma maior vulnerabilidade do grupo da Guiné a problemas de saúde, incluindo as DST's.

É importante reconhecer que os sujeitos de ambas as nacionalidades possuem informações sobre o preservativo e sobre os riscos associados ao não uso, contudo esta informação não influencia todos os comportamentos de todos os sujeitos, pois quase metade dos sujeitos guineenses não usam ou usam ocasionalmente o preservativo em relações ocasionais. E em relações habituais, com confiança, nunca o usam ou usam-no ocasionalmente, atribuindo poucos riscos a estas relações. Também é possível concluir que as mulheres africanas possuem pouca autonomia acerca das decisões da relação sexual do casal, tal não se verifica junto das mulheres brasileiras. Este comportamento pode ser explicado por razões culturais, os homens africanos apresentam múltiplos factores de risco e taxas de utilização do preservativo baixas, e justificam uma a percentagem de transmissão do VIH/SIDA junto do género feminino (Peterson et al., 1993; Dias et al., 2002).

Esta divergência de comportamentos em relação ao uso do preservativo é facilmente associada à teoria da acção ponderada, os sujeitos de ambas as amostras, demonstraram as suas atitudes, que reflectem as suas crenças, que são resultado das suas vivência e das influências sociais envolventes, e é de acordo com estes factores que os indivíduos decidem se usam ou não o preservativo. Por esta razão, o uso do preservativo deve ser analisado de um modo global, abordando os vários objectivos dos sujeitos, as suas diferentes expectativas e valores, de modo a estes se canalizarem a somente uma intenção comportamental, usar o preservativo em todas as situações. Nas relações habituais, que frequentemente indicam um elevado grau de confiança, é importante manter as análises periódicas, para despiste de DST's.

Os sujeitos guineenses não associam a doença ao tratamento médico, como alguns sujeitos brasileiros que o nomearam verbalmente no decorrer do preenchimento do questionário, este facto pode ser consequência de uma situação de ilegalidade no país, de uma situação precária económica e de habitação (exclusão) e da existência de barreiras linguísticas, mas também por provavelmente os sujeitos desconhcerem a lei portuguesa que os protege numa situação de recurso a tratamentos médicos, ou por não existir uma praticabilidade da lei. Apesar de os sujeitos de nacionalidade guineense não nomearem os serviços de saúde, estes nomearam a prevenção, o que indica que esta existe e que funciona em termos de partilha de informação.

Mantendo o olhar sobre a prevenção, outras questões permitem perceber que esta existe, de que forma está a ser feita e os resultados que promove, pois no geral os sujeitos brasileiros e guineenses possuem bons conhecimentos quanto às causas da SIDA, aos veículos líquidos transmissores de VIH, às formas de transmissão do VIH, e no conhecimento sobre o que é um indivíduo infectado pelo VIH.

Em relação aos comportamentos sexuais presentes, e devido ao número elevado de diferenças significativas nestas questões, talvez os programas de prevenção não devem-se restringir os conteúdos apenas à modificação de comportamentos de risco associados ao VIH/SIDA, mas também abordar a sexualidade, perceber como esta é vivida e interpretada por cada um.

É possível observar que existe ou existiu prevenção junto destes sujeitos, contudo esta amostra, apresenta ainda algumas dúvidas fundamentais em relação à prevenção de comportamentos de risco, ainda associam a vulnerabilidade face ao VIH/SIDA a grupos de risco, e mostraram algumas dúvidas em distinguir um sujeito seropositivo e sujeito com SIDA. Estes aspectos obrigam a um olhar crítico sobre a prevenção que está a ser feita, que

parece ser adequada, contudo os sujeitos recebem a informação mas esta não se reflecte nas acções dos mesmos. Este facto direcciona-nos para um modelo de redução de riscos da SIDA de Catani, Kegeles e Coates, que aborda como efectuar uma prevenção com base na organização do reconhecimento da vulnerabilidade do próprio sujeito, do empenhamento em alterar os comportamentos de risco, e da aceitação de soluções e reconhecimento dos custos e benefícios associados aos comportamentos, este modelo permite a evolução da informação já retida pelos sujeitos, ou seja, permite a exequibilidade da informação dada nas sessões de prevenção.

Em síntese, um modelo de prevenção eficaz e adequado a estas populações tem que ser sensível aos factores psicológicos, relacionais e culturais dos sujeitos. Daí a importância de realizar um modelo de prevenção sócio-cognitivo, elaborando uma prevenção de natureza psicológica e social, com o objectivo de ocorrer uma mudança de comportamentos.

Logo, numa primeira abordagem é necessário efectuar uma recolha de informação, conhecer as noções de doença e saúde dos sujeitos e perceber os valores destes conceitos no quotidiano dos sujeitos, averiguar os seus comportamentos sexuais e as atitudes e crenças face ao VIH/SIDA. É importante perceber como os sujeitos vivem a sua sexualidade e como reagem na relação sexual, se em coerência ou não face aos conhecimentos que possuem sobre o VIH/SIDA. Esta informação recolhida deve ser enquadrada na idade, género, nacionalidade e tempo de residência em Portugal dos sujeitos (variáveis efectuadas neste estudo e consideradas pertinentes para estudo das crenças e atitudes sobre a sexualidade e o VIH/SIDA).

Após o levantamento de toda a informação, é crucial desenvolver uma linguagem adequada às diferenças culturais e sociais existentes, adquirida pela convivência prévia com os sujeitos, e criar grupos de trabalho para adquirir e/ou corrigir a informação existente nos sujeitos. Estes grupos devem ser de várias naturezas, como por exemplo, um grupo exclusivo ao género e depois elaborar uma discussão entre ambos os géneros, incluindo casais. E um outro grupo que abrange várias nacionalidades dos sujeitos, e assim permitir uma riqueza de olhares e opiniões sobre o tema, possibilitando uma discussão positiva que poderá resultar em várias aprendizagens. Nestes grupos é fundamental a partilha de informação sobre o VIH/SIDA (nomeadamente formas de transmissão), eliminar comportamentos de risco e desmistificar os mitos e crenças erróneas sobre a sexualidade e o VIH, elaborar processos de comunicação e negociação entre os parceiros, motivar o uso do preservativo em todas as interacções sexuais, fomentar a capacidade de recusa de relações sexuais na ausência do

conhecimento sobre o estado serológico para o VIH (trabalhando sobre a tomada de decisão e a auto-estima dos sujeitos).

Esta abordagem deve ser consonante com os objectivos pessoais dos sujeitos, compreender e criar a possibilidade de modificação de rotinas comportamentais, e desenvolver a ideia de existir um risco relevante em todos os sujeitos (não de modo a suscitar medo, mas precaução). Esta prática não deve ser de todo efectuada sobre uma atitude passiva de partilha de informação do formador, mas recorrer a algumas actividades práticas que envolvam todos os sujeitos, como as dinâmicas de grupo e o Role Play.

Este trabalho deve ter visibilidade para além dos grupos formados, por isso é importante a divulgação local, com o apoio de instituições sociais locais. Esta visibilidade deve ser efectuada pelos formandos e pode ocorrer de diversas formas, como sessões de esclarecimento, a criação de uma página na internet para divulgar o projecto efectuado, os esforços da comunidades e os comportamentos adequados face à prevenção do VIH/SIDA, que permitisse expor as mudanças e as dúvidas de toda a população. Seria também possível criar um grupo de prevenção que desse apoio na comunidade, e também na vertente tecnológica. O facto de estas actividades serem efectuadas pelos formandos é possível avaliar o resultado da prevenção, e perceber se de facto os conhecimentos foram adquiridos e se são transmitidos correctamente.

A relação sexual envolve vários factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, mas acima de tudo, é uma situação que envolve diversas emoções, atracção, desejo, intimidade e romantismo. Mas também está intrínseca à afirmação do sujeito (uma personalidade) e a uma interacção com o outro. Esta relação, envolvida por uma situação proporciona um comportamento automático de envolvimento e prazer mútuo. A prevenção deve focar-se na alteração de crenças, atitudes e comportamentos pela raiz de modo a criar uma racionalidade alternativa, mas paralela às relações sexuais, que proteja o sujeito e o outro, e não o impeça de viver a sua sexualidade.

Como sugestões para próximas investigações, seria pertinente a prevenção também decorrer junto daqueles com representação significativa em Portugal, e que a taxa de infecção tem aumentado nos últimos anos, como os Países de Leste (Ucrânia e Rússia), a China e alguns países africanos (Moçambique e Quênia), que pouco se sabe acerca das práticas e o estado de saúde destas comunidades imigrantes em Portugal e no país de origem. Este desconhecimento

provavelmente deve-se ao facto de serem comunidades que estão mais distribuídas na sociedade, tal como a amostra brasileira representada neste estudo.

Seria também pertinente existir uma prevenção complementar para ambos os géneros, evitando assim constrangimentos e motivando a partilha de opiniões e histórias.

Também poderia ser interessante perceber como decorre a prevenção, noutros países, perante uma emigração portuguesa que tem vindo a aumentar ao longo dos últimos tempos, tal como a infecção pelo VIH/SIDA.

Este trabalho permitiu conhecer uma vasta informação sobre a sexualidade e o VIH/SIDA, esta foi filtrada pelas variáveis nacionalidade, género e tempo de residência. A pertinência destas variáveis veio confirmar as bases teóricas com os resultados deste estudo. Assim, a vulnerabilidade dos sujeitos é fomentada por factores como o género, a nacionalidade, as condições associação à imigração, ao processo de aculturação e os próprios sujeitos, que são produto destes factores.

A opção de escolher a imigração como foco do trabalho deve-se ao facto de existir uma riqueza de vivências nos sujeitos, associada a uma forte presença cultural nos comportamentos dos sujeitos. E de acreditar que é possível respeitar um princípio básico dos direitos humanos em que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (UN, 1948).

Estas características permitiu-nos recolher uma informação variada, e conhecer as semelhanças e diferenças entre as atitudes e crenças dos sujeitos consoante a sua nacionalidade. Todavia, não com o objectivo de salientar as diferenças entre os sujeitos, nem generalizar a informação, categorizando e discriminando os sujeitos pela sua nacionalidade, mas explorar e descrever os sujeitos de ambas as nacionalidades e os seus comportamentos. E este é o maior contributo deste trabalho, recolha de informação, para posteriormente planear uma prevenção focalizada e sensível às necessidades e características dos sujeitos, só assim é possível iniciar um processo de mudança de comportamentos de risco, de atitudes e de crenças.

Contudo o maior contributo deste trabalho, transforma-se também no maior desafio do mesmo, devido às dificuldades de acesso e interacção com os sujeitos de várias nacionalidades, na sua maioria devido à sensibilidade e intimidade do tema, e pela situação em que vivem no país receptor.

Referências Bibliográficas

- ACIME (2007). *Sida: imigrantes e minorias étnicas têm difícil acesso a tratamentos*. Consultado em 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1805>.
- AHPN – African HIV Policy Network (2006). Department of health action plan: HIV related stigma and discrimination. Londres: AHPN. Consultado a 10 de Novembro de 2009 através de <http://www.ahpn.org/downloads/policies/04123993.pdf>.
- Albarracín, Wang, Lí, Noguchi (2008). Attitudes: nature and measurement. In Crano, W., & Prislin, R. (Eds.), *Attitudes and Attitudes Change* (19-24). Psychology Press: New York.
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- APF (s.d.). *VIH/SIDA e a mulher: crise global – acção global*. Consultado a 15 de Janeiro de 2008 através de <http://www.apf.pt>.
- Baldaia, J. D. P. (1994). Infecção HIV e SIDA: problemas sociais, étnicos e jurídicos. *Integrar*, 5, 15-19.
- Bäckström, B. (2007). O Fenómeno da Imigração. *Acção & Tratamentos*, 5, 9-10.
- Beck (2005). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bor, B. (1997). AIDS. In Baum, A. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 343-347. Cambridge: University Press.
- Bourtis, R., Moïse, L., Perreault, S. & Secedel, S. (1997). Towards an Interactive Acculturations Model: a social psychology approach. *International Journal of Psychology*, 32 (6), 369-386.
- Brockhoff, M. & Biddlecom, A. (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migrant Review*, 33 (4), 833-856.

- Camargo, B. & Botelho, L. (2007). AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre protecção contra o HIV. *Revista saúde pública*, 1-8.
- Carballo, M., Divino, J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), 936-944.
- Carballo & Nerukar (2001). Migrations, refugees and health risks. *Emerging Infections Diseases*, 7, (3-suplemento), 556-560.
- Cláudio, V. (1992). Projecto de Intervenção numa população de homossexuais masculinos com diagnóstico de seropositivos. *Análise Psicológica*, 10 (2), 181-189.
- Cláudio, V., Pereira, M. G. & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa protecção que o amor tece; *Análise psicológica*, 12 (2-3), 211-226.
- Cláudio, V. & Mateus, M. (Orgs.). (2000). Sida, eu e os outros. Lisboa: Climepsi.
- Cláudio, V. & Sousa, P. (2002). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 22 (2), 159-174.
- Cruz, J. F. A. (1999). Conhecimento, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários: implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. *Educação para a Saúde*, (217-233). Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Decosas & Adrien. (1998). Migration and AIDS. *International Migration*, 36 (4), 445-468.
- Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – Implicações pela intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 89-102.
- Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M. & Fernandes, M. (2004). Risco de infecção por VIH/SIDA. Utilização – acesso aos serviços de saúde numa comunidade migrante. *Acta Med. Port.*, 17, 211-218.
- Dias, S. (2007). *Desafios à prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA em migrantes e minorias étnicas*. Apresentado nas II Jornadas Terapêuticas do GAT.
- Dias, S. & Gonçalves, A. (2007). Migração e saúde. *Migrações*, 1, 15-26.
- Dias, S., Silva, C. A. & Gama, A. (2007). *Barreiras no acesso aos Cuidados de Saúde: Prevenção, tratamento, cuidados e apoio às pessoas infectadas com o VIH/SIDA*. Apresentado nas II jornadas terapêuticas do GAT.
- Faria, D. & Ferreira, H. (2002) *Infecção VIH e imigração em Portugal*. Consultado em 20 de Novembro de 2007 através de <http://www.aidscongress.net/pdf/109.pdf>.
- Fenton. (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current opinion in infectious Diseases*, 14 (1), 63-69.

- Ferreira, L. É. (2002). Crenças, tabus e mitos na prevenção do VIH/SIDA nas comunidades africanas. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 34, 33-40.
- Figueira, M. L. (1992). Mecanismos psicológicos de adaptação à infecção pelo Vírus de Imunodeficiências Humana Adquirida. *Análise Psicológica*, 10 (2), 159-173.
- Fishnein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. MA: Addison-Wesley. Consultado em 15 de Novembro de 2009 através de <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>.
- Fonseca, Esteves, McGaugle & Silva (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política. *Migrações*, 1, 27-52.
- Fonseca, M.L. (2008). Condições de habitação e integração dos imigrantes em Portugal: desafios e políticas. In Vitorino, A. (Eds), *Migrações: oportunidade ou ameaça?* (22-59). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gadon, M., Chierici, M. & Rios, P. (2001). Afro-American migrant farmworkers: a culture in isolation. *AIDS Care*, 13 (6), 789-801.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M. & Linhares, F. (2003). Componentes sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 299-316.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, M. & Gabriel, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), 54-64.
- Gonçalves, S. (2008). *The meaning of intercultural dialogue*. Identify, Diversity and Intercultural Dialogue. Paper presented at the 5th International week of ESEC- Celebration of 2008, European Year of Intercultural Dialogue, 9-56.
- Hines, A. (1993). Linking qualitative and quantitative Methods in Cross-Cultural Survey Research: techniques from cognitive science. *American Journal of Community Psychology*, 21 (6), 729-746.
- Hobfoll, S. E. (1998). Ecology, community, and AIDS prevention. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 133-144.
- IHMT (Maio, 2007). *Migrantes, minorias e VIH: recomendações da comunidade*; Apresentado nas II Jornadas Terapêuticas do GAT.
- Janus (2001). *Anuário de relações exteriores*. Lisboa. Publico/val 1999.168-203.
- Jemmott, J. & Jemmott, L. (2000). HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents. *AIDS*, 14 (4), 540-552.

- Lawrence, Elderidge, Reitman, Little, Shelby & Brasfield (1998). Factors influencing condom use among African American women: Implications for risk reduction interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 7-28.
- Lazarus, J., Himedam, M., Ostergarrd, L. & Liljestrand, J. (2006). HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (1), 92-99.
- Leitão, J. (2002). Integração dos imigrantes como pessoas, trabalhadores e cidadãos. In Rodrigues, M. G. (Eds.), *Imigração e mercado de trabalho, cadernos sociedade e trabalho* (89-96). Lisboa: MSST; DEPP.
- Leyens, J. P. (1999). Atitudes: conceito, formação e mudança. In Yzerby, V., Lalardy, B. & Porto, L. (Eds.). *Psicologia Social* (97-146).
- Lima, L. P. (2004). Atitudes: estrutura e mudança. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (Eds.), *Psicologia Social* (187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Machado, L. (1996). Minorias e literacia: imigrantes Guineenses em Portugal. In Fundação Calouste Gulbenkian (Eds.), (171-238). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Machado, L. (2002). Guineenses no mercado de trabalho – Entre a homogeneidade e a diferenciação. In Rodrigues, M. G. (Eds.), *Imigração e Mercado de Trabalho, Cadernos Sociedade e Trabalho* (13-24). Lisboa: MSST; DEPP.
- Machado, L. (2007). Migrações, saúde e doença. *Migrações*, 1, 201-203.
- Marques, T. G. (1992). Mudanças ou estabilidade de atitudes e crenças? A interdependência do comportamento grupal e individual. *Análise Psicológica*, 10 (3), 391-401;
- Martins, E. D., Silva, J. M. (2000). Cultura (s) e diversidade. In Ornelas & Maria (Eds.), *Actas da 2ª Conferência Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (97-106). Lisboa: ISPA.
- Matos, M. (1994). SIDA: prevenção impossível. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 201-209;
- Matos, M. G. (2003). Aventura social, etnicidade e risco: prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes. In IHMT (Eds.), *Aventura social e saúde*. Lisboa.
- Matos, M., Battistuta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes Portugueses. *Psicológica: Saúde & Doenças*, 4 (1), 3-20.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3ª ED.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Mckay, L., Macintyre, S. & Ellaway, A. (2003). A review of the international literature. *Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit*, 12.
- Menezes, M. (1999). As comunidades imigrantes em Portugal. *Intervenção Social*, 20, 133-150.
- Ministério da Saúde (2007). Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. *Infecção VIH/SIDA*.
- Monteiro, M. J. & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 125-136.
- Monteiro, S. (2001). Direito à cultura. In Ornelas & Maria (Eds.), *Actas da 2ª Conferência Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (235-239). Lisboa: ISPA.
- Nunes, J. (2003). As coordenadas gerais da sexologia. In Fonseca, L., Soares, C., & Vaz, J.M. (Eds.). *A sexologia – perspectiva multidisciplinar* (17-3).
- Oslon, M. & Kendrick, R. (2008). Attitudes: Origin and formation. In Crano, W. & Prislín, R. (Eds.). *Attitudes and Attitudes Change*. (111-130). Psychology Press: New York.
- Ouakinin, S. (2000). Psicoimunologia e SIDA: factores psicossociais, parâmetros imunológicos e evolução da infecção pelo VIH1. *Dissertação de doutoramento apresentado a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*.
- Padilla, B. (2008). Saúde dos imigrantes: protegendo direitos e assumindo responsabilidades. In Vitorino, A. (Eds.), *Migrações: oportunidade ou ameaça?* (136-177). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Páez, D., Echebarria, A., Valencia, J., Romo, I., Juan, C. S., Vergara, A. (1991). AIDS social representations; Contents and Processes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 89-104.
- Pereira, S., Morais, M., & Matos, M. (2006). Comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In Aventura Social & Saúde (Eds.), *Sexualidade, Segurança & SIDA – Estado da Arte e Propostas em meio escola*, 127-142. Lisboa: Aventura Social & Saúde.
- Peterson, J. L. (1998). Introduction to the special Issue: HIV/AIDS. Prevention through Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 1-5.
- Peterson, Catania, Dolsini & Faigeles. (1993). Multiple sexual partners among blacks in high-risk cities. *Family Planning Perspectives*, 25, 263-267.
- Pires, R. P. (2007). *Fluxos migratórios. Dinâmicas e modos de gestão*. Imigração: oportunidade ou ameaça? Recomendações do Fórum Gulbenkian Imigração (46-62). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Pombo, V. (2002). A infecção pelo VIH vinte anos depois: o vacilar da esperança. *Sexualidade e planeamento familiar*, 34, 5-6.
- Reijnevel, S. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position. *Journal of epidemiology community health*, 298-304.
- Rodrigues, C. (2007). *Acesso dos imigrantes indocumentados à saúde em Portugal*. Apresentado nas II Jornadas Terapêuticas do GAT.
- Santinho, A. C. (2006). *Contextos migratórios, particularidades culturais e abordagens específicas no campo da saúde*. Consultado a 20 de Novembro de 2007 através <http://www.apantrologia.net/publicacoes/actascongresso2006/cap3/cristinasantinhoVF.pdf>.
- Santinho, M. C. (2007). *Desfazendo preconceitos – abordagens na relação entre jovens imigrantes e prevenção do VIH/SIDA*. Apresentado nas II Jornadas Terapêuticas do GAT.
- Scheppers, Dongen, Dekker, Geertzen & Dekker (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A Review. *Family Practice*, 325-348.
- Schröder, Hobfoll, Jackson & Lavin. (2001). Proximal and distal predictor of AIDS risk behaviors among inner-city African American and European American women. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 169-190.
- Seabra, A., Gomes, I. (1992). Intervenção da psicologia na prevenção da SIDA. *Análise Psicológica*, 10 (2), 191-197.
- SEF (2007). *Relatório de actividades 2007. Imigração, Fronteiras e Asilo*. www.sef.pt.
- Silva, A. C., Vieira, P. J., Silva, V., Ramos, E. & Pires, A. M. (2003). *Crenças, tabus e mitos nas comunidades africanas*. Lisboa: Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável.
- Sormati, Pereira, El-Bassel, Whitte & Gilbert. (2001). The role of community consultants in designing on VIH preventive interventions. *AIDS Education and Prevention*, 13 (4), 311-328.
- Soskolone, V. & Shtarkshall, RA (2002). Migration and HIV prevention programmes: Linking structural factors, culture, and individual behaviour – an Israeli experience. *Social science & Medicine*, 55, 1297-1307.
- Straub, R. O. (2005). HIV e AIDS. In *Psicologia da Saúde* (393-424). Porto Alegre: Artmad.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J. & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e o uso do preservativo. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14 (1), 167-175.

- Távora-Teixeira, L., Teodósio, R., Seixas, J., Prieto, E., Castro, R., Exposto, F., Atouguia, J. (2007). Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrantes africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra. *Migrações*, 129-139.
- Teixeira, J. A. C. (1994). Formação em aconselhamento - SIDA, experiência do ISPA em formação numa área Específica de aconselhamento de saúde. *Análise Psicológica*, 21 (2-3), 227-231.
- Teixeira, C. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde. In Ornelas & Maria (Eds.), *Actas da 2ª Conferência Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (69-77). Lisboa: ISPA.
- Tolentino, C. (2002). Dilemas e certezas na prevenção do VIH/SIDA. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 33, 7-10.
- Tompkins, M., Smith, L., Jones, K., & Swindells, S. (2006). HIV education needs among Sudanese immigrants and refugees in the Midwestern United States. *AIDS and Behavior*, 10 (3), 319-323.
- UN (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. www.ohchr.org.
- UNAIDS (2008). Report on the global AIDS Epidemic. www.unaids.org.
- Vala, J., Lima, M., & Lopes, D. (s.d). Atitudes sociais dos portugueses valores sociais, preconceito e solidariedade relativamente a grupos racializados e imigrantes. In Editor (Eds.), *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa* (391-427).
- Vala, J., Lopes, D. & Brito, R. (2000). Inferiorização racial e cultural das minorias em Portugal. In Ornelas & Maria (Eds.), *Actas da 2ª Conferência Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (45-53). Lisboa: ISPA.
- Vala, J., Pereira, C. & Ramos, A. (2007). Preconceito racial, percepção de ameaça e oposição à imigração. In *Contextos e Atitudes Sociais* (221-250). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Vianna, C. (2000). A Casa do Brasil de Lisboa e os brasileiros em Portugal. In Ornelas & Maria (Eds.), *Actas da 2ª Conferência Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (163-174). Lisboa: ISPA.
- Vitorino, A. (2007). *Introdução aos relatórios dos workshops realizados no âmbito do Fórum Gulbenkian Imigração*. Imigração: oportunidade ou ameaça? Recomendações do Fórum Gulbenkian Imigração. (18-43). Lisboa.

- Wingood & Diclemente. (1998). Partner influences and gender – related factors associated with noncondom use among young adult African American women. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 29-51.
- WHO (2003). *International migration, health & human rights. Health & Human Rights*, 4.
- Wolffers, I., Verghis, S. & Marin, M. (2003). Migration, human rights and health. *The Lancet*, 362, 2019-2020.

Anexo I

Questionários (Protocolo)

Anexo II

Questionário sócio demográfico

POR FAVOR CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

Responda agora às seguintes questões:

Idade: _____

Sexo:

F M

Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a) /União de facto Divorciado(a) Viúvo(a)

Habilitações Literárias:

1º Ciclo (até ao 4º ano)

2º Ciclo (até ao 6º ano)

3º Ciclo (até ao 9º ano)

Secundário (até ao 12º ano)

Licenciatura

Bacharelato

Mestrado/Doutoramento

Situação Profissional:

a) Empregado (a) Desempregado (a) Pensionista/Reformado (a)

b) Profissão:

Estatuto Socioeconómico:

Baixo Médio Alto

Algumas questões:

- Qual a sua Nacionalidade? _____

- Qual a sua Religião? _____

- Há quanto tempo reside em Portugal? _____

- Qual a sua Área de Residência? _____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo III

Questões seleccionadas do instrumento aplicado para análise deste estudo

Questionário 1 (Q1)

Q1_P4 (Pensando numa relação sexual, avalie a importância dos seguintes aspectos, assinalando com uma cruz (X) a opção que melhor exprime o que pensa. MUITÍSSIMO, Muito, Moderadamente, Pouco e Nada.).

Q1_P6 (Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual).

Q1_P9 (Actualmente é sexualmente activo (a)?).

Q1_P11 (Tem actualmente relações sexuais com mais que um (a) parceiro (a)?).

Q1_P12 (Quando pensa em preservativo o que lhe ocorre imediatamente?)

Q1_P13 (Quando tem uma relação sexual com o seu parceiro (a) habitual usa preservativo? Sempre. Às vezes. Nunca.).

Q1_P14 (Quando tem uma relação sexual com o seu parceiro (a) ocasional usa preservativo? Sempre. Às vezes. Nunca.).

Q1_P19 (Quando pensa em doença o que lhe ocorre imediatamente?)

Q1_P20 (Quando pensa em SIDA o que lhe ocorre imediatamente?)

Q1_P23 (Na sua opinião, a infecção com o vírus da SIDA, pode ser devida aos seguintes aspectos: desenvolvimento industrial, promiscuidade, baixa defesa do organismo, beijo na boca, pouco contacto com a natureza, poluição, lágrimas, operações cirúrgicas, abraço/contacto corporal, transfusão de sangue. Avaliação dos aspectos: muitíssimo, muito, moderadamente, pouco e nada.).

Q1_P24 (Na sua opinião a SIDA afecta principalmente: ricos e famosos, ciganos, toda a população em geral, enfermeiros, jovens, judeus, prostitutas, professores, pessoas promíscuas, toxicod dependentes, homossexuais, negros e médicos. Avaliação: muitíssimo, muito, moderadamente, pouco e nada.).

Q1_P25 (Na sua opinião qual/quais dos seguintes líquidos orgânicos são veículos transmissores do vírus da SIDA: saliva, esperma, urina, leite materno, suor, secreções vaginais, sangue e lágrimas.).

Q1_P26 (A SIDA pode transmitir-se pelo contacto com indivíduos infectados, através de: espirros, tosse, partilha de alimentos, transfusões de sangue, partilha de agulhas e seringas, via placentária, secreções genitais, partilha de escovas de dentes, beijos, abraços, partilha de roupa interior, utilização de objectos cortantes, instalações sanitárias, partilha de pratos, talheres e copos, e relações sexuais sem preservativo.).

Q1_P27 (Assinale a (s) resposta (s) que pensa ser (em) correcta (s) em relação à afirmação “Um indivíduo infectado pelo vírus da SIDA”. Pode não ter sintomas, é um seropositivo, só transmite a SIDA se tiver sintomas da doença, mesmo sem apresentar sintomas da doença pode transmiti-la.).

Q1_P31 (Pensa que as pessoas alteraram os seus comportamentos com o aparecimento da SIDA?).

Q1_P32 (Como é que adquiriu a informação que tem sobre SIDA?).

Q1_P35 (Quando se ama verdadeiramente alguém, o risco de ser infectado pelo vírus da SIDA não está presente.).

Questionário 2 (Q2)

Q2_P1 (Uma mulher conhece um homem numa festa. Depois de conversarem concluem que se sentem mutuamente atraídos, e decidem fazer amor. Não utilizam preservativo. O que pensa da dispensa de preservativo, nesta situação. Concordo totalmente, concordo muito, concordo, discordo muito, discordo totalmente.).

Q2_P2 (Um homem conhece outro numa festa. Depois de conversarem, concluem que se sentem mutuamente atraídos, e decidem fazer amor. Não utilizam preservativo. O que pensa da dispensa de preservativo, nesta situação. Concordo totalmente, concordo muito, concordo, discordo muito, discordo totalmente.).

Q2_P3 (Uma mulher conhece outra numa festa. Depois de conversarem, concluem que se sentem mutuamente atraídos, e decidem fazer amor. Não utilizam preservativo. O que pensa da dispensa de preservativo, nesta situação. Concordo totalmente, concordo muito, concordo, discordo muito, discordo totalmente.).

Q2_P4 (Um homem decide ter relações sexuais com uma prostituta. Não utiliza preservativo. O que pensa da dispensa do preservativo, nesta situação. Concordo totalmente, concordo muito, concordo, discordo muito, discordo totalmente.).

Q2_P5 (Dois toxicómanos decidem utilizar a mesma seringa. O que pensa desta situação? Concordo totalmente, concordo muito, concordo, discordo muito, discordo totalmente.).

Q2_P7 (Um sujeito seropositivo (portador do vírus da SIDA), vive com os seus familiares, que conhecem a situação. Dos comportamentos que a seguir se descrevem, assinale com um “A” aqueles que considera Adequados e com um “I” os que considera Inadequados. Desinfectar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza, tocar no sujeito, beijar o sujeito na cara, utilizar a mesma máquina ou lâmina de barbear,

utilizar as mesmas toalhas, desinfetar a casa de banho depois de o sujeito a utilizar, desinfetar os objectos que o sujeito utiliza, evitar falar sobre SIDA quando o sujeito está presente, separar, na lavagem, a roupa que o sujeito utiliza, utilizar a mesma escova de dentes do sujeito, utilizar protecção quando se trata de uma ferida do sujeito, permitir que o sujeito esteja sozinho durante muito tempo, permitir que o sujeito tenha contacto social com outras pessoas, dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes, criticá-lo pela sua situação actual.).

Q2_P9 (Um sujeito com SIDA vive com os seus familiares, que conhecem a situação. Dos comportamentos que a seguir se descrevem, assinale com um “A” aqueles que considera Adequados e com um “I” os que considera Inadequados. Criticá-lo pela sua situação actual, utilizar a mesma escova de dentes do sujeitos, utilizar protecção quando se trata de uma ferida do sujeito, beijar o sujeito na cara, utilizar a mesma máquina ou lâmina de barbear, evita falar sobre SIDA quando o sujeito está presente, desinfetar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza, tocar no sujeito, separar, na lavagem, a roupa que o sujeito utiliza, desinfetar a casa de banho depois de o sujeito a utilizar, desinfetar os objectos que o sujeito utiliza, permitir que o sujeito esteja sozinho durante muito tempo, utilizar as mesmas toalhas, permitir que o sujeito tenha contacto social com outras pessoas, dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes.).

Q2_P10 (Vai a uma festa e conhece uma pessoa do seu grupo de amigos por quem se sente atraído (a). Sendo essa atracção mútua, decidem fazer amor. Não utilizam preservativo. O que pensa da dispensa de preservativo, nesta situação. Concordo totalmente, concordo muito, concordo, discordo muito e discordo totalmente.).

Questionário 3 (Q3)

Q3_P1 (Penso que ver um filme ou um livro com conteúdo erótico/sexual poderia ser uma experiência interessante. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P2 (Seria humilhante para mim se as pessoas pensassem que estou interessado (a) pelo sexo oral. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P4 (Considero excitante pensar em ter uma relação sexual com coito (penetração). Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P5 (Não considero humilhante a ideia de me sentir atraído (a) fisicamente por pessoas do meu sexo. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P6 (Quase todo o material erótico faz-me sentir repugnância. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P7 (Não gostaria de ver um filme erótico (com conteúdo sexual). Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P8 (Sinto repugnância ao pensar que posso ver um filme onde apareça uma pessoa do meu sexo a masturbar-se. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P9 (É para mim muito excitante imaginar práticas sexuais pouco comuns. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P10 (Provavelmente seria uma experiência excitante acariciar os meus genitais. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P12 (Parece-me correcto que se possa abortar. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P13 (Vai contra os meus princípios a utilização de métodos anticonceptivos artificiais. Discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente.).

Q3_P20 (Para ter relações sexuais com uma pessoa que nível de afecto necessita sentir por ela? Nenhum, pouco, algum, bastante e muito.).

Q3_P44 (Quando ocorre penetração com preservativo, ao tirar o pénis tem que segurar o preservativo pela extremidade.).

Q3_P45 (O preservativo é eficaz se for colocado antes da ejaculação (orgasmo), ainda que antes tenha havido penetração sem ejaculação.).

Q3_P46 (Para que o preservativo seja eficaz tem que se deixar um pouco de espaço na ponta para o esperma.).

Anexo IV

Carta de consentimiento informado

Carta de consentimento informado

Eu, _____, concordo em participar voluntariamente na investigação científica acerca Crenças e Atitudes sobre a Sexualidade e o VIH/SIDA que Natália Cerqueira se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa. A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente explicada por_____.

Tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas às quais me foram respondidas satisfatoriamente. Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Não existem respostas certas ou erradas. Todas as informações recolhidas serão mantidas confidenciais.

Sou livre de responder às questões desta investigação e posso, a qualquer altura, retirar o meu consentimento, terminado assim a minha participação na investigação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tomei conhecimento que uma cópia deste consentimento informado ser-me-á disponibilizada mediante o meu pedido.

_____/_____

(Assinatura do participante)

Anexo V

Tabelas

- Tabela de análise da idade dos participantes

Brasil			Guine		
Valid	Frequency	Percent	Valid	Frequency	Percent
20	1	3,3	18	1	3,3
22	1	3,3	19	3	10
24	3	10	22	1	3,3
25	1	3,3	23	3	10
26	4	13,3	27	2	6,7
27	4	13,3	29	2	6,7
28	1	3,3	30	5	16,7
29	1	3,3	31	1	3,3
30	3	10	33	1	3,3
31	1	3,3	34	1	3,3
32	1	3,3	35	1	3,3
34	1	3,3	36	1	3,3
36	1	3,3	38	1	3,3
41	1	3,3	40	1	3,3
42	2	6,7	44	1	3,3
43	1	3,3	46	1	3,3
44	1	3,3	48	1	3,3
46	1	3,3	49	1	3,3
47	1	3,3	52	1	3,3
			55	1	3,3

- Tabela de análise do tempo de residência em Portugal dos participantes

Brasil			Guine		
Valid	Frequency	Percent	Valid	Frequency	Percent
0,25	2	6,7	0,25	1	3,3
0,50	1	3,3	1,00	3	10,0
0,83	1	3,3	2,00	1	3,3
1,00	1	3,3	3,00	1	3,3
1,25	1	3,3	4,00	1	3,3
2,00	3	10,0	5,00	3	10,0
3,00	1	3,3	6,00	4	13,3
4,00	5	16,7	7,00	2	6,7
5,00	7	23,3	8,00	4	13,3
6,00	3	10,0	9,00	2	6,7
8,00	4	13,3	10,00	2	6,7
10,00	1	3,3	15,00	3	10,0
			18,00	1	3,3
			19,00	1	3,3
			22,00	1	3,3

- Tabela de análise da questão Q1_P4 (Pensando numa relação sexual, avalie a importância dos seguintes aspectos).

Aspectos		Brasil		Guine	
		n	%	n	%
Momentos de intimidade	Nada	2,0	6,90%	2,0	6,70%
	Pouco	1,0	3,30%	1,0	3,30%
	Moderadamente	1,0	3,30%	5,0	16,70%
	Muito	8,0	27,60%	7,0	23,30%
	Muitíssimo	17,0	56,70%	15,0	50,00%
Dar prazer ao meu (minha) parceiro(a)	Nada	2,0	7,40%	3,0	10,00%
	Pouco	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Moderadamente	2,0	7,40%	0,0	0,00%
	Muito	8,0	29,60%	11,0	36,70%
	Muitíssimo	15,0	55,60%	16,0	53,30%
Amor entre os dois	Nada	1,0	3,40%	1,0	3,30%
	Pouco	4,0	13,80%	0,0	0,00%
	Moderadamente	3,0	10,30%	2,0	6,70%
	Muito	11,0	37,90%	8,0	26,70%
	Muitíssimo	10,0	34,50%	19,0	63,30%
Ter prazer e dar prazer	Nada	1,0	3,40%	3,0	10,00%
	Pouco	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Moderadamente	1,0	3,40%	3,0	10,00%
	Muito	10,0	34,50%	8,0	26,7%
	Muitíssimo	17,0	58,60%	16,0	53,30%
Prazer de sedução	Nada	1,0	3,60%	4,0	13,30%
	Pouco	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Moderadamente	4,0	14,30%	7,0	23,30%
	Muito	10,0	35,70%	8,0	26,70%
	Muitíssimo	13,0	46,40%	11,0	36,70%
Prazer de conquista	Nada	2,0	7,10%	5,0	16,70%
	Pouco	1,0	3,60%	1,0	3,30%
	Moderadamente	4,0	14,30%	3,0	10,00%
	Muito	10,0	35,70%	5,0	16,70%
	Muitíssimo	11,0	39,30%	16,0	53,30%
Ter Prazer	Nada	1,0	3,60%	4,0	13,30%
	Pouco	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Moderadamente	0,0	0,00%	3,0	10,00%
	Muito	13,0	46,40%	8,0	26,70%
	Muitíssimo	14,0	50,00%	15,0	50,00%

- Tabela de análise da questão Q1_P6 (Idade dos participantes na primeira relação sexual)

Brasil			Guine		
Valid	Frequency	Percent	Valid	Frequency	Percent
12	1	3,7	12	1	3,8
13	3	11,1	13	1	3,8
14	3	11,1	14	1	3,8
15	4	14,8	16	4	15,4
16	6	22,2	17	3	11,5
17	1	3,7	18	5	19,2
18	4	14,8	19	7	26,9
19	1	3,7	20	1	3,8
20	2	7,4	22	2	7,7
21	1	3,7	24	1	3,8
23	1	3,7			

- Tabela de análise da questão Q1_P23 (Na sua opinião, a infecção com o vírus da SIDA pode ser devida aos seguintes aspectos:).

		Brasil		Guine	
		n	%	n	%
Desenvolvimento Industrial	Nada	18,0	62,10%	18,0	64,30%
	Pouco	4,0	13,80%	6,0	21,40%
	Moderadamente	1,0	3,40%	2,0	7,10%
	Muito	4,0	13,80%	1,0	3,60%
	Muitíssimo	2,0	6,90%	1,0	3,60%
Promiscuidade	Nada	4,0	13,80%	9,0	33,30%
	Pouco	1,0	3,40%	0,0	0,00%
	Moderadamente	2,0	6,90%	4,0	14,80%
	Muito	7,0	24,10%	3,0	11,10%
	Muitíssimo	15,0	51,70%	11,0	40,70%
Baixa defesa do organismo	Nada	14,0	50,00%	11,0	39,30%
	Pouco	5,0	17,90%	4,0	14,30%
	Moderadamente	4,0	14,30%	3,0	10,70%
	Muito	3,0	10,70%	5,0	17,90%
	Muitíssimo	2,0	7,10%	5,0	17,90%
Beijo na boca "Linguado"	Nada	20,0	69,00%	19,0	63,30%
	Pouco	3,0	10,30%	6,0	20,00%
	Moderadamente	1,0	3,40%	1,0	3,30%
	Muito	4,0	13,80%	2,0	6,70%
	Muitíssimo	1,0	3,40%	2,0	6,70%
Pouco contacto com a natureza	Nada	27,0	93,10%	27,0	93,10%
	Pouco	1,0	3,40%	1,0	3,40%
	Moderadamente	1,0	3,40%	0,0	0,00%
	Muito	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Muitíssimo	0,0	0,00%	1,0	3,40%
Poluição	Nada	25,0	86,20%	27,0	90,00%
	Pouco	1,0	3,40%	2,0	6,70%
	Moderadamente	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Muito	0,0	0,00%	1,0	3,30%
	Muitíssimo	3,0	10,30%	0,0	0,00%
Lágrimas	Nada	25,0	89,30%	27,0	96,40%
	Pouco	2,0	7,10%	0,0	0,00%
	Moderadamente	1,0	3,60%	0,0	0,00%
	Muito	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Muitíssimo	0,0	0,00%	1,0	3,30%

Operações cirúrgicas	Nada	7,0	23,30%	8,0	26,70%
	Pouco	5,0	16,70%	3,0	10,00%
	Moderadamente	5,0	16,70%	5,0	16,70%
	Muito	4,0	13,30%	4,0	13,30%
	Muitíssimo	9,0	30,00%	10,0	33,30%
Abraço/ Contacto corporal	Nada	27,0	100,00%	26,0	86,70%
	Pouco	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Moderadamente	0,0	0,00%	3,0	10,00%
	Muito	0,0	0,00%	1,0	3,30%
	Muitíssimo	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Transfusões de sangue	Nada	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Pouco	1,0	3,30%	2,0	6,70%
	Moderadamente	4,0	13,30%	3,0	10,00%
	Muito	4,0	13,30%	4,0	13,30%
	Muitíssimo	21,0	70,00%	21,0	70,00%

- Tabela de análise da questão Q1_P24. (Na sua opinião, a SIDA afecta principalmente)

		Brasil		Guine	
		n	%	n	%
Ricos e famosos	Nada	7,0	24,10%	6,0	22,20%
	Pouco	6,0	20,70%	2,0	7,40%
	Moderadamente	8,0	27,60%	9,0	33,30%
	Muito	4,0	13,80%	5,0	18,50%
	Muitíssimo	4,0	13,80%	5,0	18,50%
Ciganos	Nada	8,0	29,60%	10,0	35,70%
	Pouco	4,0	14,80%	7,0	25,00%
	Moderadamente	6,0	22,20%	3,0	10,70%
	Muito	6,0	22,20%	2,0	7,10%
	Muitíssimo	3,0	11,10%	6,0	21,40%
Toda a população em geral	Nada	3,0	10,70%	2,0	7,10%
	Pouco	6,0	21,40%	1,0	3,60%
	Moderadamente	4,0	14,30%	4,0	14,30%
	Muito	2,0	7,10%	5,0	17,90%
	Muitíssimo	13,0	46,40%	16,0	57,10%
Enfermeiros	Nada	4,0	14,30%	4,0	14,80%
	Pouco	8,0	28,60%	11,0	40,70%
	Moderadamente	9,0	32,10%	6,0	22,20%
	Muito	4,0	14,30%	1,0	3,70%
	Muitíssimo	3,0	10,70%	5,0	18,50%
Jovens	Nada	4,0	13,80%	1,0	3,60%
	Pouco	1,0	3,40%	1,0	3,60%
	Moderadamente	8,0	27,60%	9,0	32,10%
	Muito	10,0	34,50%	9,0	32,10%
	Muitíssimo	6,0	20,70%	8,0	28,60%
Judeus	Nada	7,0	25,90%	9,0	32,10%
	Pouco	5,0	18,50%	7,0	25,00%
	Moderadamente	7,0	25,90%	5,0	17,90%
	Muito	4,0	14,80%	2,0	7,10%
	Muitíssimo	4,0	14,80%	5,0	17,90%
Prostitutas	Nada	2,0	6,70%	2,0	7,10%
	Pouco	1,0	3,30%	0,0	0,00%
	Moderadamente	1,0	3,30%	4,0	14,30%
	Muito	8,0	26,70%	11,0	39,30%
	Muitíssimo	18,0	60,00%	11,0	39,30%

Professores	Nada	9,0	33,30%	7,0	25,90%
	Pouco	5,0	18,50%	7,0	25,90%
	Moderadamente	4,0	14,80%	7,0	25,90%
	Muito	4,0	14,80%	2,0	7,40%
	Muitíssimo	5,0	18,50%	4,0	14,80%
Pessoas Promíscuas	Nada	4,0	14,30%	2,0	8,30%
	Pouco	5,0	17,90%	3,0	12,50%
	Moderadamente	0,0	0,00%	3,0	12,50%
	Muito	3,0	10,70%	6,0	25,00%
	Muitíssimo	16,0	57,10%	10,0	41,70%
Toxicodependentes	Nada	2,0	6,70%	1,0	3,60%
	Pouco	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Moderadamente	0,0	0,00%	0,0	0,00%
	Muito	7,0	23,30%	11,0	39,30%
	Muitíssimo	21,0	70,00%	16,0	57,10%
Homossexuais	Nada	2,0	6,70%	3,0	11,50%
	Pouco	1,0	3,30%	1,0	3,80%
	Moderadamente	1,0	3,30%	6,0	23,10%
	Muito	7,0	23,30%	8,0	30,80%
	Muitíssimo	19,0	63,30%	8,0	30,80%
Negros	Nada	8,0	28,60%	6,0	22,20%
	Pouco	4,0	14,30%	3,0	11,10%
	Moderadamente	5,0	17,90%	6,0	22,20%
	Muito	6,0	21,40%	7,0	25,90%
	Muitíssimo	5,0	17,90%	5,0	18,50%
Médicos	Nada	11,0	39,30%	5,0	17,90%
	Pouco	6,0	21,40%	12,0	42,90%
	Moderadamente	4,0	14,30%	5,0	17,90%
	Muito	4,0	14,30%	2,0	7,10%
	Muitíssimo	3,0	10,70%	4,0	14,30%

- Tabela de análise da questão Q1_P26 (A SIDA pode transmitir-se pelo contacto com indivíduos infectados, através de:)

		Brasil	Guine
Espirros	Não	100,00%	93,30%
	Sim	0,00%	6,70%
Tosse	Não	100,00%	96,60%
	Sim	0,00%	3,40%
Partilha de alimentos	Não	100,00%	89,70%
	Sim	0,00%	10,30%
Transfusões de sangue	Não	0,00%	0,00%
	Sim	100,00%	100,00%
Partilha de agulhas e seringas	Não	3,30%	3,30%
	Sim	96,70%	96,70%
Via placentária (durante gravidez)	Não	7,10%	13,80%
	Sim	92,90%	86,20%
Secreções genitais	Não	20,00%	14,80%
	Sim	80,00%	85,20%
Partilha de escovas de dentes	Não	92,60%	41,40%
	Sim	7,40%	58,60%
Beijos	Não	93,10%	89,70%
	Sim	6,90%	10,30%
Abraços	Não	100,00%	100,00%
	Sim	0,00%	0,00%
Partilha de roupa interior	Não	82,80%	79,30%
	Sim	17,20%	20,70%
Utilização de objectos cortantes	Não	6,70%	13,30%
	Sim	93,30%	86,70%
Instalações sanitárias	Não	86,20%	80,00%
	Sim	13,80%	20,00%
Partilha de copos, pratos e talheres	Não	96,60%	93,30%
	Sim	3,40%	6,70%
Relações sexuais sem preservativo	Não	6,70%	3,30%
	Sim	93,30%	96,70%

- Tabela de análise da questão Q1_P32 (Como é que adquiriu a informação que tem sobre a SIDA?)

		Brasil	Guine
Escola	n responde	48,30%	69,00%
	Responde	51,70%	31,00%
Meios de comunicação	n responde	17,20%	55,20%
	Responde	82,80%	44,80%
Família	n responde	82,80%	96,60%
	Responde	17,20%	3,40%
Sessões de esclarecimento	n responde	72,40%	48,30%
	Responde	27,60%	51,70%
Pessoas infectadas	n responde	93,10%	100,00%
	Responde	6,90%	0,00%
Amigos	n responde	89,70%	86,20%
	Responde	10,30%	13,80%
Divulgação médica	n responde	93,10%	89,70%
	Responde	6,90%	10,30%

Anexo VI Outputs

- Output 1. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4a) Momentos de intimidade
 - Diferenças significativas no tempo de residência na amostra da Guine

Ranks				Q1_P4_a		
	cat_te	mpo_	Mean	Sum of		
	resid	N	Rank	Ranks		
Q1_P4_a	1,00	10	8,30	83,00	Mann-Whitney U	28,000
	2,00	20	19,10	382,00	Wilcoxon W	83,000
	Total	30			Z	-3,419
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: cat_tempo_resid

Q1_P4_a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	20,0	20,0	20,0
	pouco	1	10,0	10,0	30,0
	moderadamente	3	30,0	30,0	60,0
	muito	3	30,0	30,0	90,0
	muitissimo	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tempo residência =1 (menos de 5 anos)

Q1_P4_a					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	moderadamente	2	10,0	10,0	10,0
	muito	4	20,0	20,0	30,0
	muitissimo	14	70,0	70,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Tempo de residência =2 (igual ou mais de 5 anos)

- Output 2. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4a) Momentos de intimidade
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks

				Q1_P4_a	
	Nacionalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
Q1_P4_a	Brasil	11	17,82	196,00	Mann-Whitney U
	Guine	16	11,38	182,00	Wilcoxon W
	Total	27			Z
					Asymp. Sig. (2-tailed)
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Nacionalidade

Q1_P4_a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nada	1	9,1	9,1	9,1
muito	4	36,4	36,4	45,5
muitissimo	6	54,5	54,5	100,0
Total	11	100,0	100,0	

Brasil

Q1_P4_a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nada	2	12,5	12,5	12,5
pouco	1	6,3	6,3	18,8
moderadamente	5	31,3	31,3	50,0
muito	5	31,3	31,3	81,3
muitissimo	3	18,8	18,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 3. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4c) Amor entre os dois
 - Diferenças significativas no tempo de residência na amostra do Brasil

Ranks

	cat_tempo_ resid	Mean N Rank	Sum of Ranks
Q1_P4_c	1,00	21	17,00
	2,00	8	9,75
	Total	29	

	Q1_P4_c
Mann-Whitney U	42,000
Wilcoxon W	78,000
Z	-2,158
Asymp. Sig. (2-tailed)	,031
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,041 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: cat_tempo_resid

Q1_P4_c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco	1	4,5	4,8	4,8
	moderadamente	3	13,6	14,3	19,0
	muito	8	36,4	38,1	57,1
	muitissimo	9	40,9	42,9	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Tempo de residência =1

Q1_P4_c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	1	12,5	12,5	12,5
	pouco	3	37,5	37,5	50,0
	muito	3	37,5	37,5	87,5
	muitissimo	1	12,5	12,5	100,0
Total		8	100,0	100,0	

Tempo de residência =2

- Output 4. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4c) Amor entre os dois
 - Diferenças significativas no gênero feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P4_c	Brasil	18	14,03	252,50
	Guine	14	19,68	275,50
	Total	32		

	Q1_P4_c
Mann-Whitney U	81,500
Wilcoxon W	252,500
Z	-1,967
Asymp. Sig. (2-tailed)	,049
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,091 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Nacionalidade

Q1_P4_c					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco	1	5,3	5,6	5,6
	muito	9	47,4	50,0	55,6
	muitissimo	8	42,1	44,4	100,0
	Total	18	94,7	100,0	
Missing	System	1	5,3		
Total		19	100,0		

Brasil

Q1_P4_c					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito	3	21,4	21,4	21,4
	muitissimo	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Guine

- Output 5. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4c) Amor entre os dois
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q1_P4_c	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
Q1_P4_c	Brasil	11	10,05	110,50	Mann-Whitney U
	Guine	16	16,72	267,50	Wilcoxon W
	Total	27			Z
					Asymp. Sig. (2-tailed)
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]

Q1_P4_c					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	1	9,1	9,1	9,1
	pouco	3	27,3	27,3	36,4
	moderadamente	3	27,3	27,3	63,6
	muito	2	18,2	18,2	81,8
	muitissimo	2	18,2	18,2	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Brasil

Q1_P4_c					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	1	6,3	6,3	6,3
	moderadamente	2	12,5	12,5	18,8
	muito	5	31,3	31,3	50,0
	muitissimo	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 6. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4c) Amor entre os dois
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P4_c	Brasil	29	25,09	727,50
	Guine	30	34,75	1042,50
	Total	59		

Q1_P4_c	
Mann-Whitney U	292,500
Wilcoxon W	727,500
Z	-2,347
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019

a. Grouping Variable: Nacionalidade

- Output 7. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P4.
 - Q1_P4d) Ter e dar prazer
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P4_d	Brasil	11	18,00	198,00
	Guine	16	11,25	180,00
	Total	27		

Q1_P4_d	
Mann-Whitney U	44,000
Wilcoxon W	180,000
Z	-2,412
Asymp. Sig. (2-tailed)	,016
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,030 ^a

Q1_P4_d					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito	2	18,2	18,2	18,2
	muitissimo	9	81,8	81,8	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Brasil

Q1_P4_d

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	12,5	12,5	12,5
	moderadamente	3	18,8	18,8	31,3
	muito	5	31,3	31,3	62,5
	muitissimo	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 8. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P14.
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Ranks

	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P14	Brasil	27	29,41	794,00
	Guine	24	22,17	532,00
	Total	51		

	Q1_P14
Mann-Whitney U	232,000
Wilcoxon W	532,000
Z	-2,127
Asymp. Sig. (2-tailed)	,033

- Output 9. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P14.
 - Diferenças significativas no gênero feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks

	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P14	Brasil	16	15,63	250,00
	Guine	9	8,33	75,00
	Total	25		

	Q1_P4_c
Mann-Whitney U	30,000
Wilcoxon W	75,000
Z	-2,917
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,017 ^a

Q1_P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	6,3	6,3
	as vezes	1	5,3	6,3	12,5
	sempre	14	73,7	87,5	100,0
	Total	16	84,2	100,0	
Missing	System	3	15,8		
Total		19	100,0		

Brasil

Q1_P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	6	42,9	66,7	66,7
	sempre	3	21,4	33,3	100,0
	Total	9	64,3	100,0	
Missing	System	5	35,7		
	Total	14	100,0		

Guine

- Output 10. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23i) Abraço/ Contacto corporal
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P23_i	Brasil	27	27,00	729,00
	Guine	30	30,80	924,00
	Total	57		

Test Statistics^a

		Q1_P23_i
Mann-Whitney U		351,000
Wilcoxon W		729,000
Z		-1,949
Asymp. Sig. (2-tailed)		,051

Q1_P23_i

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	27	90,0	100,0	100,0
	Missing System	3	10,0		
Total		30	100,0		

Brasil

Statistics

Q1_P23_i		
N	Valid	27
	Missing	3
Median		,0000
Mode		,00
Std. Error of Skewness		,448
Std. Error of Kurtosis		,872
Minimum		,00
Maximum		,00

Q1_P23_i

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	26	86,7	86,7	86,7
	moderadamente	3	10,0	10,0	96,7
	muito	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Guine

Statistics		
Q1_P23_j		
N	Valid	30
	Missing	0
Median		,0000
Mode		,00
Skewness		2,485
Std. Error of Skewness		,427
Kurtosis		5,016
Std. Error of Kurtosis		,833
Minimum		,00
Maximum		3,00

- Output 11. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23j) Transfusões de sangue
 - Diferenças significativas no tempo de residência na amostra do Brasil

Ranks

	cat_tempo_ resid	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P24_j	1,00	22	13,86	305,00
	2,00	8	20,00	160,00
	Total	28		

	Q1_P24_j
Mann-Whitney U	52,000
Wilcoxon W	305,000
Z	-2,089
Asymp. Sig. (2-tailed)	,037
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,097 ^a

Q1_P23_j

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pouco	1	4,5	4,5	4,5
moderadamente	4	18,2	18,2	22,7
muito	4	18,2	18,2	40,9
muitissimo	13	59,1	59,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Tempo de residência =1

Q1_P23_j

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muitissimo	8	100,0	100,0	100,0

Tempo de residência =2

- Output 12. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23j) Transfusões de sangue
 - Diferenças significativas no tempo de residência na amostra da Guine

Ranks				Q1_P23_j	
cat_te				Mann-Whitney U	63,500
mpo_		Mean	Sum of	Wilcoxon W	118,500
resid	N	Rank	Ranks	Z	-1,986
Q1_P23_j	1,00	10	118,50	Asymp. Sig. (2-tailed)	,047
	2,00	20	346,50	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,109 ^a
Total	30				

Q1_P23_j					Statistics			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Q1_P23_j		
Valid	pouco	2	20,0	20,0	20,0	N	Valid	10
	moderadamente	2	20,0	20,0	40,0		Missing	0
	muito	1	10,0	10,0	50,0	Median		3,5000
	muitissimo	5	50,0	50,0	100,0	Mode		4,00
Total		10	100,0	100,0		Skewness		-,556
Tempo de residência = 1						Std. Error of Skewness		,687
						Kurtosis		-1,576
						Std. Error of Kurtosis		1,334
						Minimum		1,00
						Maximum		4,00

Q1_P23_j				
		Frequenc	Valid	Cumulative
		y	Percent	Percent
Valid	moderadament	1	5,0	5,0
	e			
	muito	3	15,0	20,0

	muitissimo	16	80,0	80,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Tempo de residência =2

Statistics	
Q1_P23_j	
N	Valid 20
	Missing 0
Median	4,0000
Mode	4,00
Skewness	-2,239
Std. Error of Skewness	,512
Kurtosis	4,657
Std. Error of Kurtosis	,992
Minimum	2,00
Maximum	4,00

- Output 13. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23c) Baixa defesa do organismo
 - Diferenças significativas no tempo de residência na amostra da Guine

Ranks				
	cat_te	mpo_	Mean	Sum of
	resid	N	Rank	Ranks
Q1_P23_c	1,00	9	10,17	91,50
	2,00	19	16,55	314,50
	Total	28		

Q1_P23_c	
Mann-Whitney U	46,500
Wilcoxon W	91,500
Z	-1,995
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,054 ^a

Q1_P23_c					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	6	60,0	66,7	66,7
	pouco	1	10,0	11,1	77,8
	muito	2	20,0	22,2	100,0
	Total	9	90,0	100,0	
Missing System		1	10,0		
Total		10	100,0		

Tempo residência =1

Q1_P23_c					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	5	25,0	26,3	26,3
	pouco	3	15,0	15,8	42,1
	moderadamente	3	15,0	15,8	57,9
	muito	3	15,0	15,8	73,7

	multissimo	5	25,0	26,3	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Missing System		1	5,0		
Total		20	100,0		

Tempo residência =2

- Output 14. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23c) Baixa defesa do organismo
 - Diferenças significativas no gênero feminino entre ambas as nacionalidades

	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P23_c	Brasil	17	11,94	203,00
	Guine	13	20,15	262,00
	Total	30		

	Q1_P23_c
Mann-Whitney U	50,000
Wilcoxon W	203,000
Z	-2,635
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,010 ^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	10	52,6	58,8	58,8
	pouco	3	15,8	17,6	76,5
	moderadamente	2	10,5	11,8	88,2
	muito	1	5,3	5,9	94,1
	multissimo	1	5,3	5,9	100,0
	Total	17	89,5	100,0	
Missing System		2	10,5		
Total		19	100,0		

Brasil

Q1_P23_c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	14,3	15,4	15,4
	pouco	2	14,3	15,4	30,8
	moderadamente	3	21,4	23,1	53,8
	muito	3	21,4	23,1	76,9
	muitissimo	3	21,4	23,1	100,0
	Total	13	92,9	100,0	
Missing System		1	7,1		
Total		14	100,0		

Guine

- Output 15. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23h) Operações cirúrgicas
 - Diferenças significativas no tempo de residência na amostra do Brasil

Ranks

	cat_tempo_r	Mean	Sum of Ranks
	esid	N Rank	
Q1_P23_h	1,00	22 12,98	285,50
	2,00	8 22,44	179,50
	Total	30	

	Q1_P23_h
Mann-Whitney U	32,500
Wilcoxon W	285,500
Z	-2,671
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,007 ^a

Q1_P23_h

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	6	27,3	27,3	27,3
	pouco	5	22,7	22,7	50,0
	moderadamente	5	22,7	22,7	72,7
	muito	3	13,6	13,6	86,4
	muitissimo	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tempo de residência=1

Q1_P23_h

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	1	12,5	12,5	12,5
	muito	1	12,5	12,5	25,0

	multissimo	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Tempo de residência =2

- Output 16. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P23
 - Q1_P23h) Operações cirúrgicas
 - Diferenças significativas no gênero feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q1_P23_h	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
Q1_P23_h	Brasil	19	14,11	268,00	Mann-Whitney U
	Guine	14	20,93	293,00	Wilcoxon W
	Total	33			Z
					Asymp. Sig. (2-tailed)
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]

Q1_P23_h					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	5	26,3	26,3	26,3
	pouco	4	21,1	21,1	47,4
	moderadamente	4	21,1	21,1	68,4
	muito	2	10,5	10,5	78,9
	multissimo	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Brasil

Q1_P23_h					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	14,3	14,3	14,3

moderadamente	2	14,3	14,3	28,6
muito	3	21,4	21,4	50,0
muitissimo	7	50,0	50,0	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Guine

- Output 17. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P24
 - Q1_P24i) Pessoas promíscuas
 - Diferenças significativas entre os tempos de residência na nacionalidade brasileira

	cat_te mpo_ resid	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P24_i	1,00	20	16,40	328,00
	2,00	8	9,75	78,00
	Total	28		

	Q1_P24_i
Mann-Whitney U	42,000
Wilcoxon W	78,000
Z	-2,154
Asymp. Sig. (2-tailed)	,031
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,055 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: cat_tempo_resid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	9,1	10,0	10,0
	pouco	2	9,1	10,0	20,0
	muito	2	9,1	10,0	30,0
	muitissimo	14	63,6	70,0	100,0
	Total	20	90,9	100,0	
Missing System		2	9,1		
Total		22	100,0		

Tempo de residência = 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	nada	2	25,0	25,0	25,0
	pouco	3	37,5	37,5	62,5
	muito	1	12,5	12,5	75,0
	muitissimo	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Tempo de residência = 2

- Output 18. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P24
 - Q1_P24l) Homossexuais
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Ranks

	Nacion alidade N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P24_1	Brasil 30	33,15	994,50
	Guine 26	23,13	601,50
	Total 56		

	Q1_P24_1
Mann-Whitney U	250,500
Wilcoxon W	601,500
Z	-2,462
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014

Q1_P24_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nada	2	6,7	6,7	6,7
	pouco	1	3,3	10,0
	moderadamente	1	3,3	13,3
	muito	7	23,3	36,7
	muitissimo	19	63,3	100,0
	Total	30	100,0	

Brasil

Q1_P24_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	3	10,0	11,5	11,5
	pouco	1	3,3	3,8	15,4
	moderadamente	6	20,0	23,1	38,5
	muito	8	26,7	30,8	69,2
	muitissimo	8	26,7	30,8	100,0
	Total	26	86,7	100,0	
Missing	System	4	13,3		
Total		30	100,0		

Guine

Statistics

Q1_P24_1

N	Valid	30
	Missing	0
Median		4,0000
Mode		4,00
Skewness		-2,010
Std. Error of Skewness		,427
Kurtosis		3,429
Std. Error of Kurtosis		,833
Minimum		00

Statistics

Q1_P24_1

N	Valid	26
	Missing	4
Median		3,0000
Mode		3,00 ^a
Skewness		-,848
Std. Error of Skewness		,456
Kurtosis		-,066
Std. Error of Kurtosis		,887
Minimum		,00
Maximum		4,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

- Output 19. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P24
 - Q1_P24l) Homossexuais
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks

	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q1_P24_1	Brasil	11	18,00	198,00
	Guine	13	7,85	102,00
	Total	24		

	Q1_P24_1
Mann-Whitney U	11,000
Wilcoxon W	102,000
Z	-3,860
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

Q1_P24_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muitissimo	11	100,0	100,0	100,0

Brasil

Statistics		
Q1_P24_1		
N	Valid	11
	Missing	0
	Mode	4,00
	Std. Error of Skewness	,661
	Std. Error of Kurtosis	1,279

Q1_P24_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	1	6,3	7,7	7,7
	pouco	1	6,3	7,7	15,4
	moderadamente	3	18,8	23,1	38,5
	muito	6	37,5	46,2	84,6
	muitissimo	2	12,5	15,4	100,0
	Total	13	81,3	100,0	
Missing	System	3	18,8		
Total		16	100,0		

Statistics		
Q1_P24_1		
N	Valid	13
	Missing	3
	Mode	3,00
	Skewness	-,939
	Std. Error of Skewness	,616
	Kurtosis	,932
	Std. Error of Kurtosis	1,191

Guine

- Output 20. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q1_P24
 - Q1_P24c) Toda a população em geral
 - Diferenças significativas entre os tempos de residência na nacionalidade guineense

Ranks

	cat_te	mpo_	Mean	Sum of
	resid	N	Rank	Ranks
Q1_P24_c	1,00	10	10,55	105,50
	2,00	18	16,69	300,50
Total		28		

	Q1_P24_c
Mann-Whitney U	50,500
Wilcoxon W	105,500
Z	-2,110
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,057 ^a

Q1_P24_c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	20,0	20,0	20,0
	moderadamente	2	20,0	20,0	40,0
	muito	3	30,0	30,0	70,0
	muitissimo	3	30,0	30,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Tempo de residência = 1

Statistics

Q1_P24_c		
N	Valid	10
	Missing	0
	Median	3,0000
	Mode	3,00 ^a
	Skewness	-,848
	Std. Error of Skewness	,687
	Kurtosis	-,401
	Std. Error of Kurtosis	1,334
	Minimum	,00
	Maximum	4,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Q1_P24_c

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco	1	5,0	5,6	5,6
	moderadamente	2	10,0	11,1	16,7
	muito	2	10,0	11,1	27,8
	muitissimo	13	65,0	72,2	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Missing	System	2	10,0		
	Total	20	100,0		

Tempo de residência =2

Statistics

Q1_P24_c		
N	Valid	18
	Missing	2
	Median	4,0000
	Mode	4,00
	Skewness	-1,764
	Std. Error of Skewness	,536
	Kurtosis	2,163
	Std. Error of Kurtosis	1,038
	Minimum	1,00
	Maximum	4,00

- Output 21. Teste Fisher sobre a questão Q1_P25 - Q1_P25b) Esperma

Crosstab

Count

		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q1_P25_b	nao	5	0	5
	sim	6	16	22

Total	11	16	27
-------	----	----	----

as nacionalidades

- Diferenças significativas no género masculino entre ambas

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,926 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	6,167	1	,013		
Likelihood Ratio	10,717	1	,001		
Fisher's Exact Test				,006	,006
Linear-by-Linear Association	8,595	1	,003		
N of Valid Cases	27				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

- Output 22. Teste Fisher sobre a questão Q1_P25
 - Q1_P25b) Esperma
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q1_P25_ nao	7	0	7
sim	23	30	53
Total	30	30	60

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,925 ^a	1	,005		
Continuity Correction ^b	5,822	1	,016		
Likelihood Ratio	10,631	1	,001		
Fisher's Exact Test				,011	,005
Linear-by-Linear Association	7,792	1	,005		
N of Valid Cases	60				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

- Output 23. Teste Fisher sobre a questão Q1_P25
 - Q1_P25d) Leite materno
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q1_P25_d	nao	7	15	22
	sim	21	13	34
Total		28	28	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,791 ^a	1	,029		
Continuity Correction ^b	3,668	1	,055		
Likelihood Ratio	4,877	1	,027		
Fisher's Exact Test				,054	,027
Linear-by-Linear Association	4,706	1	,030		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

- Output 24. Teste Fisher sobre a questão Q1_P26
 - Q1_P26h) Partilha da escova de dentes
 - Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q1_P26_h	nao	15	6	21
	sim	1	7	8
Total		16	13	29

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,134 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	5,926	1	,015		
Likelihood Ratio	8,736	1	,003		
Fisher's Exact Test				,010	,007
Linear-by-Linear Association	7,853	1	,005		
N of Valid Cases	29				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,59.

- Output 25. Teste Fisher sobre a questão Q1_P26
 - Q1_P26h) Partilha da escova de dentes
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q1_P26_h nao	10	6	16
sim	1	10	11
Total	11	16	27

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,702 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	5,648	1	,017		
Likelihood Ratio	8,627	1	,003		
Fisher's Exact Test				,008	,007
Linear-by-Linear Association	7,417	1	,006		
N of Valid Cases	27				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,48.

- Output 26. Teste Fisher sobre a questão Q1_P26
 - Q1_P26h) Partilha da escova de dentes
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q1_P26_h nao	25	12	37
sim	2	17	19
Total	27	29	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,359 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	14,154	1	,000		
Likelihood Ratio	18,148	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,067	1	,000		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,16.

- Output 27. Teste Fisher sobre a questão Q1_P35
 - Diferenças significativas entre os tempos de residência na nacionalidade brasileira

Crosstab

Count

		cat_tempo_resid		
		1,00	2,00	Total
Q1_P35	discordo	18	3	21
	concordo	4	5	9
Total		22	8	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,487 ^a	1	,019		
Continuity Correction ^b	3,580	1	,058		
Likelihood Ratio	5,205	1	,023		
Fisher's Exact Test				,032	,032
Linear-by-Linear Association	5,304	1	,021		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

- Output 28. Teste Fisher sobre a questão Q2_P7
 - Q2_P7a) Desinfectar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q2_P7_a	n adequado	10	4	14
	adequado	1	10	11
Total		11	14	25

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,715 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	7,350	1	,007		
Likelihood Ratio	10,843	1	,001		
Fisher's Exact Test				,004	,003
Linear-by-Linear Association	9,326	1	,002		
N of Valid Cases	25				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,84.

- Output 29. Teste Fisher sobre a questão Q2_P7
 - Q2_P7g) Desinfectar os objectos que o sujeito utiliza
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q2_P7_g n adequado	9	4	13
adequado	2	9	11
Total	11	13	24

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,254 ^a	1	,012		
Continuity Correction ^b	4,367	1	,037		
Likelihood Ratio	6,625	1	,010		
Fisher's Exact Test				,019	,017
Linear-by-Linear Association	5,994	1	,014		
N of Valid Cases	24				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,04.

- Output 30. Teste Fisher sobre a questão Q2_P7
 - Q2_P7g) Desinfectar os objectos que o sujeito utiliza
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q2_P7_g n adequado	24	13	37
adequado	6	13	19
Total	30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,592 ^a	1	,018		
Continuity Correction ^b	4,334	1	,037		
Likelihood Ratio	5,675	1	,017		
Fisher's Exact Test				,025	,018
Linear-by-Linear Association	5,492	1	,019		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,82.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 31. Teste Fisher sobre a questão Q2_P7
 - Q2_P7l) Utilizar protecção quando se trata de uma ferida do sujeito
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q2_P7_1	n adequado	2	8	10
	adequado	28	19	47
Total		30	27	57

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,180 ^a	1	,023		
Continuity Correction ^b	3,714	1	,054		
Likelihood Ratio	5,431	1	,020		
Fisher's Exact Test				,035	,026
Linear-by-Linear Association	5,089	1	,024		
N of Valid Cases		57			

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,74.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 32. Teste Fisher sobre a questão Q2_P7
 - Q2_P7n) Permitir que o sujeito tenha contacto social com outras pessoas
 - Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q2_P7_n	n adequado	6	0	6
	adequado	13	13	26
Total		19	13	32

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,053 ^a	1	,025		
Continuity Correction ^b	3,192	1	,074		
Likelihood Ratio	7,186	1	,007		
Fisher's Exact Test				,059	,030
Linear-by-Linear Association	4,895	1	,027		
N of Valid Cases		32			

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,44.

- Output 33. Teste Fisher sobre a questão Q2_P7
 - Q2_P7o) Dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q2_P7_o n adequado	11	3	14
adequado	19	24	43
Total	30	27	57

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,009 ^a	1	,025		
Continuity Correction ^b	3,725	1	,054		
Likelihood Ratio	5,285	1	,022		
Fisher's Exact Test				,033	,025
Linear-by-Linear Association	4,921	1	,027		
N of Valid Cases	57				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,63.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 34. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9f) Evitar falar sobre SIDA quando o sujeito está presente
 - Diferenças significativas nos tempos de residência na nacionalidade brasileira

Crosstab

Count

	cat_tempo_resid		
	1,00	2,00	Total
Q2_P9_f n adequado	15	2	17
adequado	7	6	13
Total	22	8	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,455 ^a	1	,035		
Continuity Correction ^b	2,870	1	,090		
Likelihood Ratio	4,535	1	,033		
Fisher's Exact Test				,049	,045
Linear-by-Linear Association	4,306	1	,038		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,47.

- Output 35. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9g) Desinfectar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q2_P9_g	n adequado	10	2	12
	adequado	1	9	10
Total		11	11	22

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,733 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	8,983	1	,003		
Likelihood Ratio	13,183	1	,000		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	11,200	1	,001		
N of Valid Cases	22				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

- Output 36. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9g) Desinfectar os talheres ou loiça que o sujeito utiliza
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q2_P9_g	n adequado	25	12	37
	adequado	5	12	17
Total		30	24	54

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,868 ^a	1	,009		
Continuity Correction ^b	5,410	1	,020		
Likelihood Ratio	6,968	1	,008		
Fisher's Exact Test				,017	,010
Linear-by-Linear Association	6,741	1	,009		
N of Valid Cases	54				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,56.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 37. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9j) Desinfectar a casa de banho depois de o sujeito a utilizar
 - Diferenças significativas nos tempos de residência da nacionalidade guineense

Crosstab

Count		cat_tempo_resid		
		1,00	2,00	Total
Q2_P9_j	n adequado	3	14	17
	adequado	4	2	6
Total		7	16	23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,033 ^a	1	,025		
Continuity Correction ^b	2,984	1	,084		
Likelihood Ratio	4,785	1	,029		
Fisher's Exact Test				,045	,045
Linear-by-Linear Association	4,814	1	,028		
N of Valid Cases	23				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,83.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 38. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9l) Desinfectar os objectos que o sujeito utiliza
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q2_P9_l	n adequado	25	15	40
	adequado	5	11	16
Total		30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,487 ^a	1	,034		
Continuity Correction ^b	3,319	1	,068		
Likelihood Ratio	4,547	1	,033		
Fisher's Exact Test				,043	,034
Linear-by-Linear Association	4,407	1	,036		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,43.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 39. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9p) Dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes
 - Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q2_P9_p n adequado	8	1	9
adequado	11	12	23
Total	19	13	32

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,522 ^a	1	,033		
Continuity Correction ^b	2,980	1	,084		
Likelihood Ratio	5,109	1	,024		
Fisher's Exact Test				,050	,038
Linear-by-Linear Association	4,381	1	,036		
N of Valid Cases	32				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,66.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 40. Teste Fisher sobre a questão Q2_P9
 - Q2_P9p) Dar mais atenção ao sujeito do que tinha antes
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Crosstab

Count

	Nacionalidade		
	Brasil	Guine	Total
Q2_P9_p n adequado	8	1	9
adequado	22	25	47
Total	30	26	56

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,378 ^a	1	,020		
Continuity Correction ^b	3,819	1	,051		
Likelihood Ratio	6,103	1	,013		
Fisher's Exact Test				,029	,022
Linear-by-Linear Association	5,282	1	,022		
N of Valid Cases	56				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,18.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 41. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P1.
 - Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Ranks					Mann-Whitney U	286,000
	Nacionalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Wilcoxon W	751,000
Q3_P1	Brasil	30	35,97	1079,00	Z	-2,535
	Guine	30	25,03	751,00	Asymp. Sig. (2-tailed)	,011
	Total	60				

Q3_P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	1	3,3	3,3	3,3
	discordo	2	6,7	6,7	10,0
	indiferente	5	16,7	16,7	26,7
	concordo	11	36,7	36,7	63,3
	concordo totalmente	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	2	6,7	6,7	6,7
	discordo	2	6,7	6,7	13,3
	indiferente	17	56,7	56,7	70,0
	concordo	3	10,0	10,0	80,0
	concordo totalmente	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Guine

- Output 42. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P1.
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades.

Ranks				
	Nacionalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P1	Brasil	11	19,68	216,50
	Guine	16	10,09	161,50
	Total	27		

Q3_P1	
Mann-Whitney U	25,500
Wilcoxon W	161,500
Z	-3,257
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^a

Q3_P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	concordo	3	27,3	27,3	27,3
	concordo totalmente	8	72,7	72,7	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	discordo	1	6,3	6,3	12,5
	indiferente	8	50,0	50,0	62,5
	concordo	3	18,8	18,8	81,3
	concordo totalmente	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 43. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P2.
- Diferenças significativas entre nacionalidades.

Ranks

	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P2	Brasil	29	25,00	725,00
	Guine	29	34,00	986,00
	Total	58		

Q3_P2	
Mann-Whitney U	290,000
Wilcoxon W	725,000
Z	-2,129
Asymp. Sig. (2-tailed)	,033

Q3_P2					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	8	26,7	27,6	27,6
	discordo	8	26,7	27,6	55,2
	indiferente	10	33,3	34,5	89,7
	concordo	1	3,3	3,4	93,1
	concordo totalmente	2	6,7	6,9	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing System		1	3,3		
Total		30	100,0		

Statistics		
Q3_P2		
N	Valid	29
	Missing	1
Mode		2,00
Skewness		,643
Std. Error of Skewness		,434
Kurtosis		,157
Std. Error of Kurtosis		,845

Brasil

Q3_P2					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	6	20,0	20,7	20,7
	discordo	1	3,3	3,4	24,1
	indiferente	14	46,7	48,3	72,4
	concordo	2	6,7	6,9	79,3
	concordo totalmente	6	20,0	20,7	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing System		1	3,3		
Total		30	100,0		

Statistics		
Q3_P2		
N	Valid	29
	Missing	1
Mode		2,00
Skewness		-,067
Std. Error of Skewness		,434
Kurtosis		-,742
Std. Error of Kurtosis		,845

Guine

- Output 44. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P2.
- Diferenças significativas no tempo de residência na nacionalidade Brasileira.

Ranks					Q3_P2	
	cat_tempo_resid	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P2	1,00	22	12,77	281,00	Mann-Whitney U	28,000
	2,00	7	22,00	154,00	Wilcoxon W	281,000
	Total	29			Z	-2,607
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,009
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,011 ^a

Q3_P2					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	8	36,4	36,4	36,4
	discordo	7	31,8	31,8	68,2
	indiferente	6	27,3	27,3	95,5
	concordo totalmente	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tempo de residência = 1

Q3_P2					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo	1	12,5	14,3	14,3
	indiferente	4	50,0	57,1	71,4
	concordo	1	12,5	14,3	85,7
	concordo totalmente	1	12,5	14,3	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Missing System		1	12,5		
Total		8	100,0		

Tempo de residência = 2

- Output 45. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P4.
- Diferenças significativas entre nacionalidades.

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P4	Brasil	28	36,55	1023,50
	Guine	30	22,92	687,50

Q3_P4	
Mann-Whitney U	222,500
Wilcoxon W	687,500
Z	-3,196
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

Q3_P4					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	3	10,0	10,7	10,7
	indiferente	4	13,3	14,3	25,0
	concordo	6	20,0	21,4	46,4
	concordo totalmente	15	50,0	53,6	100,0
	Total	28	93,3	100,0	
Missing	System	2	6,7		
Total		30	100,0		

Brasil

Q3_P4					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	11	36,7	36,7	36,7
	discordo	1	3,3	3,3	40,0
	indiferente	8	26,7	26,7	66,7
	concordo	4	13,3	13,3	80,0
	concordo totalmente	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Guine

- Output 46. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P4.

- Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks					Q3_P4	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P4	Brasil	10	18,35	183,50	Mann-Whitney U	31,500
	Guine	16	10,47	167,50	Wilcoxon W	167,500
	Total	26			Z	-2,716
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,007
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,009 ^a

Q3_P4					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	1	9,1	10,0	10,0
	indiferente	1	9,1	10,0	20,0
	concordo	1	9,1	10,0	30,0
	concordo totalmente	7	63,6	70,0	100,0
	Total	10	90,9	100,0	
Missing System		1	9,1		
Total		11	100,0		

Brasil

Q3_P4					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	9	56,3	56,3	56,3
	discordo	1	6,3	6,3	62,5
	indiferente	1	6,3	6,3	68,8
	concordo	2	12,5	12,5	81,3
	concordo totalmente	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 47. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P5.

- Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades.

Ranks					Q3_P5	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P5	Brasil	30	35,25	1057,50	Mann-Whitney U	277,500
	Guine	29	24,57	712,50	Wilcoxon W	712,500
	Total	59			Z	-2,587
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,010

Q3_P5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	10	33,3	33,3	33,3
	discordo	1	3,3	3,3	36,7
	indiferente	14	46,7	46,7	83,3
	concordo	1	3,3	3,3	86,7
	concordo totalmente	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	19	63,3	65,5	65,5
	discordo	3	10,0	10,3	75,9
	indiferente	4	13,3	13,8	89,7
	concordo	2	6,7	6,9	96,6
	concordo totalmente	1	3,3	3,4	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing System		1	3,3		
Total		30	100,0		

Guine

- Output 48. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P5.

- Diferenças significativas entre o género masculino.

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P5	Brasil	11	16,73	184,00
	Guine	15	11,13	167,00
	Total	26		

Q3_P5	
Mann-Whitney U	47,000
Wilcoxon W	167,000
Z	-2,181
Asymp. Sig. (2-tailed)	,029
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,069 ^a

Q3_P5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	5	45,5	45,5	45,5
	indiferente	4	36,4	36,4	81,8
	concordo totalmente	2	18,2	18,2	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Statistics		
Q3_P5		
N	Valid	11
	Missing	0
	Mode	,00
	Skewness	,574
	Std. Error of Skewness	,661
	Kurtosis	-,967
	Std. Error of Kurtosis	1,279

Brasil

Q3_P5					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	12	75,0	80,0	80,0
	discordo	2	12,5	13,3	93,3
	indiferente	1	6,3	6,7	100,0
	Total	15	93,8	100,0	
Missing	System	1	6,3		
	Total	16	100,0		

Statistics		
Q3_P5		
N	Valid	15
	Missing	1
	Mode	,00
	Skewness	2,273
	Std. Error of Skewness	,580
	Kurtosis	4,785
	Std. Error of Kurtosis	1,121

Guine

- Output 49. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P6.

- Diferenças significativas entre nacionalidades.

Ranks					Q3_P6	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P6	Brasil	30	24,15	724,50	Mann-Whitney U	259,500
	Guine	30	36,85	1105,50	Wilcoxon W	724,500
	Total	60			Z	-2,982
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

Q3_P6					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	17	56,7	56,7	56,7
	discordo	8	26,7	26,7	83,3
	indiferente	4	13,3	13,3	96,7
	concordo totalmente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P6					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	9	30,0	30,0	30,0
	discordo	3	10,0	10,0	40,0
	indiferente	12	40,0	40,0	80,0
	concordo totalmente	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Guine

- Output 50. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P6.

- Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks						
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		Q3_P6
Q3_P6	Brasil	19	12,26	233,00	Mann-Whitney U	43,000
	Guine	14	23,43	328,00	Wilcoxon W	233,000
	Total	33			Z	-3,445
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^a

Q3_P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	10	52,6	52,6	52,6
	discordo	5	26,3	26,3	78,9
	indiferente	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	1	7,1	7,1	7,1
	discordo	2	14,3	14,3	21,4
	indiferente	8	57,1	57,1	78,6
	concordo totalmente	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Guine

- Output 51. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P8.
- Diferenças significativas entre nacionalidades.

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P8	Brasil	30	22,47	674,00
	Guine	29	37,79	1096,00
	Total	59		

Q3_P8	
Mann-Whitney U	209,000
Wilcoxon W	674,000
Z	-3,655
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Q3_P8					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	16	53,3	53,3	53,3
	discordo	4	13,3	13,3	66,7
	indiferente	7	23,3	23,3	90,0
	concordo	1	3,3	3,3	93,3
	concordo totalmente	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P8					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	3	10,0	10,3	10,3
	discordo	1	3,3	3,4	13,8
	indiferente	19	63,3	65,5	79,3
	concordo	1	3,3	3,4	82,8
	concordo totalmente	5	16,7	17,2	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing	System	1	3,3		
Total		30	100,0		

Guine

- Output 52. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P8.

- Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q3_P8		
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P8	Brasil	19	12,58	239,00	Mann-Whitney U	49,000
	Guine	14	23,00	322,00	Wilcoxon W	239,000
	Total	33			Z	-3,245
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,002 ^a

Q3_P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	11	57,9	57,9	57,9
	discordo	3	15,8	15,8	73,7
	indiferente	4	21,1	21,1	94,7
	concordo totalmente	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	1	7,1	7,1	7,1
	discordo	1	7,1	7,1	14,3
	indiferente	9	64,3	64,3	78,6
	concordo	1	7,1	7,1	85,7
	concordo totalmente	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Guine

- Output 53. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P9.

- Diferenças significativas no tempo de residência no Brasil.

Ranks					Q3_P9	
cat_tempo_residencia	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U		
1,00	22	16,68	367,00	Wilcoxon W	40,000	
2,00	7	9,71	68,00	Z	-2,023	
Total	29			Asymp. Sig. (2-tailed)	,043	
				Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,062 ^a	

Q3_P9					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	1	4,5	4,5	4,5
	indiferente	11	50,0	50,0	54,5
	concordo	4	18,2	18,2	72,7
	concordo totalmente	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tempo de residência = 1

Q3_P9					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	3	37,5	42,9	42,9
	indiferente	3	37,5	42,9	85,7
	concordo totalmente	1	12,5	14,3	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Missing	System	1	12,5		
Total		8	100,0		

Tempo de residência =2

- Output 54. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P9.

- Diferenças significativas no género feminino.

Ranks				
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P9	Brasil	18	18,56	334,00
	Guine	13	12,46	162,00
	Total	31		

Q3_P9	
Mann-Whitney U	71,000
Wilcoxon W	162,000
Z	-1,928
Asymp. Sig. (2-tailed)	,054
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,068 ^a

Q3_P9					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	2	10,5	11,1	11,1
	indiferente	8	42,1	44,4	55,6
	concordo	4	21,1	22,2	77,8
	concordo totalmente	4	21,1	22,2	100,0
	Total	18	94,7	100,0	
Missing System		1	5,3		
Total		19	100,0		

Statistics		
Q3_P9		
N	Valid	18
	Missing	1
Mode		2,00
Skewness		-,544
Std. Error of Skewness		,536
Kurtosis		,260
Std. Error of Kurtosis		1,038

Brasil

Q3_P9					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	3	21,4	23,1	23,1
	discordo	3	21,4	23,1	46,2
	indiferente	5	35,7	38,5	84,6
	concordo totalmente	2	14,3	15,4	100,0
	Total	13	92,9	100,0	
Missing System		1	7,1		
Total		14	100,0		

Statistics		
Q3_P9		
N	Valid	13
	Missing	1
Mode		2,00
Skewness		,595
Std. Error of Skewness		,616
Kurtosis		-,100
Std. Error of Kurtosis		1,191

Guine

- Output 55. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P10.

- Diferenças significativas entre nacionalidades.

Ranks					Q3_P10	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P10	Brasil	28	41,63	1165,50	Mann-Whitney U	52,500
	Guine	29	16,81	487,50	Wilcoxon W	487,500
	Total	57			Z	-5,887
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Q3_P10					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	indiferente	3	10,0	10,7	10,7
	concordo	4	13,3	14,3	25,0
	concordo totalmente	21	70,0	75,0	100,0
	Total	28	93,3	100,0	
Missing	System	2	6,7		
Total		30	100,0		

Brasil

Q3_P10					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	12	40,0	41,4	41,4
	discordo	2	6,7	6,9	48,3
	indiferente	10	33,3	34,5	82,8
	concordo	4	13,3	13,8	96,6
	concordo totalmente	1	3,3	3,4	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing	System	1	3,3		
Total		30	100,0		

Guine

- Output 56. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P10.

- Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q3_P10		
	Nacion	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P10	Brasil	18	20,75	373,50	Mann-Whitney U	31,500
	Guine	13	9,42	122,50	Wilcoxon W	122,500
	Total	31			Z	-3,590
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

Q3_P10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	indiferente	3	15,8	16,7	16,7
	concordo	4	21,1	22,2	38,9
	concordo totalmente	11	57,9	61,1	100,0
	Total	18	94,7	100,0	
Missing	System	1	5,3		
Total		19	100,0		

Brasil

Q3_P10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	4	28,6	30,8	30,8
	indiferente	6	42,9	46,2	76,9
	concordo	2	14,3	15,4	92,3
	concordo totalmente	1	7,1	7,7	100,0
	Total	13	92,9	100,0	
Missing	System	1	7,1		
Total		14	100,0		

Guine

- Output 57. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P10.

- Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Test Statistics ^b		
				Q3_P10		
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P10	Brasil	10	21,50	215,00	Mann-Whitney U	,000
	Guine	16	8,50	136,00	Wilcoxon W	136,000
	Total	26			Z	-4,418
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

Q3_P10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	concordo totalmente	10	90,9	100,0	100,0
Missing	System	1	9,1		
Total		11	100,0		

Brasil

Q3_P10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	8	50,0	50,0	50,0
	discordo	2	12,5	12,5	62,5
	indiferente	4	25,0	25,0	87,5
	concordo	2	12,5	12,5	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Guine

- Output 58. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P12

- Diferenças significativas no género feminino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q3_P12		
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P12	Brasil	19	13,87	263,50	Mann-Whitney U	73,500
	Guine	13	20,35	264,50	Wilcoxon W	263,500
	Total	32			Z	-1,988
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,047
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,054 ^a

Q3_P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	9	47,4	47,4	47,4
	discordo	1	5,3	5,3	52,6
	indiferente	6	31,6	31,6	84,2
	concordo	2	10,5	10,5	94,7
	concordo totalmente	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	2	14,3	15,4	15,4
	discordo	2	14,3	15,4	30,8
	indiferente	3	21,4	23,1	53,8
	concordo	3	21,4	23,1	76,9
	concordo totalmente	3	21,4	23,1	100,0
	Total	13	92,9	100,0	
Missing System		1	7,1		
Total		14	100,0		

Guine

- Output 59. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P13

- Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q3_P13	
	Nacion alidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
Q3_P13	Brasil	11	10,68	117,50	Mann-Whitney U
	Guine	16	16,28	260,50	Wilcoxon W
	Total	27			Z
					Asymp. Sig. (2-tailed)
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]

Q3_P13		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	9	81,8	81,8	81,8
	indiferente	1	9,1	9,1	90,9
	concordo totalmente	1	9,1	9,1	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P13		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	6	37,5	37,5	37,5
	indiferente	7	43,8	43,8	81,3
	concordo	1	6,3	6,3	87,5
	concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 60. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P13

- Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

	Nacionalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Q3_P13	Brasil	29	24,78	718,50
	Guine	29	34,22	992,50
	Total	58		

Q3_P13	
Mann-Whitney U	283,500
Wilcoxon W	718,500
Z	-2,456
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014

Q3_P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	23	76,7	79,3	79,3
	discordo	1	3,3	3,4	82,8
	indiferente	2	6,7	6,9	89,7
	concordo totalmente	3	10,0	10,3	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing System		1	3,3		
Total		30	100,0		

Statistics

Q3_P13		
N	Valid	29
	Missing	1
Mode		,00
Skewness		2,122
Std. Error of Skewness		,434
Kurtosis		3,209
Std. Error of Kurtosis		,845

Brasil

Q3_P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo totalmente	13	43,3	44,8	44,8
	discordo	2	6,7	6,9	51,7
	indiferente	9	30,0	31,0	82,8
	concordo	1	3,3	3,4	86,2
	concordo totalmente	4	13,3	13,8	100,0
Total		29	96,7	100,0	
Missing System		1	3,3		
Total		30	100,0		

Statistics

Q3_P13		
N	Valid	29
	Missing	1
Mode		,00
Skewness		,637
Std. Error of Skewness		,434
Kurtosis		-,815
Std. Error of Kurtosis		,845

Guine

- Output 61. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P20

- Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q3_P20		
	Nacion alidade N	Mean Rank	Sum of Ranks			
Q3_P20	Brasil	29	24,81	719,50	Mann-Whitney U	284,500
	Guine	30	35,02	1050,50	Wilcoxon W	719,500
	Total	59			Z	-2,459
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,014

Q3_P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhum	1	3,3	3,4	3,4
	pouco	2	6,7	6,9	10,3
	algum	6	20,0	20,7	31,0
	bastante	11	36,7	37,9	69,0
	muito	9	30,0	31,0	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Missing	System	1	3,3		
Total		30	100,0		

Brasil

Q3_P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nenhum	1	3,3	3,3	3,3
	algum	3	10,0	10,0	13,3
	bastante	7	23,3	23,3	36,7
	muito	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Guine

- Output 62. Teste Wilcoxon Mann-Whitney sobre a questão Q3_P20

- Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Ranks				Q3_P20		
	Nacionalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks		
Q3_P20	Brasil	11	10,32	113,50	Mann-Whitney U	47,500
	Guine	16	16,53	264,50	Wilcoxon W	113,500
	Total	27			Z	-2,111
					Asymp. Sig. (2-tailed)	,035
					Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,044 ^a

Q3_P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pouco	2	18,2	18,2	18,2
	algum	3	27,3	27,3	45,5
	bastante	4	36,4	36,4	81,8
	muito	2	18,2	18,2	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Brasil

Q3_P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algum	3	18,8	18,8	18,8
	bastante	4	25,0	25,0	43,8
	muito	9	56,3	56,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Guine

- Output 63. Teste Fisher sobre a questão Q3_P44

- Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Q3_P44 * Nacionalidade Crosstabulation

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q3_P44	falso	9	3	12
	verdadeiro	8	17	25
Total		17	20	37

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,036 ^a	1	,014		
Continuity Correction ^b	4,429	1	,035		
Likelihood Ratio	6,210	1	,013		
Fisher's Exact Test				,032	,017
Linear-by-Linear Association	5,873	1	,015		
N of Valid Cases	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,51.

- Output 64. Teste Fisher sobre a questão Q3_P44
 - Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Q3_P44 * Nacionalidade Crosstabulation

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q3_P44	falso	7	2	9
	verdadeiro	2	11	13
Total		9	13	22

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,564 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	6,178	1	,013		
Likelihood Ratio	9,070	1	,003		
Fisher's Exact Test				,007	,006
Linear-by-Linear Association	8,175	1	,004		
N of Valid Cases	22				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,68.

- Output 65. Teste Fisher sobre a questão Q3_P45

- Diferenças significativas entre ambas as nacionalidades

Q3_P45 * Nacionalidade Crosstabulation

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q3_P45	falso	18	3	21
	verdadeiro	7	17	24
Total		25	20	45

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,504 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	12,305	1	,000		
Likelihood Ratio	15,627	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,182	1	,000		
N of Valid Cases	45				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,33.

b. Computed only for a 2x2 table

- Output 66. Teste Fisher sobre a questão Q3_P45

- Diferenças significativas no género masculino entre ambas as nacionalidades

Q3_P45 * Nacionalidade Crosstabulation

Count		Nacionalidade		
		Brasil	Guine	Total
Q3_P45	falso	9	1	10
	verdadeiro	2	10	12
Total		11	11	22

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,733 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	8,983	1	,003		
Likelihood Ratio	13,183	1	,000		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	11,200	1	,001		
N of Valid Cases	22				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.