

**MARCO DE TUBINO SCANAVINO**

**Comportamento sexual de sujeitos com aids referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira**

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

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo

**São Paulo**

**2007**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Scanavino, Marco de Tubino

Comportamento sexual de sujeitos com aids referida : um estudo baseado numa amostra da população brasileira / Marco de Tubino Scanavino. -- São Paulo, 2007.

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

Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1.Comportamento sexual 2.Fatores de risco 3.Hiv 4.Síndrome de imunodeficiência adquirida 5.Transtornos sexuais e da identidade sexual 6.Preservativos/utilização 7.Estudos populacionais em saúde pública

USP/FM/SBD-053/07

## **Os degraus**

Não desças os degraus do sonho  
para não despertar os monstros.  
Não subas aos sótãos – onde  
os deuses, por trás das suas máscaras,  
ocultam o próprio enigma.  
Não desças, não subas, fica.  
O mistério está é na tua vida!  
e é um sonho louco este nosso mundo...

***Mario Quintana***

## ***DEDICATÓRIA***

***À Nara, Cynthia e Marcelo***

## ***AGRADECIMENTOS***

Agradeço à *Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo* pela orientação no percurso acadêmico há dez anos. Sempre próxima, abrindo espaços – no Projeto Sexualidade, no Curso de Especialização, dentre outros – de grande aprendizado clínico, pedagógico e científico. O diálogo e interação freqüentes, nas diversas frentes de trabalho, oportunizam conhecimento, aquisição de modelos e amadurecimento para o exercício das funções de professor e pesquisador no campo da sexualidade humana. A gratidão pela oportunidade de ser orientado por colega de tamanha expressão e competência supera inúmeras vezes as linhas disponíveis para os agradecimentos nesta tese.

Ao *Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, Profa. Dra. Sandra Scivoletto e Profa. Dra. Débora Bassitt* pelas valiosas sugestões e observações no exame de qualificação.

Ao *Prof. Dr. Drausio Vicente Camarnado Junior*, pelos valorosos comentários e sugestões para com este trabalho.

Ao *Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes*, pela disponibilidade e precisas respostas às dúvidas relativas à análise estatística.

À *Profa. Dra. Andréia Nascimento* pela competente consultoria estatística.

Ao *Prof. Giancarlo Spizzirri*, pela disponibilidade com as aulas e o apoio.

Ao *Dr. Estevam Lozano Cruz* pela colaboração com a transcrição das fitas.

Ao então acadêmico, e agora, colega, *Dr. Saulo Vito Ciasca*, pela colaboração na pesquisa nas bases de dados.

À *Dona Eliza*, secretária da Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria.

À *Luciana*, secretária da Graduação do Departamento de Psiquiatria.

Aos amigos *Roberto, Luis Fernando, Alfredo, Sérgio e Luisa* pela torcida e tolerância com o enclausuramento.

Aos colegas do EVSB, *Albângela, Cida, Márcia, Carla e Waldemar*.

E, finalmente, aos 7.103 *pesquisados*, que contribuíram para a realização deste trabalho.

## ***SUMÁRIO***

# Sumário

**Lista de Abreviaturas**

**Lista de Figuras**

**Lista de Siglas**

**Lista de Tabelas**

**Resumo**

**Summary**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
2.1	Comportamento sexual de risco .....	13
2.1.1	Conceitos .....	13
2.1.2	Uso de preservativos .....	16
2.2	Persistência de comportamento sexual de risco .....	17
2.3	Fatores sociodemográficos .....	18
2.3.1	Condições socioeconômicas .....	18
2.3.2	Educação .....	18
2.3.3	Idade .....	19
2.3.4	Raça .....	23
2.3.5	Gênero .....	26
2.4	Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) .....	30
2.4.1	Atitude diante da sexualidade .....	32
2.4.2	Uso de drogas e álcool .....	34
2.4.3	Disfunções sexuais .....	37
2.4.4	Violência sexual .....	41

2.4.5	Abuso sexual .....	43
2.4.6	Compulsão sexual .....	45
2.4.7	Orientação afetivo sexual .....	48
2.4.8	Transtorno da identidade sexual .....	51
2.4.9	Profissionais do sexo .....	54
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>57</b>
3.1	Geral .....	57
3.2	Específicos .....	57
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>59</b>
4.1	Tipo de estudo .....	59
4.2	Seleção da amostra .....	59
4.3	Instrumento .....	61
4.4	Procedimentos .....	62
4.4.1	Grupo piloto .....	62
4.4.2	Pesquisa de campo .....	63
4.5	Montagem do banco de dados .....	64
4.6	Comportamento sexual de sujeitos com aids referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira .....	65
4.7	Análise estatística .....	66
4.8	Revisão da literatura .....	69
4.9	Conflito de interesses .....	72
4.10	Bolsa de Doutorado .....	72
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>74</b>
5.1	Freqüência de sujeitos com aids referida .....	74
5.2	Perfil dos 1.584 sujeitos que não responderam à questão sobre aids .....	74

5.3	As freqüências dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com o gênero, as cidades e regiões brasileiras pesquisadas .....	75
5.4	Fatores associados à aids referida em ambos os gêneros .....	77
5.5	Aversão sexual .....	83
5.6	Atitude diante da sexualidade .....	83
5.7	Doenças Sexualmente Transmissíveis .....	86
5.8	Receber dinheiro por sexo .....	86
5.9	Modelo de regressão logística (multivariado) com variáveis associadas à aids referida em ambos os gêneros .....	86
5.10	Fatores associados à aids referida exclusivamente em mulheres .....	88
5.11	Histórico sexual .....	89
5.12	Fatores associados à aids referida exclusivamente em homens .....	90
5.13	Dependência ao álcool .....	90
5.14	Comportamentos sexuais disfuncionais .....	90
5.15	Práticas sexuais .....	91
5.16	Orientação e identidade sexuais .....	92
5.17	Comportamentos indicativos de impulsividade sexual .....	93
5.18	Modelo de regressão logística (multivariado) para homens com aids referida .....	95
5.19	Síntese .....	97
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>100</b>
6.1	Perfil dos 1.584 sujeitos que não responderam à questão sobre aids .....	100
6.2	Freqüências dos sujeitos com aids referida .....	102
6.3	Gênero .....	103

6.4	Escolaridade e educação sexual .....	105
6.5	Outras variáveis sociodemográficas .....	108
6.6	Dependência química .....	110
6.7	Práticas sexuais e atitudes diante da sexualidade .....	111
6.8	Histórico sexual e comportamentos indicativos de impulsividade sexual .....	114
6.9	Doenças Sexualmente Transmissíveis .....	117
6.10	Receber dinheiro por sexo .....	118
6.11	Modelo de regressão logística para ambos os gêneros .....	119
6.12	Comportamentos sexuais disfuncionais e ausência de atividade sexual em mulheres .....	121
6.13	Mulheres e o sexo sob efeito de drogas .....	122
6.14	Mulheres com práticas de relações incestuosas .....	124
6.15	Homens viúvos .....	124
6.16	Dependência ao álcool nos homens .....	125
6.17	Comportamentos sexuais disfuncionais dos homens .....	127
6.18	Práticas sexuais dos homens .....	129
6.19	Dificuldades quanto à identidade sexual em homens .....	129
6.20	Itens relativos à orientação sexual em homens .....	131
6.21	Estilo de vida GLS .....	133
6.22	Comportamentos indicativos de impulsividade sexual em homens .....	135
6.23	Modelo de regressão logística para homens .....	135
6.24	Implicações para futuras pesquisas .....	136
6.25	Implicações para a clínica .....	137
6.26	Limitações do estudo .....	138

<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>142</b>
<b>8</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>147</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>158</b>

***LISTAS***

## Abreviaturas

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DHEAS	Dehidroepiandrosterona
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
<i>et al.</i>	e colaboradores
EVSB	Estudo da Vida Sexual do Brasileiro
HAART	Terapia anti-retroviral altamente ativa
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	homens que fazem sexo com homens
IC	Intervalo de confiança
ICRS	Índice de Comportamento de Risco Sexual
O.R.	<i>Odds Ratio</i> – Razão de Chances
ProSex	Projeto Sexualidade
SAST	<i>Sexual Addiction Screening Test</i>
TRV	Teste da razão da verossimilhança
UDI	Usuários de drogas injetáveis
VLAS	<i>Vancouver Lymphadenopathy Aids Study</i>
VP	<i>Vanguard Project</i>

## Figuras

<b>Figura 1 – Síntese dos fatores associados a aids referida .....</b>	<b>97</b>
--	-----------

## Siglas

CDC	<i>Center for Disease Control</i>
CEBRAP	Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/aids
EUA	Estados Unidos da América
Ipq-HC-FMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

## Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Comportamento Sexual de Risco – os escores de risco de acordo com os comportamentos sexuais desenvolvidos .....	<b>15</b>
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com variáveis sociodemográficas .....	<b>147</b>
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com as práticas e a história sexual .....	<b>149</b>
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com a atitude diante da sexualidade .....	<b>151</b>
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com comportamentos indicativos de impulsividade sexual .....	<b>152</b>
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com comportamentos sexuais disfuncionais, dificuldades quanto à identidade sexual, ter feito tratamento para Dependência ao Alcool e DST referida ..	<b>154</b>
<b>Tabela 7</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com as regiões e cidades pesquisadas .....	<b>75</b>
<b>Tabela 8</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida de acordo com o gênero .....	<b>76</b>
<b>Tabela 9</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com a escolaridade e educação sexual. ....	<b>77</b>
<b>Tabela 10</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com variáveis sociodemográficas .....	<b>155</b>

<b>Tabela 11</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds, Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com a atividade sexual	<b>79</b>
<b>Tabela 12</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com dados da história sexual .....	<b>80</b>
<b>Tabela 13</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com comportamentos referidos indicativos de impulsividade sexual	<b>82</b>
<b>Tabela 14</b> – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com a atitude diante da sexualidade .....	<b>85</b>
<b>Tabela 15</b> – Valor de p, Intervalo de Confiança (IC95%), Odds Ratio (O.R.) bruto e ajustado mediante o modelo de regressão logística dos sujeitos de ambos os gêneros com aids referida, para as variáveis: DST (doenças sexualmente transmissíveis), ter sofrido violência sexual, nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual, ter recebido dinheiro por sexo, o “clima” favorece o ato sexual .....	<b>87</b>
<b>Tabela 16</b> – Distribuição da freqüência das mulheres com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com algumas práticas sexuais .....	<b>89</b>
<b>Tabela 17</b> – Distribuição da freqüência dos homens com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com comportamentos sexuais disfuncionais .....	<b>91</b>
<b>Tabela 18</b> – Distribuição da freqüência dos homens com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com itens relativos à orientação e identidade sexuais .....	<b>93</b>
<b>Tabela 19</b> – Distribuição da freqüência dos homens com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com comportamentos referidos indicativos de impulsividade sexual	<b>94</b>

**Tabela 20** – Valor de p, Intervalo de Confiança (IC95%), Odds Ratio (O.R.) bruto e ajustado mediante o modelo de regressão logística dos sujeitos do gênero masculino com aids referida, para as variáveis: DST (doenças sexualmente transmissíveis), ter sofrido violência sexual, penetração em outros orifícios, sexo oral, quatro ou mais relações sexuais por semana .....

***RESUMO***

Scanavino MT. *Comportamento sexual de sujeitos com aids referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 174p.

**INTRODUÇÃO:** Estudos sobre comportamento sexual e aids investigam usualmente aspectos da sexualidade de risco. Nessa pesquisa inauguramos uma investigação da associação entre risco de aids (auto-referida) e os diversos comportamentos afetivo-sexuais dos sujeitos pesquisados no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSb). **MÉTODOS:** O EVSB foi realizado por meio da aplicação de um questionário anônimo e auto-responsivo composto por 87 questões. A aplicação contemplou transeuntes de praças, parques e praias de 18 cidades brasileiras (seleção por conveniência). Foi feita análise das respostas dos sujeitos que referiram aids (n=75), comparadas com as dos que não referiram (n=5.444). **RESULTADOS:** 1. Em ambos os gêneros, mantiveram associação à aids referida, no modelo de regressão logística, as seguintes variáveis: DST referida (O.R.=19,61, IC95%=10,15 – 37,90, p<0,001), sexo por dinheiro (O.R.=2,71, IC95%=1,29 – 5,69, p=0,008), antecedentes de nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual (O.R.=2,57, IC95%=1,27 – 5,21, p=0,008), antecedentes de vitimização por violência sexual (O.R.=2,50, IC95%=1,08 – 5,77, p=0,031) e favorecimento do ambiente à realização do ato sexual (O.R.=0,50, IC95%=0,29 – 0,86, p=0,014). 2. No gênero masculino, mantiveram associação à aids referida, no modelo de regressão logística, as seguintes variáveis: DST referida

(O.R.=18,12, IC95%=7,00 – 46,89,  $p<0,001$ ), antecedentes de vitimização por violência sexual (O.R.=6,23, IC95%=1,73 – 22,33,  $p=0,005$ ), sexo com penetração em orifícios não convencionais (O.R.=5,79, IC95%=2,26 – 14,79,  $p<0,001$ ), maior frequência sexual (O.R.=2,53, IC95%=1,14 – 5,60,  $p=0,021$ ) e prática do sexo oral (O.R.= 0,22, IC95%=0,09 – 0,51,  $p=0,001$ ). 3. História de tratamento para mudança de sexo manteve-se associada em homens com aids referida após ajuste para escolaridade, DST e sexo remunerado (O.R.=5,68, I.C.95%=1,37-23,50;  $p=0,006$ ). 4. Aids referida, em mulheres, apresentou associação com: dificuldade em manter a excitação até o final da relação sexual (O.R.=2,70, IC95%=1,03 – 6,58,  $p=0,03$ ), ausência de atividade sexual nos últimos 12 meses (O.R.=3,98, IC95%=1,55 – 10,23,  $p=0,002$ ), sexo sob efeito de drogas (O.R.=8,62, IC95%=3,20 – 23,20,  $p<0,001$ ). CONCLUSÕES: em homens e mulheres com aids referida salientaram-se comportamentos indicativos de impulsividade sexual, história de violência sexual, sexualidade mais genital do que afetiva, DST e sexo por dinheiro. Só nos homens, destacaram-se dificuldades quanto à identidade sexual e sexo oral (efeito protetor). Só nas mulheres, destacaram-se impacto no funcionamento sexual e sexo sob efeito de drogas.

Descritores: 1.Comportamento sexual 2.Fatores de risco 3.HIV 4.Síndrome de imunodeficiência adquirida 5.Transtornos sexuais e da identidade sexual 6.Preservativos/utilização 7.Estudos populacionais em saúde pública

## ***SUMMARY***

Scanavino MT. *Sexual behavior of subjects who reported AIDS: a study based in a Brazilian population sample* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2007. 174p.

INTRODUCTION: Former studies about sexual behavior and AIDS usually inquire aspects regarding risk behavior. This study is a research opening about the association between the risk of AIDS (self reported) and different sexually affective behaviors among the subjects investigated in the Brazilian Sexual Life Study (BSLS). METHODS: BSLS was performed using an anonymous and self answered 87 questions inquiry. It was conducted with plaza, park and beach pedestrians of 18 Brazilian cities (selected by convenience). The answers of the subjects, who reported AIDS (75), were analyzed and compared to those not reporting AIDS (5444). RESULTS: 1) Both genders maintained the association to AIDS in the logistics regression with the following variables: reported sexually transmitted disease (STD) (Odds Ratio) [O.R.] = 19.61, (Confidence interval) [CI] 95% = 10.15 – 37.90,  $p < 0.001$ ), sexual abuse background (O.R.= 2.50, CI 95%=1.08 – 5.77,  $p = 0.031$ ), nine or more behaviors showing sexual impulsivity (O.R.= 2.57, CI 95% = 1.27 – 5.21,  $p = 0.008$ ), prostitution (O.R.= 2.71, CI 95% = 1.29 – 5.69,  $p = 0.008$ ), proper environment for sexual intercourse (O.R.= 0.50, CI 95% = 0.29 – 0.86,  $p = 0.014$ ); 2) The male maintained the AIDS reported association in the logistics regression with the following variables: reported STD (O.R. = 18.12, CI 95% = 7.00 – 46.89,  $p < 0.001$ ), sexual abuse background (O.R.= 6.23, CI 95% = 1.73 – 22.33,  $p = 0.005$ ), non-

conventional orifice penetration at intercourse (O.R. = 5.79, CI 95% = 2.26 – 14.79,  $p < 0.001$ ), higher sexual intercourse rate (O.R. = 2.53, CI 95% = 1.14 – 5.60,  $p = 0.021$ ), oral sex (O.R.= 0.22, CI 95% = 0.09 – 0.51,  $p = 0.001$ ). 3) background of sexual reassignment treatment associated in reported AIDS controlling for literate level, STD and prostitution (O.R. = 5.68, CI 95% = 1.37 – 23.50,  $p = 0.006$ ); 4) reported AIDS in women showed association with: difficulty keeping arousal till the end of intercourse (O.R. = 2.70, CI 95% = 1.03 – 6.58,  $p = 0.03$ ), lack of sexual activity in the past 12 months (O.R. = 3.98, CI 95% = 1.55 – 10.23,  $p = 0.002$ ), sex under drugs influence (O.R. = 8.62, CI 95% = 3.20 – 23.20,  $p < 0.001$ ). CONCLUSION: It is pointed out that, in men and women with reported AIDS, behaviors of sexual impulsivity, background of sexual abuse, more genital than affective sexuality, STD and prostitution. Only men showed gender identity disorder and oral sex (protecting effect). Only women showed impact on sexuality and sex under drugs influence.

Descriptors: 1.Sexual behavior 2.Risk factors 3.HIV 4.Acquired immunodeficiency syndrome 5.Sexual and gender disorders 6.Condoms/utilization

# ***INTRODUÇÃO***

## **1 INTRODUÇÃO**

Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS, 2006), estão aumentando os casos de aids entre mulheres, especialmente em lugares onde predomina a transmissão heterossexual.

Em todo o mundo, estima-se que existam 40,3 milhões de pessoas vivendo com HIV. Apenas em 2005, 4,9 milhões de pessoas contraíram a infecção pelo HIV e 3,1 milhões morreram em função da epidemia. Ainda em 2005, na América Latina e Caribe são mais de 2 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids.

O número de pessoas que vivem com o HIV tem aumentado globalmente em comparação com os índices dos anos anteriores e o maior incremento – em torno de 40 a 50% – ocorre nas regiões da Europa Oriental, Central e Ásia Oriental, principalmente na China.

A África Subsaariana é a região mais afetada, com aproximadamente dois terços do total mundial – 25,4 milhões de pessoas vivem com o HIV; desse número, três quartos são do sexo feminino (UNAIDS, 2006).

Os efeitos da epidemia entre as mulheres são os que mais preocupam. Em termos globais, quase a metade de todas as pessoas vivendo com HIV são mulheres, o que equivale a 46% dos adultos. Na América Latina, elas respondem por 32% dos 1,8 milhão de pessoas vivendo com HIV.

A prevenção é um dos aspectos prioritários dos acordos mundiais que orientam o trabalho do Fundo de População das Nações Unidas, que promove o Programa de Ação adotado durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994, no Cairo. As ações de prevenção também se orientam pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e pela Declaração de Compromisso na Luta contra o HIV/aids, de 2001 (UNAIDS, 2006).

Em 1º de dezembro de 2006, Dia Mundial de Luta Contra a Aids, o Ministério da Saúde do Brasil promoveu a nova campanha de prevenção chamada “Prevenção Positiva”, com foco na prevenção das pessoas que vivem com HIV/aids. A partir do tratamento, os sujeitos podem melhorar a qualidade de vida, ter novas perspectivas, voltar a relacionar-se afetivamente, trabalhar, estudar, ter filhos, enfim, ter projetos de vida. Por isso a importância de combater a discriminação e o estigma que envolve a doença por meio do protagonismo das pessoas que vivem com o HIV. Deve-se destacar que é a primeira vez que tal estratégia é adotada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006f).

Desde o primeiro caso de aids em 1980 até junho de 2006, foram identificados no Brasil aproximadamente 433 mil casos. A taxa de incidência

---

foi crescente até a metade da década de 1990, alcançando em 1998, cerca de 17 casos de aids a cada 100 mil habitantes. A região Sudeste do Brasil é a mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mantém-se estabilizada (Brasil, 2006d).

O Brasil totalizou uma cifra próxima aos 172 mil óbitos por aids até dezembro de 2004. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhou a de incidência de aids, atingindo a taxa de 9,7 óbitos a cada 100 mil habitantes. Observou-se queda na mortalidade após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral. A partir de 2000, evidenciou-se uma estabilização em 6,3 óbitos a cada 100 mil habitantes, embora essa tendência seja bem mais evidente na região Sudeste e entre os homens. Entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco anos na idade mediana das pessoas que chegam a óbito por aids, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevida dos pacientes (Brasil, 2006d).

No Brasil, a aids tem atingido, de forma bastante intensa, os usuários de drogas injetáveis (UDI), homossexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH). No início da década de 1980, os indivíduos que receberam transfusões de sangue e/ou hemoderivados estiveram entre os mais atingidos. Até recentemente a taxa de incidência de aids se manteve em patamares elevados, isto é, em um valor aproximado de 19,8 casos a cada 100 mil habitantes. O aumento ocorre, basicamente, devido à persistência da tendência de aumento do HIV/aids entre as mulheres (Brasil, 2006a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil mantém sua posição entre os países com epidemia concentrada, medida

---

pelo número de casos novos ou antigos e em qualquer população de risco é maior que 5%, quando nas populações que não apresentam condutas de risco é menor do que 5% (Brasil, 2006e).

Nas últimas décadas as pesquisas no campo da sexualidade experimentam uma renovação e um impulso que podem ser avaliados pelo volume crescente de novas publicações em todo o mundo (Gagnon, 1988; Turner, 1989; Tastemain, 1989; Konings *et al.*, 1995; Abdo, 2004a; Wellings, 2006). A partir da leitura de seus marcos conceituais e metodológicos, nota-se predominância de abordagens centradas nas noções de "comportamentos sexuais" e, mais particularmente, de "comportamentos sexuais que transmitem HIV" (Turner, 1989).

O estudo do comportamento sexual humano surge, de maneira sistemática, com Alfred Kinsey (1948). Pela primeira vez foi feito um projeto explícito que tenha a ambição de abarcar a totalidade da atividade sexual da espécie humana, do ponto de vista de seus diferentes modos de expressão, partindo de uma investigação cuja amostra era, supostamente, representativa do conjunto da população norte-americana. Essa conduta representou, por um lado, uma ruptura com as grandes obras da sexologia clínica do fim do século XIX e início do século XX, que visavam descrever certos componentes da atividade sexual, focalizando nos "desvios" (Ellis, 1936; Krafft-Ebing, 1965). Representou a ruptura com a teoria freudiana do desenvolvimento da sexualidade e com os conceitos sobre a sexualidade fundados sobre a moral religiosa, a medicina ou a criminologia (Trilling, 1948; Lanteri-Laura, 1979). Kinsey (1948) introduziu o estudo do

---

comportamento sexual no campo das ciências naturais com uma argumentação proveniente da zoologia, da biologia e da fisiologia, recorrendo ainda à estatística e a fatores de ordem sociológica. Situou-se, entretanto, na linha da modernidade, na medida em que seu trabalho se fundamentou no reconhecimento do caráter positivo da atividade sexual sobre a qual quer elaborar um conhecimento essencialmente descritivo das práticas efetivas, desprovido de toda conotação moral e de todo julgamento *a priori*. Kinsey (1948) colocou a sexualidade em discurso, utilizando-se da biografia sexual como meio de coletar informação. Mais de 12 mil pessoas foram entrevistadas exaustivamente (Pomeroy, 1972).

A retomada de estudos sobre o comportamento sexual em populações ao redor do mundo guarda relação com a emergência da pandemia da aids no início dos anos 1980 e a necessidade de se obter informações para guiar programas que façam frente à disseminação da infecção. Outro motivo igualmente importante para a realização desses estudos é a possibilidade de poder mensurar a efetividade dos programas de prevenção à aids (Konings *et al.*, 1995).

Exceto pelo trabalho de Kinsey, as pesquisas populacionais no campo da sexualidade e aids permanecem marcadas por um tabu, que mesmo a problemática envolvida no fenômeno da aids não consegue alterar, como se "pensar a sexualidade no nível daquilo que fazem os corpos fosse o começo da realização de um ato sexual; um ato com normas e constrangimentos próprios e, ao mesmo tempo, um ato que provoca reações fisiológicas do tipo que Masters e Johnson designaram como a excitação sexual" (Gagnon

---

e Simon, 1973). Nota-se que as pesquisas que se iniciam na época da aids remetem ao campo da sexualidade de risco, não investigando a diversidade das práticas afetivo-sexuais.

Giami (1994) explicou que as pesquisas do comportamento sexual da população sempre respondiam a uma forte demanda social e iam de encontro a determinadas preocupações do momento. Recomendou que se compreendesse a influência dos temas da contracepção e do controle da procriação na década de 1960, na construção dos objetos das pesquisas da época, assim como o papel atualmente desempenhado pelo tema da aids. Portanto, as pesquisas vão versar, de forma predominante, sobre conteúdos do campo da sexualidade de risco como o uso de preservativos, práticas anais e vaginais, sexo com parcerias com *status* sorológico conhecido, desconhecido e diferente (Benotsch *et al.*, 1999; Rosser *et al.*, 1999).

Nesse sentido, Gagnon (1988) refletiu sobre as conseqüências e vieses possíveis quando a sexualidade é abordada através da perspectiva da aids, mais do que a aids o é da perspectiva da sexualidade.

Sob este aspecto, Giami (1994) defendeu a importância de pesquisas que passassem a estudar a aids a partir da sexualidade, a fim de evitar os vieses de estudos direcionados previamente a responder a uma demanda.

O Ministério da Saúde do Brasil publicou em seu site na Internet, em setembro de 2000, a pesquisa “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/aids”, sob a coordenação de Elza Berquó (CEBRAP, 2000). Foram pesquisadas 3.600 pessoas das cinco regiões do País, investigando-se na população geral o comportamento sexual e o

conhecimento sobre HIV/aids. Porém, tal pesquisa não contemplou o comportamento sexual dos sujeitos infectados pelo HIV (CEBRAP, 2000).

Na revisão da literatura sobre o tema “o comportamento sexual dos portadores de HIV/aids”, não é possível encontrar estudos que investiguem detalhadamente as características das práticas afetivo-sexuais associadas à aids, articulando conceitos do campo da sexualidade erótica com outros da sexualidade dita de risco. Chama a atenção a ausência de trabalhos que estudem a associação da aids com o comportamento sexual compulsivo, já que o número elevado de parceiros decorrente desse comportamento, é fator de risco para infecção pelo HIV. A impulsividade pode favorecer a exposição a eventuais situações de risco para contaminação. As disfunções e outros transtornos sexuais podem comprometer o exercício de práticas sexuais protegidas, levando a um maior risco de contaminação pelo HIV.

Nesse sentido, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) apresenta um diferencial, abordando com detalhes os diferentes aspectos do comportamento afetivo-sexual das brasileiras e dos brasileiros.

O presente trabalho, originado a partir do EVSB, inaugura uma nova linha de investigação sobre o risco associado à aids referida no Brasil, partindo da diversidade de práticas afetivo-sexuais que compõem o comportamento sexual dos brasileiros de uma amostra populacional.

A epidemia do HIV impõe desafios para que a ciência e a saúde pública desenvolvam estratégias efetivas de enfrentamento, a fim de promover mudanças de comportamento que venham a aprimorar a prevenção em HIV/aids. A complexidade da sexualidade resultante dos

determinantes psicológicos, biológicos, sociais e culturais requer o desenvolvimento de intervenções cada vez mais particularizadas e específicas (Kelly e Kalichman, 1995).

O presente estudo foi realizado partindo da hipótese de que indivíduos HIV positivo apresentavam antecedentes de história sexual específicos tais como impulsividade sexual, dificuldades em relação à orientação e identidade sexuais, disfunções sexuais e atitudes ou histórico sexual diferenciados. Nos sujeitos pesquisados pelo EVSB foram investigadas as respostas daqueles que referiram aids e comparadas com as respostas dos que não referiram a doença, buscando identificar quais as variáveis associadas à aids referida, em nosso meio. Os resultados trazem subsídios específicos do campo da sexualidade humana, que sugerem novas pesquisas e enfoques clínicos.

# ***REVISÃO DA LITERATURA***

## 2 REVISAO DA LITERATURA

Do contato com o vírus ao surgimento dos primeiros sintomas perceptíveis da infecção pelo HIV decorrem, em geral, oito anos. Didaticamente, a infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases: infecção aguda, fase assintomática, fase sintomática inicial e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) (Brasil, 2006g).

A infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, ocorre em 50 a 90% dos pacientes. Seu diagnóstico é pouco realizado, devido ao baixo índice de suspeição, sendo, em sua maioria, retrospectivo. O tempo entre a exposição e o aparecimento de sintomas é de cinco a 30 dias. As manifestações clínicas podem variar desde quadro gripal até uma síndrome que se assemelha à mononucleose, além de sintomas de infecção viral, tais como: febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, *rash* cutâneo maculopapular eritematoso, ulcerações mucocutâneas envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália, hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Os pacientes podem apresentar, ainda, candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e

síndrome de Guillain-Barré. Os achados laboratoriais inespecíficos são transitórios e incluem: linfopenia seguida de linfocitose, presença de linfócitos atípicos, plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado (Brasil, 2006g; Burlamaqui, 2006).

Na infecção precoce pelo HIV, também conhecida como fase assintomática, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. Alguns pacientes podem apresentar linfadenopatia generalizada persistente, "flutuante" e indolor. Portanto, a abordagem clínica nesses indivíduos, no início de seu seguimento, prende-se a uma história clínica prévia, investigando condições de base que podem complicar ou serem agravantes em alguma fase de desenvolvimento da doença pelo HIV (Brasil, 2006g; Burlamaqui, 2006).

Na fase sintomática inicial, o portador da infecção pelo HIV pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos e de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, principalmente em pele e mucosas. Os sinais e sintomas inespecíficos são: sudorese noturna, fadiga, emagrecimento e trombocitopenia. Os processos oportunistas mais comuns na fase sintomática inicial são: candidíase oral e vaginal (inclusive a recorrente), leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, diarreia, sinusopatias e herpes zoster (Brasil, 2006g; Burlamaqui, 2006).

A aids é a fase do espectro da infecção pelo HIV em que se instalam as doenças oportunistas que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro. Estas são geralmente de origem

infecçiosa, porém várias neoplasias também podem ser consideradas oportunistas (Brasil, 2006g; Burlamaqui, 2006).

Infecções oportunistas podem ser causadas por microrganismos normalmente não considerados patogênicos, ou seja, que não são capazes de desencadear doenças em pessoas com sistema imune normal. Entretanto, microrganismos normalmente patogênicos também podem, eventualmente, ser causadores de infecções oportunistas. Porém, nesta situação, as infecções necessariamente assumem um caráter de maior gravidade ou agressividade para serem consideradas oportunistas. As doenças oportunistas associadas à aids são várias, podendo ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias, a saber, dentre outras: citomegalovirose, micobacterioses, pneumocistose, criptococose, histoplasmose, toxoplasmose, sarcoma de kaposi, linfomas não-hodgkin e neoplasias intra-epiteliais anal e cervical (Brasil, 2006g; Burlamaqui, 2006).

Quanto ao início do tratamento, tanto o consenso brasileiro, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil, como os consensos norte-americano e europeu de tratamento de adolescentes e adultos com HIV/aids recomendam o tratamento de todos os pacientes sintomáticos, isto é, que têm doenças e condições definidoras de aids, e dos assintomáticos que apresentam contagem de linfócitos T CD4 abaixo de  $200/\text{mm}^3$  (Guttierrez, 2004).

São considerados casos de aids os sujeitos que apresentam doenças e condições definidoras da mesma. Os demais são considerados portadores do HIV.

Para fins epidemiológicos, o Ministério da Saúde publicou os novos critérios de definição de casos de aids em pessoas com 13 anos de idade ou mais. Resumidamente, utiliza para definir casos de aids o Critério CDC Adaptado e/ou o Critério Rio de Janeiro/Caracas (Brasil, 2003).

O Critério CDC Adaptado define a existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV, acrescido(s) da evidência de imunodeficiência por uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD4 <350 células/mm<sup>3</sup> (Brasil, 2003).

Já o Critério Rio de Janeiro/Caracas define a existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV, acrescidos do somatório de pelo menos dez pontos de uma escala de sinais, sintomas e doenças (Brasil, 2003).

## **2.1 Comportamento sexual de risco**

### **2.1.1 Conceitos**

Os intercursos anais e vaginais desprotegidos são as práticas sexuais mais fortemente associadas à contaminação pelo HIV, quando um dos parceiros está infectado (Kingsley *et al.*, 1987; Nicolosi *et al.*, 1994; Vincenzi,

1994). A eficiência do sexo oral como um vetor para transmissão do HIV está menos clara. As práticas orais homo ou heterossexuais são muito menos associadas ao risco de soroconversão do que qualquer intercuro anal ou vaginal desprotegido. A transmissão do HIV por troca de fluidos corporais durante o sexo oral foi informada infreqüentemente na literatura (Grutzmeier *et al.*, 1993; Spitzer e Weiner, 1989).

O sexo oral é pouco associado à transmissão do HIV, porém é o responsável por uma nova onda de DST. Recentemente foi registrada uma incidência aumentada de linfogranuloma venéreo na Europa Ocidental. A freqüência do uso de preservativos na prática do sexo oral é baixa. É necessário destacar que DSTs associadas ao sexo oral podem favorecer a contaminação secundária pelo HIV (Bouscarat, 2005).

No aspecto relativo à investigação do risco de transmissão do HIV, observou-se que os pesquisadores utilizam construtos conceituais variáveis.

Para calcular o Índice de Comportamento de Risco Sexual (ICRS) Szwarcwald *et al.* (2000) utilizaram a média ponderada do número de parceiros no último ano, tomando como ponderações, as freqüências percentuais de não-uso de preservativo segundo o tipo de parceria.

Já Stein *et al.* (2005) descreveram um indicador de risco de transmissão do HIV de quatro categorias:

- 0 – nenhuma atividade sexual;
- 1 – sexo só com preservativo;
- 2 – sexo desprotegido com um único parceiro;

- 3 – qualquer sexo desprotegido e múltiplos parceiros.

Munoz-laboy *et al.* (2005) estudando HSH, classificaram-nos segundo a ocorrência de intercurso anal nos últimos seis meses, da seguinte forma:

- **baixo risco** – com preservativo sempre;
- **risco moderado** – sem preservativo apenas com parceria(s) com o mesmo *status* sorológico;
- **risco elevado** – sem preservativo com ao menos uma parceria com *status* sorológico diferente ou desconhecido.

Os constructos sobre o risco de transmissão do HIV em relação às práticas sexuais referidas na literatura por diferentes autores estão resumidos na Tabela 1 (Rosser *et al.*, 1999; Kelly e Kalichman, 1995; Munoz-laboy *et al.*, 2005; Stein *et al.*, 2005).

**Tabela 1** – Comportamento Sexual de Risco – os escores de risco de acordo com os comportamentos sexuais desenvolvidos

Comportamento sexual	Escore de risco
Intercurso anal ou vaginal ativo desprotegido com parceria com mesmo “ <i>status</i> sorológico” .....	<b>1</b>
Intercurso anal ou vaginal passivo desprotegido com parceria com mesmo “ <i>status</i> sorológico” .....	<b>2</b>
Intercurso anal ou vaginal ativo desprotegido com parceria com “ <i>status</i> sorológico” diferente ou desconhecido ....	<b>3</b>
Intercurso anal ou vaginal passivo desprotegido com parceria com “ <i>status</i> sorológico” diferente ou desconhecido ....	<b>4</b>

Nota: intercurso anal ativo refere-se àquele que introduz o pênis em intercursos anais ou vaginais; intercurso anal passivo àquele(a) que recebe o pênis do parceiro.

### 2.1.2 Uso de preservativos

Mundialmente, vem ocorrendo um incremento no uso dos preservativos, sendo que em países em desenvolvimento ainda se observam níveis baixos de adesão (Wellings *et al.*, 2006).

O uso do preservativo em relacionamentos afetivos estáveis permanece muito aquém daquele referido em relacionamentos com parcerias eventuais. O fato se apresenta como um ponto vulnerável das campanhas de prevenção sobre HIV, de modo geral (Kelly e Kalichman, 1995; Wellings *et al.*, 2006).

No Brasil, 79,5% das pessoas sexualmente ativas que tiveram parceiros eventuais nos últimos seis meses usaram preservativo na última relação, enquanto 57,8% fizeram uso consistente nos últimos seis meses usando preservativos em todas as relações (Brasil, 2005).

A média mensal de relações sexuais de pessoas que não usam preservativos regularmente é 35% maior do que entre as pessoas que usam o preservativo. As pessoas que não usam preservativos têm, em média, quase três relações a mais por mês do que as que o usam (Brasil, 2005). Mesmo tratando-se de pessoas com relacionamentos estáveis, a maior frequência de sexo desprotegido aumenta o risco de contaminação pelo HIV, na eventualidade de um dos parceiros desconhecer seu *status* sorológico positivo.

## 2.2 Persistência de comportamento sexual de risco

Diversos pesquisadores relataram a persistência dos comportamentos sexuais de risco na população em geral e nas pessoas que vivem com HIV/aids (Lowry *et al.*, 1994; Rosser *et al.*, 1999; Stein *et al.*, 2005). Estes, contribuem para a propagação da epidemia (Treisman *et al.*, 2005).

É importante conhecer os fatores que levam à prática sexual sem proteção por sujeitos HIV positivo. Com o advento da terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART), as pessoas passaram a viver mais tempo e a sentir confiança no tratamento, deste modo podendo dedicar mais espaço em suas vidas para a atividade sexual. Por outro lado, se práticas sexuais desprotegidas continuam, a expansão da epidemia do HIV e o desenvolvimento de resistências permanecem sendo grandes preocupações (Little *et al.*, 2002). Vale lembrar que, para o soropositivo, o sexo desprotegido pode conduzir a superinfecção com espécimes virais diferentes (Stein *et al.*, 2005). Sendo assim, o uso de preservativos pelas pessoas que vivem com HIV/aids visa proteger os outros, mas também a si mesmos.

Os determinantes do uso de preservativos são complexos e devem ser estudados particularmente. A seguir revisamos a literatura acerca dos principais fatores associados à perpetuação dos comportamentos de risco para contaminação pelo HIV, importantes para o entendimento desta pesquisa.

## **2.3 Fatores sociodemográficos**

### **2.3.1 Condições socioeconômicas**

A aids tem-se alastrado em regiões socioeconomicamente desfavorecidas. As principais são a África Subsaariana e o Caribe. A pobreza limita o acesso à Saúde e à informação, prejudicando os cuidados com a vida. Além disso, agregam-se outros fenômenos que favorecem a emergência de comportamentos sexuais de risco, como: migração (favorecendo a mobilidade e formação de novos ou múltiplos vínculos); dependência ao álcool e drogas; ingresso no mercado do sexo como única opção de sobrevivência; e presença de fortes tabus religiosos (preconceitos relativos ao exercício do sexo seguro com o uso de preservativos) (Gras *et al.*, 2001; Gregson *et al.*, 2001; Cáceres, 2004; Cargill e Stone, 2005; Ferrante *et al.*, 2005; Inciardi *et al.*, 2005; Olley *et al.*, 2005).

### **2.3.2 Educação**

O acesso à informação tem sido um diferencial apontado por várias pesquisas, por possibilitar, de modo geral, melhor inserção socioeconômica e acesso aos serviços de saúde e aos métodos necessários para manter a saúde sexual. Alguns estudos também têm apontado a associação entre menor escolaridade, desemprego e comportamento sexual de risco (Munoz-laboy *et al.*, 2005; Stein *et al.*, 2005).

Nesse sentido, confirmadamente a educação sexual escolar melhora a consciência do risco das práticas sexuais não seguras e pode promover o conhecimento de estratégias de redução de risco. Além disso, aumenta a intenção de se fazer sexo seguro, melhora a eficácia na adoção de atitudes de proteção e retarda o início da vida sexual (Wellings *et al.*, 2006).

No Brasil, em pesquisa abrangente, cerca de 91% da população de 15 a 54 anos citam a relação sexual como forma de transmissão do HIV, e 94% apontam o uso do preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos mais escolarizadas e residentes nas regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2006e).

### **2.3.3 Idade**

A adolescência é um estágio de início e duração variáveis, situada entre a infância e a idade adulta. Divide-se, geralmente, em três períodos: inicial, dos 11 aos 14 anos; intermediário, dos 14 aos 17 anos; e tardio, dos 17 aos 20 anos. Esta é uma divisão arbitrária, pois o que de fato define a saída da adolescência é a aquisição de autonomia, isto é, quando o indivíduo se sente apto para assumir papéis e tomar decisões. As razões para o predomínio dos comportamentos de risco nesta fase relacionam-se à busca de independência, necessidade de afirmação de uma identidade e sensação de onipotência. A passagem para a fase adulta marca a substituição do comportamento de risco por tomadas de decisões com responsabilidade (Kaplan *et al.*, 1997).

A idade média da primeira relação sexual é 15,9 anos para os homens e 19,3 anos para as mulheres que participaram do EVSB, sendo que geração após geração observa-se a iniciação sexual mais precoce (Abdo, 2004b).

Os homens e mulheres na faixa dos 14 aos 19 anos respondem, respectivamente, por apenas 8,5% e 5,1% do total de sujeitos sexualmente ativos no Brasil (Brasil, 2005). Porém, os brasileiros entre 20 e 29 anos representam 28,5% da população sexualmente ativa no Brasil. Dos que informam ter apenas parceiros eventuais, 87,7% são homens; 39,5% têm entre 20 e 29 anos. Entre aqueles que declaram ter parceiros fixos e eventuais ao mesmo tempo, 84,4% são homens, 43,8% têm entre 20 e 29 anos e 40,6% declaram estar casados (Brasil, 2005). Considerando-se a adolescência o período compreendido entre os 11 e os 20 anos e a vida adulto-jovem aquele dos 20 aos 30 anos, deduz-se que a atividade sexual floresce no segundo período, conforme os índices acima referidos, sendo que os homens mais freqüentemente têm relações eventuais ou eventuais e fixas concomitantemente. O fenômeno da múltipla parceria confere um adicional de risco para transmissão do HIV. Relacionamentos paralelos (“casos”) podem permitir mais rapidamente o alastramento de DSTs do que relacionamentos com várias parcerias, mas seqüenciais (Wellings *et al.*, 2006).

Em pesquisa com 945 estudantes de 13 a 21 anos no Rio de Janeiro, 59% já iniciaram a vida sexual. Embora 94% conheçam a proteção conferida

pelo uso do preservativo, somente 34% declaram usá-lo sempre (Trajman *et al.*, 2003).

No EVSB (Abdo, 2004b), a frequência do uso de preservativos por homens e mulheres entre 18 e 25 anos é, respectivamente, a seguinte:

- 19,2% e 28,4% usam sempre;
- 31% e 32,6% usam às vezes
- 49,8% e 39% não usam.

A idade vem sendo associada à contaminação por HIV, pois tem aumentado a prevalência da doença nos indivíduos mais jovens (Santos *et al.*, 1998; Bagatin e Petri, 2001; Munoz-laboy *et al.*, 2005). A combinação de hormônios, sensação de invencibilidade e facilidade para encontrar parceiros responde pela alta prevalência da infecção nessa população (Rietmeijer *et al.*, 2001).

Smikle *et al.* (2000) referiram que ao menos dois terços das DSTs nos Estados Unidos ocorrem antes dos 25 anos, e 25% dos casos novos ocorrem em adolescentes. Além disso, informaram que os adolescentes têm as mais altas taxas de comportamento de risco e muitos indivíduos com HIV/aids tornam-se infectados na adolescência.

As DSTs são freqüentes na adolescência e podem contribuir para o aumento do número de casos de aids. A iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e a ausência de uso do preservativo nas relações sexuais têm sido apontados como fatores de risco, e são influenciados por

um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina. Os principais resultados de um estudo com 356 adolescentes atendidos no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro revelam que os rapazes têm maior número de parceiras e iniciam a atividade sexual mais cedo. As moças, por sua vez, usam menos preservativo e são vítimas mais freqüentes de abuso sexual, confirmando um modelo sustentado em valores tradicionais de gênero que demarcam as esferas masculina e feminina, supondo uma supremacia da primeira (Taquette *et al.*, 2004).

Finalmente, apesar da epidemia entre os jovens continuar sendo um desafio no Brasil, observamos que os programas de prevenção têm mais recentemente logrado êxito. Nesse sentido, o uso de preservativos na última relação chega a 57% quando se consideram os jovens de 15 a 24 anos, e as taxas de incidência de casos de aids apresentam redução na faixa etária dos 13 aos 29 anos entre os homens e estabilidade na faixa etária dos 13 aos 24 anos entre as mulheres (Brasil, 2006a; Brasil, 2006e).

Não obstante, observa-se crescimento entre os homens nas faixas etárias superiores aos 29 anos, principalmente entre 40 e 59 anos, e entre as mulheres a partir dos 24 anos (Brasil, 2006a). Mais à frente serão feitos comentários acerca da vulnerabilidade feminina e masculina e do aumento da incidência de casos de aids após os 50 anos.

### 2.3.4 Raça

O Programa Nacional de DST/aids do Brasil refere que a população indígena brasileira já possui o vírus em seu seio e, devido às características de poligamia da cultura sexual das tribos, existe o risco de rápida disseminação. Além disso, homens e mulheres indígenas podem ter menores oportunidades de educação e emprego, o que os deixa freqüentemente à margem da sociedade, fazendo com que se envolvam com o trabalho sexual e o uso de drogas (Caceres, 2004).

Apesar do caráter urbano da epidemia em boa parte da América do Sul, nos espaços rurais onde há migração intensa associada a regimes de pobreza, com mudanças nas constituições familiares envolvendo separações e formação de novos vínculos, tende a ocorrer crescimento da prevalência do HIV, como já comprovado no México e países da América Central. Porém, o papel da diversidade étnica e das migrações tem sido pouco contemplado nas políticas de prevenção (Caceres, 2004).

O impacto de grandes proporções da infecção pelo HIV nas minorias raciais tem afetado comunidades que lidam com vários desafios sociais e econômicos, como a pobreza, abuso de substâncias, situação de moradia de rua, acesso desigual ao sistema de saúde e tratamento desigual uma vez dentro deste. A infecção pelo HIV está sobreposta a esses desafios e a transmissão é, ao mesmo tempo, facilitada por vários desses fatores. Além disso, a participação das minorias raciais nas amostras dos ensaios clínicos com medicamentos para o tratamento da infecção pelo HIV, assim como o

de outras doenças, é muito pequena. Tais minorias têm sido cronicamente sub-representadas nas pesquisas, apesar de sua maior representação na epidemiologia do HIV (Cargill e Stone, 2005).

Na última década, a doença por HIV está entre as dez principais causas de morte na população das mulheres de raça/cor preta nos EUA. Em 2002, as mulheres de raça/cor preta representavam 14% de todas as mulheres dos 29 Estados cuja informação em relação ao HIV foi obtida; porém, representavam 72,3% de todas as infecções por HIV entre mulheres no ano. Neste mesmo ano, as mulheres de raça / cor preta obtiveram diagnóstico de infecção por HIV em uma taxa de 68,7 para cada 100.000, aproximadamente 23 vezes a taxa para mulheres brancas (três para cada 100.000) (Whitmore *et al.*, 2005).

Já entre os homens afro-americanos, a aids é a principal causa de morte entre os 35 e 44 anos (Clarke-Tasker *et al.*, 2005). Os estudos revelam que os homens afro-americanos de baixo rendimento percebem o HIV/aids como uma ameaça à sua comunidade. Além disso, muitos deles freqüentemente fazem sexo sob efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas e sem proteção, com mulheres. Outros se tornam infectados ao manter relações com outros homens, quando detidos. Após a soltura, mantêm relações sexuais desprotegidas com mulheres (Essien *et al.*, 2005).

Também o abuso de substâncias é um importante problema da transmissão do HIV na comunidade afro-americana, na qual o uso de drogas, principalmente o *crack*, está ligado a comportamento sexual de risco

e a uma chance aumentada de ser infectado por outras DSTs, incluindo-se o HIV (Essien *et al.*, 2005).

Aumentos significativos das taxas de incidência de infecção pelo HIV têm sido documentados entre HSH de raça/cor preta nos EUA. Foram conduzidas entrevistas com 21 deles em Nova Iorque, para entender a diversidade da experiência dos HSH em uma comunidade de baixa renda e alta prevalência do HIV. Dois terços dos homens se identificam como heterossexuais (43%) ou bissexuais (24%). Do total, 15 (71%) relatam sexo recente com outra mulher. Percebe-se que a necessidade de manter a conformidade com expectativas do papel social masculino associado à não adesão ao uso de preservativos nessa comunidade dificulta a identificação dos parceiros sexuais e perpetua o exercício de práticas sexuais de risco. Os achados sugerem que o estigma ao redor do HIV e da homossexualidade responde pelo fato de as relações entre homo/bissexuais permanecerem na clandestinidade. O foco sobre a orientação homo e bissexual tem prejudicado o esclarecimento da questão da raça na epidemia HIV/aids nos EUA (Miller *et al.*, 2005).

Na América Latina, a disseminação do HIV tem crescido na periferia dos grandes centros urbanos, especialmente entre os mais pobres e de raça/cor preta (Caceres, 2004).

No Brasil, nota-se também o crescimento persistente da proporção de óbitos por aids nas categorias de raça/cor preta e parda, em ambos os sexos, entre 1998 e 2004, expondo a iniquidade no acesso aos serviços de

saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas socioeconomicamente (Brasil, 2006a).

### **2.3.5 Gênero**

A vulnerabilidade masculina para a aids tem sido mais associada ao fenômeno da multiplicidade de parceria, enquanto a da mulher, em geral, relaciona-se à submissão.

A proporção de mulheres infectadas pelo HIV no mundo poderá ultrapassar a dos homens em menos de dez anos devido à falta de programas mais específicos e também à falta de proteção social, econômica e legal à população feminina, vítima freqüente de violência, exploração e abuso sexual, particularmente em regiões desfavorecidas nos aspectos educacionais e socioeconômicos (Duarte, 2004; Formenti, 2004).

Em Uganda, a prostituição formal ou informal transforma-se numa alternativa cada vez mais comum de sobrevivência. Abstinência, fidelidade e preservativos não são suficientes para as mulheres na África e em outras regiões do terceiro mundo se protegerem da aids, uma vez que muitas delas não têm direito de escolha. Afora as legislações que as privam de casa, terras e mesmo mobília em caso de morte de parceiros (Duarte, 2004).

No extremo Sul dos EUA, o risco de contaminação pelo HIV aumenta em decorrência da elevada prevalência de violência doméstica. As mulheres referem que são objetos sujeitos à violência (estupro, coação) para os homens. Desta forma, não dispõem de nenhum poder nas relações com

parceiros HIV positivo, inclusive quanto ao uso de preservativos (Lichtenstein, 2005).

Observa-se que 30% das mulheres que chegam às emergências dos países desenvolvidos são vítimas de violência e que até 50% destas sofrem também agressão sexual. É preciso que se avance em métodos de proteção que fiquem no domínio das mulheres, independentemente do desejo dos homens, como o uso dos preservativos femininos. Além disso, são necessárias legislações mais duras para coibir a violência contra a mulher (Loures, 2004). De um modo geral, as mulheres estão mais vulneráveis nos relacionamentos afetivos estáveis (Kelly e Kalichman, 1995).

No Brasil, além do crescimento da epidemia entre as mulheres em todas as faixas etárias após os 24 anos, vêm crescendo as taxas de mortalidade nas regiões Sul, Norte e Nordeste (Brasil, 2006c).

A iniquidade na assistência à saúde da mulher pode ser observada na cobertura efetiva do teste anti-HIV durante a gestação, que foi estimada em 52%. Porém, enormes desigualdades socioespaciais ficam evidenciadas na comparação entre as regiões Nordeste (24%) e Sul (72%); entre parturientes analfabetas (19%) e as que têm o Ensino Fundamental completo (64%); e entre as que realizam o parto em municípios pequenos (36%) e as que o fazem em municípios com mais de 500 mil habitantes (66%) (Souza Jr *et al.*, 2004).

Por outro lado, a vulnerabilidade masculina no Brasil está mais associada ao número e concomitância de parcerias. Sabe-se que o número médio de relações sexuais mensais de pessoas que têm somente parceiro

fixo é 46,4% maior do que a observada entre aquelas que têm apenas parceiros eventuais. Pessoas com parceiros eventuais e fixos têm um número médio maior de relações por mês do que aquelas que têm apenas um tipo de parceria, índice que chega a 2,6 relações a mais do que aquelas com parceiros fixos e quase seis relações a mais do que aquelas com somente parceiros eventuais. O padrão de relações fixas e eventuais concomitantes é muito mais freqüente nos homens do que nas mulheres (Brasil, 2005).

Ao mesmo tempo, o matrimônio está ocorrendo mais tardiamente na maioria dos países, conduzindo a um aumento do sexo pré-matrimonial, cuja prevalência geralmente é mais alta em países desenvolvidos do que naqueles em desenvolvimento, e ocorre mais com homens que com mulheres (Wellings *et al.*, 2006).

Dessa forma, apesar de a monogamia ser o padrão dominante referido, ter dois ou mais parceiros, mesmo após o casamento, é mais comum entre homens que entre mulheres, e as taxas são mais altas nos países industrializados (Wellings *et al.*, 2006).

O número médio de relações sexuais mensais dos homens brasileiros é 27,3% maior do que o das mulheres, o que significa que eles têm 2,4 mais relações sexuais por mês (Brasil, 2005).

Porém, deve ser levado em conta que parte das diferenças entre homens e mulheres quanto ao comportamento sexual também guarda relação com a tendência cultural brasileira de o homem super-informar, enquanto a mulher sub-informa (Wellings *et al.*, 2006).

Definitivamente, o casamento não é o guardião da saúde sexual, pois, ao contrário, nessa situação a negociação pelo uso de preservativo parece ser mais difícil do que entre os solteiros (Wellings *et al.*, 2006). Além disso, as campanhas têm direcionado pouca atenção para a prevenção nos relacionamentos estáveis. Comenta-se que a introdução do preservativo no relacionamento afetivo estável pode, dependendo da forma como a relação está estabelecida, colocar em risco a continuidade (Kelly e Kalichman, 1995). No Brasil, 75,8% das pessoas sexualmente ativas relatam estarem casadas. Somando-se a essas aquelas que declaram estarem noivas ou “namorando firme”, encontram-se 85,3% das pessoas sexualmente ativas com parceria fixa (Brasil, 2005).

O uso regular de preservativos foi relatado por 59% dos brasileiros em estudo publicado pelo Ministério da Saúde (2006). Por outro lado, apenas 36,6% dos homens e 29,2% das mulheres referem usar sempre o preservativo no EVSB (Abdo, 2004b).

Entre as pessoas sexualmente ativas que referem parceria fixa, a frequência de uso em todas as relações não excede 11,4% (Brasil, 2005). Porém, não há garantia de coincidência de intenções de exclusividade de parceria sexual de ambas as partes do casal. Dessa forma, a reformulação dos relacionamentos e contratos matrimoniais (abertos, fechados, monogâmicos ou não), ajustados aos estilos de vida atuais, favorece que o sexo seja discutido pelos parceiros, e se torne objeto mais construído que dogmático. A comunicação dos desejos e das intenções sexuais entre

parceiros pode levar ao exercício de práticas mais responsáveis e comprometidas com a qualidade de vida e a saúde (Scanavino, 2005).

Os profissionais de saúde têm papel fundamental no incitamento à reflexão sobre cuidados com a vida, mesmo no que tange ao delicado campo dos relacionamentos afetivos estáveis. Promover esclarecimento, orientação e reflexão sobre menor vulnerabilidade pode favorecer a aquisição de atitudes mais protetoras, limitando a propagação da aids (Scanavino, 2005).

#### **2.4 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**

No mundo inteiro, as DSTs continuam atingindo milhões de pessoas. Segundo a OMS, o número é de 340 milhões de novos casos de DSTs curáveis (sífilis, tricomoníase e infecções pela clamídia e pelo gonococo). Os países em desenvolvimento concentram quase 80% dos casos. Complicações resultantes dessas doenças são potencialmente graves, envolvendo o risco de infertilidade, abortamento, natimortalidade e infecções congênitas, além de facilitar a infecção pelo HIV (Brasil, 2006b).

Para o Brasil, a OMS estima entre 10 a 12 milhões de casos novos de DST por ano. Em uma amostra de representatividade nacional de jovens do sexo masculino de 17 a 21 anos, que se apresentaram às comissões de seleção do Exército brasileiro em 2002, 15,8% fazem referência a algum

problema relacionado às DSTs, representando mais de 900 mil jovens (Brasil, 2006b).

Estabelecida a relação entre as DSTs e a infecção pelo HIV, tem-se como resultado um importante componente no controle da epidemia. O risco de ser soropositivo para o HIV na população de jovens masculinos brasileiros, em 2002, foi 2,79 vezes maior entre aqueles que referem pelo menos um problema relacionado às DSTs (Brasil, 2006b).

Uma das razões para o aumento das DSTs em muitos países em desenvolvimento está relacionada à falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis. Outros fatores podem ser demográficos, tais como: o grande número de jovens que são sexualmente ativos; migração urbana com mudanças socioculturais; aumento do nível de prostituição; e múltiplas parcerias sexuais (Brasil, 2006b).

A presença de DSTs em pessoas que vivem com HIV/aids tem sido freqüentemente descrita (Gir *et al.*, 1994; Santos *et al.*, 1998; Bagatin e Petri, 2001; Elford *et al.*, 2001; Gyarmathy *et al.*, 2002). Portanto, além de pesquisas que as encontram referidas nos antecedentes dos sujeitos que vivem com HIV/aids, elas têm sido encontradas atualmente em soropositivos, facilitando, assim, a continuidade da transmissão do HIV para outras pessoas e recontaminações para o portador. Nesse sentido, dois trabalhos relatam DSTs em sujeitos HIV positivo em Santos. O primeiro, estudando uma coorte de sujeitos com infecção pelo HIV refere que os fatores de risco para aquisição do vírus da Hepatite C nesta população são: exposição a sangue (UDI, principalmente) ou sexual a um parceiro UDI

(Segurado *et al.*, 2004). O segundo, buscando fatores de risco para infecção pelo Herpes Vírus 8 entre pessoas que vivem com HIV/aids, relata ser mais freqüente em homens que em mulheres (18,7% vs. 7,8%,  $p < 0,001$ ) e em HSH do que em outras orientações (32,4% vs. 10%,  $p < 0,001$ ) (Pierrotti *et al.*, 2005).

Não obstante, também tem sido descrito um aumento importante dos casos de sífilis, hepatite C e linfogranuloma venéreo em várias cidades européias em sujeitos HIV positivo, principalmente HSH, devido a práticas sexuais anais e orais desprotegidas (Bouscarat, 2005; Gilleece e Sullivan, 2005).

#### **2.4.1 Atitude diante da sexualidade**

A atitude resulta de processos cognitivos, perceptivos e motivacionais, tendo como conseqüência sentimentos a favor ou contra, o que leva a uma disposição para agir em direção a determinado objeto (Gade, 1980). Dessa forma, o sexo tem diferentes significados para as pessoas em decorrência do histórico afetivo-sexual particular (relacionamento com os genitores, irmãos, amigo(a)s, parceiro(a)s, conceitos adquiridos na família e na escola acerca da sexualidade e orientação própria do desejo sexual).

Vivências percebidas como sexualmente violentas freqüentemente são referidas por pacientes com diminuição do desejo sexual, aversão ou compulsão ao sexo (Noll *et al.*, 2003). A inabilidade no início da vida sexual pode levar a dificuldades de manter a ereção e/ou ejacular antes da

penetração, o que pode resultar em disfunções sexuais no futuro (Abdo, 2000).

A atenção para as atitudes diante da sexualidade passa a ser valorizada à medida que aspectos subjetivos por vezes interferem na adoção de práticas sexuais seguras. Dessa forma, adolescentes referem deixar de usar preservativos quando a parceria é acolhedora e carinhosa; a troca do sêmen para homossexuais pode estar carregada de um simbolismo afetivo; jovens podem engravidar na tentativa de validar um novo *status* representando autonomia; e casais podem evitar falar sobre o uso de preservativos quando isso significar falta de confiança na parceria (Kelly e Kalichman, 1995).

No EVSB algumas questões avaliam as atitudes diante da sexualidade. Nesse sentido, homens e mulheres, respectivamente, ao falar sobre sexo, sentem-se (Abdo, 2004b):

- à vontade – 63,5% e 51,1%;
- neutros – 30,5% e 38,6%;
- envergonhados – 6% e 10,4%.

Quanto ao que consideram que favorece o desempenho sexual, homens e mulheres, respectivamente, referem (Abdo, 2004b):

- intimidade – 63,9% e 70,6%;
- “clima” – 63,6% e 70,5%;

- afetividade – 56% e 53,5%;
- interesse da parceria – 56% e 55,3%.

Finalmente, para 96% dos homens e mulheres do EVSB o sexo é importante para a harmonia do casal (Abdo, 2004b).

#### **2.4.2 Uso de drogas e álcool**

Os pesquisadores têm estudado o papel desempenhado por substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas na transmissão do HIV. Nesse sentido, Lowry *et al.*, (1994) referiram que numa amostra de estudantes universitários, aqueles sem história de uso de drogas representam 3% e têm até quatro parceiros na vida, enquanto os que têm história de uso de *crack* representam 30%, têm mais de quatro parcerias em suas vidas e não usaram preservativo na última relação. O uso do *crack* tem estado associado com grande número de diferentes parceiros sexuais, baixas taxas de uso de preservativos e altos níveis de infecção pelo HIV entre pobres e jovens de cidades do interior (Rosser *et al.*, 1999).

Além do uso de *crack*, outros estudos têm descrito a associação do uso de outras drogas com as DSTs, a saber: cocaína e herpes vírus (Sanchez-Aleman *et al.*, 2002); maconha e DSTs em geral em adolescentes (Smikle *et al.*, 2000); cocaína e aids (Benotsch *et al.*, 1999; Hser *et al.*, 1999; Craib *et al.*, 2000; Estebanez *et al.*, 2000; Kral *et al.*, 2001; Beuker *et al.*,

2002; Sanchez-Aleman *et al.*, 2002; Somlai *et al.*, 2002; Ksobiech *et al.*, 2005; Leukefeld *et al.*, 2005).

Outrossim, o uso recreativo de drogas nas *baladas* tornou-se a regra dentre a maioria dos jovens, mesmo fora do contexto da dependência química. Os efeitos sobre a consciência e o juízo crítico parecem aumentar a vulnerabilidade para contaminação pelo HIV, à medida que predispõem a comportamentos sexuais de risco (Ghaziani e Cook, 2005).

A relação específica entre uso de álcool e comportamento sexual de risco ainda precisa ser melhor esclarecida, mas tem sido descrita a associação do mesmo com a infecção pelo HIV em estudos com adolescentes, mulheres, homens homo, hetero e bissexuais (Robins *et al.*, 1997; Eich-Hochli *et al.*, 1998; Schiltz e Sandfort, 2000).

O uso do álcool parece aumentar as chances para o comportamento sexual de risco, particularmente em populações sabidamente vulneráveis à infecção pelo HIV, tais como: HSH (Penkower *et al.*, 1991; Ehrenstein *et al.*, 2004), usuários de droga (Stein *et al.*, 2001), adultos jovens (Seage *et al.*, 1998), portadores de transtorno mental (Kalichman *et al.*, 1997) e aqueles que apresentam especificamente quadros de depressão (Murphy *et al.*, 2001).

No estudo de Stein *et al.* (2005), a probabilidade de ter sexo está associada com qualquer uso de álcool (OR = 1,95;  $p < 0,05$ ), número de dias de uso de álcool (OR = 1,48;  $p < 0,01$ ), número de doses por dia (OR = 1,62;  $p < 0,01$ ), número de episódios de embriaguez (OR = 1,49;  $p < 0,01$ ), e abuso de álcool (OR = 2,90;  $p < 0,001$ ). Além disso, uma probabilidade mais alta de

intercursos sexuais desprotegidos também está associada com qualquer uso de álcool (OR = 2,30;  $p < 0,05$ ), número de dias de uso de álcool (OR = 1,38;  $p < 0,05$ ), número de doses por dia (OR = 1,49;  $p < 0,05$ ), número de episódios de embriaguez (OR = 1,48;  $p < 0,05$ ), e abuso de álcool (OR = 2,66;  $p < 0,01$ ). Dos sujeitos que fazem abuso do álcool, quase um terço (32,9%) informam relações sexuais desprotegidas e múltiplos parceiros, em comparação com apenas 8,5% dos sujeitos que não apresentam padrão abusivo. Após ajuste para as variáveis que podem causar confusão, no modelo de regressão logística múltipla, o efeito ajustado do abuso do álcool contribui significativamente para o modelo. Os sujeitos que abusam do álcool informam 5,64 vezes mais provavelmente sexo desprotegido e com múltiplos parceiros; têm 2,54 vezes mais chances de informar sexo desprotegido com um parceiro fixo; e 2,01 vezes informam, menos provavelmente, sexo seguro, do que aqueles que não possuem padrão abusivo (Stein *et al.*, 2005).

Em estudo prospectivo desenvolvido em 1995, um dos fatores associados à soroconversão de sujeitos inicialmente HIV negativo é o uso do álcool, mais freqüente em relações desprotegidas, com parceria(s) com *status* sorológico desconhecido (Gilbart *et al.*, 2000).

Não obstante, em pessoas que vivem com HIV/aids, o uso do álcool e práticas sexuais não seguras podem ser formas adicionais de busca de novas sensações, bem como o álcool pode diminuir as inibições e minimizar a culpa ou o temor de se reinfectar ou transmitir o vírus (Stein *et al.*, 2005).

A relação entre álcool e vulnerabilidade para a aids está provavelmente associada com uma miríade de fatores. Porém, mudanças no padrão do uso do álcool são associadas com melhora na adesão terapêutica anti-retroviral e na efetividade do tratamento da infecção pelo HIV. Portanto, possivelmente também possam resultar em modificações no comportamento sexual com redução de riscos de transmissão do HIV (Stein *et al.*, 2005).

### **2.4.3 Disfunções sexuais**

Somente a partir da 12<sup>a</sup> Conferência Mundial de Aids, ocorrida em Genebra, em 1998, é que a questão da sexualidade das pessoas que vivem com HIV/aids passa a receber atenção mais sistemática. Nesta conferência, cientistas e profissionais da área se questionaram o porquê de estarem em silêncio a esse respeito por tanto tempo. Perceberam que tal reticência era um enorme paradoxo, pois os sujeitos HIV positivo guardavam um papel central na manutenção da epidemia (Schiltz e Sandfort, 2000). Ao mesmo tempo, devia-se pensar na qualidade de vida sexual dos sujeitos após o diagnóstico, já que o mesmo implicava numa revisão das práticas sexuais exercidas até então.

O estudo do comportamento sexual das pessoas vivendo com HIV/aids, permite dois focos de pesquisa, que são: comportamentos sexuais associados à maior vulnerabilidade para transmissão do vírus e repercussões na saúde sexual ocorridas a partir do diagnóstico da infecção pelo HIV.

O funcionamento sexual é freqüentemente negligenciado entre os cuidados com os pacientes HIV positivo. Geralmente, informações sobre a relação entre fatores hormonais, psicológicos, efeitos dos medicamentos, fase da doença e funcionamento sexual das pessoas infectadas são pouco divulgadas (Newshan *et al.*, 1998).

A expressão da sexualidade dos portadores do HIV é influenciada por suas condições físicas ou psicológicas. Nesse sentido, diversos transtornos sexuais têm sido descritos nesta população, como disfunção erétil, orgasmo prematuro ou retardado, sendo que a condição de se estar infectado pelo HIV também pode diminuir o desejo e a satisfação sexual e acometer os portadores de HIV com sentimentos de perda de atratividade sexual. Além disso, podem se confrontar com a ausência de parceiros sexuais, particularmente ao revelarem seus *status* sorológicos. Outrossim, a expressividade sexual dos sujeitos soropositivos pode ser influenciada por medo ou culpa em vir a contaminar as parcerias (Newshan *et al.*, 1998; Schiltz e Sandfort, 2000).

Rosser *et al.* (1999) referiram que, após o diagnóstico, é comum as pessoas envolvidas por um estado de humor negativo diminuírem a freqüência de atividade sexual e aquelas que mantêm práticas sexuais, mais provavelmente o fazem sem a devida proteção.

Por outro lado, aderir a práticas de sexo seguro após o diagnóstico de infecção pelo HIV tem um impacto negativo no funcionamento sexual de 60% dos pesquisados do estudo de Newshan *et al.* (1998). Ao mesmo tempo, os sujeitos que possuem parceria são significativamente mais

propensos a manter atividade sexual do que os que não possuem (Stein *et al.*, 2005).

Em estudo com 50 homens portadores do HIV, Newshan *et al.* (1998) observaram que as mudanças na vida sexual dos pacientes geralmente se relacionam a sintomas psicológicos e níveis séricos alterados de testosterona, e 60% deles referem que o interesse na atividade sexual diminui a partir da descoberta da soropositividade. O grupo de pacientes com sintomas de aids revela humor mais negativo, piora da imagem corporal e da satisfação sexual, quando comparado ao grupo apenas soropositivo. Mais freqüentemente têm-se alterações dos níveis de testosterona em sujeitos com sintomas da infecção por HIV ou de aids. O grupo com níveis mais baixos ou anormais de testosterona apresenta menos iniciativa e satisfação sexual e afetos mais negativos (Newshan *et al.*, 1998).

As disfunções sexuais mais comuns em mulheres soropositivas são: desejo sexual hipoativo, anorgasmia e dispareunia. Estão francamente associadas a fatores psicogênicos e à imagem corporal negativa devido a alterações físicas provocadas pelos medicamentos (Hijazi *et al.*, 2002), geralmente com conseqüências negativas nos relacionamentos íntimos e na qualidade de vida (Catalan *et al.*, 1996). Provavelmente a dispareunia está associada à maior freqüência de infecções e inflamações pélvicas, apesar de as mulheres soropositivas manterem a ovulação e os níveis estrogênicos normais (Hijazi *et al.*, 2002).

Em estudo com 54 mulheres HIV positivo, Goggin *et al.* (1998) relataram desejo sexual hipoativo em 39% delas. Da amostra, 48%

apresentam níveis baixos de testosterona (abaixo de 20 ng/dl) e 27% apresentam também níveis baixos de dehidroepiandrosterona (DHEAS) (menor que 35 microg/dl). Surpreendentemente, não se encontra associação entre desejo sexual hipoativo e níveis baixos de testosterona ou DHEAS, nem com diagnóstico de depressão, apenas com mais sintomas depressivos e insatisfação com a vida. Porém, mulheres que se contaminam pela via sexual são cinco vezes mais propensas a ter desejo sexual hipoativo do que aquelas que se contaminam por uso de drogas injetáveis (47 vs. 9%, respectivamente) (Goggin *et al.*, 1998).

Quanto ao impacto dos medicamentos anti-retrovirais e inibidores da protease na função sexual, ainda não há dados conclusivos. A princípio, a disfunção sexual não parece estar associada com inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo, sendo que há alguma evidência de que a disfunção erétil esteja, por vezes, associada aos inibidores de protease. Quanto aos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, sabe-se de casos relatados de pacientes com disfunção ejaculatória em uso de didanosina (Hijazi *et al.*, 2002).

Catalan e Meadow (2000), pesquisando 34 homens homossexuais e bissexuais soropositivos para o HIV com disfunções sexuais, relataram que 44%, 22% e 34% eram, respectivamente, de origem psicogênica, orgânica e mista. O tratamento consiste em intervenções psicoterápicas e uso de medicamentos, isoladamente ou combinados, obtendo 76% de melhora plena, 14% de melhora parcial e 10% sem melhora.

Além disso, deve-se considerar que indivíduos que adquirem o HIV por via sexual ou parenteral (excluindo transfusões) já fazem parte de uma população com maior risco de disfunção sexual, à medida que diversos fatores de risco para contrair o HIV também o são para a ocorrência de disfunção sexual, como: conflitos com a orientação ou identidade sexual, depressão, problemas psicológicos e relacionados à auto-imagem (Hijazi *et al.*, 2002).

Finalmente, torna-se cada vez mais evidente que as disfunções sexuais são subdiagnosticadas em pessoas que vivem com HIV/aids. Nesse sentido, recomenda-se revisar a história da vida sexual destes pacientes a cada seis meses. A avaliação deve ser abrangente, para além do questionamento sobre comportamento sexual de risco. Deve envolver uma pesquisa sobre: uso de medicamentos e drogas lícitas e ilícitas, níveis hormonais, presença de sintomas psíquicos, alteração da imagem corporal, fase da evolução da doença, e, principalmente, a integridade do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução). Dessa forma, estaremos não só caminhando para ampliar a qualidade de vida sexual dos portadores como também para implementar o controle da propagação da epidemia (Scanavino, 2006).

#### **2.4.4 Violência sexual**

A coerção sexual em relacionamentos não igualitários, em que o parceiro mais forte resiste a usar preservativos, é um elemento importante e

que pode aumentar o risco de propagação do HIV (Duarte, 2004; Formenti, 2004). Em pesquisa norte-americana de âmbito nacional, 25% das universitárias referem já ter sofrido pressão e 9% referem ter sido ameaçadas ou forçadas a engajar-se em intercurso sexual. Índices semelhantes têm sido descritos em estudos com casais, freqüentemente associados ao uso de álcool e drogas. Além disso, também acomete o grupo de HSH, em que 12 a 29% referem já ter sido ameaçados ou coagidos sexualmente, em sua maioria com intercursos anais desprotegidos, acarretando grande risco de contaminação. Já os homens que sofrem coação sexual relatam elevada freqüência de DST, o que os torna mais vulneráveis à infecção pelo HIV (Kelly e Kalichman, 1995).

Um grupo altamente vulnerável à epidemia e só recentemente reconhecido são os portadores de transtornos psiquiátricos crônicos. Neste, 67% das mulheres e 27% dos homens referem já ter sido vítimas de coação ou violência sexual (Kelly e Kalichman, 1995).

Mesmo entre os portadores de doença mental, a violência sexual mantém o padrão de vitimizar mais freqüentemente mulheres do que homens, como relatado em estudo com adolescentes no Rio de Janeiro, o qual mostra que as moças usam menos preservativo e são vítimas mais freqüentes de abuso sexual (Taquette *et al.*, 2004). A menor força física e a submissão atrelada a questões socioeconômicas e culturais encontram-se na raiz desta diferença entre os gêneros (Loures, 2004).

É preocupante saber que, sejam homens ou mulheres, os vitimizados tendem a ser menos assertivos em futuros relacionamentos para negociar o uso de preservativos (Kelly e Kalichman, 1995).

#### **2.4.5 Abuso sexual**

Se, por um lado, a violência sexual contribui com riscos para transmissão do HIV, quando ela ocorre na infância (abuso sexual), o trauma psíquico pode resultar em transtornos psíquicos (Molnar *et al.*, 2001) no futuro, cursando com comportamento sexual de risco (Sharma, 2003).

Noll *et al.* (2003), em estudo prospectivo, acompanharam por dez anos 77 meninas que sofreram abuso sexual e 89 controles, com o objetivo de correlacionar com alterações do comportamento sexual, particularmente: compulsão, aversão e ambivalência (compulsão e aversão) sexual. A amostra se divide em três grupos quanto aos abusadores:

- *Subgrupo com múltiplos abusadores (n = 23)*

Composto por meninas que sofrem abuso de múltiplos abusadores, nenhum deles sendo o pai biológico. O abuso ocorre por um período relativamente curto, mas com violência física;

- *Subgrupo com único abusador (n = 34)*

Um só sujeito é o abusador e não é o pai biológico. O abuso ocorre por tempo curto e a violência não é sempre freqüente;

- *Subgrupo do pai biológico (n = 20)*

Caracterizado por abuso perpetrado pelo pai biológico e por longo período. Inicia-se relativamente cedo em idade e com baixa ocorrência de violência física (Noll *et al.*, 2003).

Referem, então, que as meninas abusadas sexualmente iniciam a vida sexual voluntária mais jovens (11 anos, em média) do que o grupo controle (15 anos). Além disso, são mais compulsivas sexualmente, têm controle de natalidade menos eficaz e o nascimento do primeiro filho ocorre quando mais jovens.

O comportamento compulsivo sexual pode ser uma tentativa de reparação da experiência traumática sexual infantil, sendo assim, a compulsividade sexual é uma busca por reviver e reparar o trauma. Da mesma forma, a associação entre abuso e gravidez precoce parecem uma busca de reparação, pois ao ter uma criança de quem cuidar, procura uma compensação pelo sentimento de inadequação, solidão e auto-estima negativa (Noll *et al.*, 2003).

As vítimas de um único abusador que não o pai biológico, que aparentemente experimentam menor severidade de abuso, de violência física e com curta duração, também apresentam altos níveis de compulsão sexual.

Meninas abusadas por seus pais biológicos indicam maior índice de aversão sexual. Tal achado é compreendido como um profundo sentimento de traição da vítima, quando o pai, esperado como protetor, subverte os

limites sexuais e lhe causa danos. A partir deste ponto, a menina assume uma expectativa de poder vir a ser vítima de abuso sexual pelos homens em geral, resultando em afastamento sexual e social. Por outro lado, estas meninas também apresentam mais ambivalência (compulsão e aversão) sexual, e geralmente quando não foram forçadas fisicamente na relação passam a se questionar se não foram coniventes. A dúvida, vergonha e culpa resultam na ambivalência (Noll *et al.*, 2003).

Há carência de ações efetivas na condução e prevenção do problema. Os dados disponíveis sobre o abuso sexual no Brasil não enfocam o testemunho das vítimas, sendo fundamentados em relatos de entidades governamentais que não alcançam a real dimensão do problema. Contribuem para a atual carência de informações o baixo número de notificações e a falta de preparo dos profissionais de saúde para a identificação dos casos de maus-tratos (Aded *et al.*, 2006).

#### **2.4.6 Compulsão sexual**

Estima-se que de 3 a 6% da população norte-americana têm comportamento sexual compulsivo (Goodman, 2005). Mas devido ao estigma cultural associado a este comportamento, acredita-se que seja subdiagnosticado, dada a grande resistência dos portadores em procurar tratamento.

A compulsão sexual inicia-se geralmente no fim da adolescência ou no início da vida adulta (OMS, 1993). Devido à fase inicial egossintônica, os

pacientes demoram a procurar tratamento, geralmente fazendo-o quando emergem conseqüências adversas na vida afetiva, familiar, ocupacional, com a saúde ou com a Justiça.

A literatura freqüentemente se refere a dois tipos de compulsão sexual (Hollander e Wong, 1995):

- *Com comportamentos parafilicos associados:*

Quando os portadores apresentam também comportamentos sexuais incomuns, como exibicionismo, sadomasoquismo, fetichismo, transvestismo, entre outros.

- *Sem comportamentos parafilicos associados:*

A exacerbação do comportamento sexual se manifesta predominantemente por (Coleman, 2000; Carnes e Schneider, 2000):

- busca compulsiva de novas parcerias (múltiplos parceiros);
- masturbação ou atividade sexual compulsiva (até várias vezes ao dia);
- múltiplos relacionamentos amorosos;
- consumo exacerbado de filmes ou literatura erótica;
- uso compulsivo de sites da Internet para obter excitação sexual ou de salas para prática de sexo virtual.

Dessa forma, os portadores de comportamento sexual compulsivo encontram-se mais vulneráveis à contaminação pelo HIV ao se engajarem freqüentemente em práticas sexuais com múltiplas parcerias (Kafka e Hennen, 1999; Kalichman e Rompa, 2001) e, muitas vezes, devido à impulsividade aumentada, sem as devidas precauções (Scanavino, 2006).

Aproximadamente 90% dos casos de HIV na África são resultados de transmissão heterossexual. Vários fatores têm sido examinados como possíveis explicações do porquê de o HIV aumentar na África Subsaariana, tais como: a migração de classes trabalhadoras; procedimentos e substâncias que algumas mulheres africanas colocam em suas vaginas para produzir aumento do prazer sexual; múltiplos parceiros; e práticas sexuais desprotegidas. Entretanto, a compulsão sexual como colaboradora para a disseminação do HIV na África ainda não tinha sido investigada. Sendo assim, dois pesquisadores administraram o *Sexual Addiction Screening Test* (SAST) nos homens de Botsuana e compararam com uma amostra de homens norte-americanos. Homens botsuanos apresentaram média de pontuação maior no SAST em geral, sugerindo um comportamento sexual com mais prática sexual, mais parcerias e mais intercursos desprotegidos. Pelas limitações do instrumento e considerações culturais, não se podem fazer generalizações, mas os resultados sustentam a indicação de novas pesquisas sobre o papel da compulsão sexual na disseminação do HIV (Mmidi e Delmonico, 2001).

Em outra pesquisa, esta com 106 pessoas vivendo com HIV/aids, observa-se que os sujeitos com alto risco de transmitir o HIV são mais

jovens, ativos sexualmente, compulsivos sexuais e revelam menos seu *status* (Rosser *et al.*, 1999). Também no estudo de Benotsch *et al.* (1999) com 112 HSH HIV positivo, os 25 sujeitos altamente compulsivos sexuais envolvem-se em maior número de relacionamentos sexuais e mais intercursos anais e orais passivos desprotegidos. A dificuldade de controlar impulsos prediz fortemente comportamento sexual de alto risco em HSH (Kelly e Kalichman, 1995).

Os sujeitos que praticam sexo com grande número de diferentes parceiros representam uma minoria da população, mas um segmento muito importante na perpetuação da epidemia. Nesse sentido, múltiplas estratégias de prevenção devem ser desenvolvidas para os indivíduos com fortes impulsos e necessidades de novidades sexuais com múltiplos parceiros (Kelly e Kalichman, 1995).

#### **2.4.7 Orientação afetivo-sexual**

Um estudo comparou duas coortes independentes de HSH HIV negativo a princípio: o primeiro, *Vanguard Project (VP)*, desenvolvido de janeiro a dezembro de 1985, e o segundo, *Vancouver Lymphadenopathy Aids Study (VLAS)*, de maio de 1995 a abril de 1996. Observa-se que, no VLAS, dez anos depois, os HSH apresentam maior número de parceiros sexuais, mas com menor frequência de práticas sexuais de risco e maior adesão ao uso de preservativos (Craib *et al.*, 2000).

Os HSH apresentam mais parcerias eventuais e múltiplas habitualmente. Porém, a não adesão às práticas de sexo seguro guarda relação com as dificuldades psicossociais que este segmento enfrenta, decorrentes da exclusão social do homossexual, ainda predominante, apesar de ter diminuído pela crescente difusão dos valores globais acerca do respeito à diversidade sexual (Caceres, 2004).

Nesse sentido, uma pesquisa abrangente com HSH em Chicago, Los Angeles, Nova Iorque e São Francisco relata que problemas psicossociais de saúde são altamente correlacionados aos HSH. Dentre eles, destacam-se: uso de múltiplas drogas, depressão, história de violência entre os parceiros e de abuso sexual na infância. Referem que a interação aditiva desses fatores aumenta a vulnerabilidade para o HIV/aids (Stall *et al.*, 2003). Dessa forma, a prevalência de comportamento sexual de risco e de infecção pelo HIV entre HSH ainda é elevada, em geral (Benotsch *et al.*, 1999; Colby, 2003; Wong e Tang, 2004; MacKellar *et al.*, 2005; Treisman *et al.*, 2005).

Em estudo transversal auto-responsivo com 395 HSH latinos, realizado em Nova Iorque, observa-se a permanência de práticas sexuais de risco em parte do grupo. Dos que referem intercurso anal ativo, 29% o fazem sem preservativos, enquanto daqueles que referem intercurso anal passivo, 24% o fazem sem proteção. Estes dois comportamentos estão associados, sendo que dos que desenvolvem comportamento sexual de risco, 47,6% envolvem-se tanto em intercursos anais desprotegidos ativos quanto passivos (Munoz-laboy *et al.*, 2005). Outros pesquisadores têm observado associação de comportamentos sexuais de risco particularmente entre HSH

que buscam parceiros pela Internet, geralmente com elevadas taxas de DSTs associadas (Benotsch *et al.*, 1999; Rietmeijer *et al.*, 2001; Malu *et al.*, 2004).

Não obstante, numa clinica de atendimento a DST desenvolveu-se uma pesquisa sobre o *status* sorológico dos parceiros dos HSH. Relatam que 93 (43%) de 217 HSH sabidamente HIV positivo referem manter intercursos anais desprotegidos com parceiros de *status* sorológico oposto ou desconhecido. Por outro lado, entre os que negam saber que são HIV positivo, 24 (9,6%) dos 251 HSH relatam manter práticas sexuais desprotegidas com parceiros HIV positivo ou de *status* desconhecido (Golden *et al.*, 2004).

Os dados desses estudos corroboram a permanência do comportamento sexual de risco por parte dos HSH. É fundamental a continuidade das abordagens em prol do respeito à diversidade sexual, legitimando esse segmento. A valorização e o reconhecimento facilitarão a adesão a práticas sexuais responsáveis.

No Brasil, a transmissão entre HSH tem desacelerado nos últimos anos. A transmissão em relações homo e bissexuais corresponde, respectivamente, a 21 e 11% do total dos casos de aids em homens (Ministério da Saúde, 2006).

#### 2.4.8 Transtorno da identidade sexual

Os conflitos com relação à identidade sexual entre homossexuais e portadores de transtorno da identidade sexual dificultam o desenvolvimento de um senso de atratividade e competência durante a adolescência. Além disso, são comuns sentimentos de vergonha, isolamento e medo de rejeição, num contexto de falta de apoio familiar e social, resultando freqüentemente em comportamentos sexuais de risco, associados ao uso do álcool e drogas (Bockting *et al.*, 1998).

Segundo Bockting *et al.* (1998), os aspectos identificados como específicos da vulnerabilidade dos portadores de transtornos da identidade sexual para a infecção pelo HIV são: conflitos com a identidade sexual, vergonha e isolamento, viver na clandestinidade, busca de afirmação, comportamento sexual compulsivo, prostituição e compartilhar agulhas ao injetar hormônios.

Diversas pesquisas referem prevalência elevada de infecção pelo HIV em portadores do transtorno da identidade sexual. Nesse sentido, Elifson *et al.* (1993) referiram a taxa de 68% em transexuais profissionais do sexo em Atlanta, numa amostra de 53 sujeitos, muito maior que os 27% de soropositividade encontrados numa outra mostra de homens profissionais do sexo (n = 152), também em Atlanta (Elifson *et al.*, 1989).

Em estudo mais recente, Kenagy (2002) referiu preocupação com a aids no grupo de portadores de Transtorno da Identidade Sexual. Pesquisando 49 transexuais masculinos (homens para mulheres) e 32

femininos (mulheres para homens) observou que a maioria está envolvida em ao menos uma prática sexual de alto risco para contaminação pelo HIV nos últimos três meses, pretendem expor-se novamente no futuro e não consideram a própria suscetibilidade em infectar-se pelo vírus da aids. Transexuais femininos têm significativamente menos conhecimento a respeito da aids do que os masculinos e mais da metade não se submetem a testagem anti-HIV (Kenagy, 2002).

Em pesquisa com 173 usuários de programas de assistência à aids em São Francisco para examinar a relação entre comportamento sexual de risco, fatores cognitivos e sociais entre transexuais masculinos (homem para mulher) (n = 25), homens homo e bissexuais (n = 122) e mulheres heterossexuais (n = 26), observou-se (Nemoto *et al.*, 1999):

- transexuais usam mais drogas injetáveis (28%) do que mulheres (26,9%) e homo ou bissexuais (13,1%). Além disso, transexuais têm mais parceiros usuários de drogas injetáveis (22,2%) do que mulheres (6,7%) e homo ou bissexuais (0%) ( $p < 0,01$ );
- quanto às condições socioeconômicas, mais homo ou bissexuais (57%) têm emprego do que transexuais (21,1%) e mulheres (20%). Em torno de dois terços (66,6%) dos transexuais têm renda menor que 5.000 dólares ao ano, comparado com 50% das mulheres e 30% dos homo ou bissexuais. Quanto à moradia, a maioria dos homo ou bissexuais alugam apartamentos (81%) ou compram (8,1%). Por outro lado, mais transexuais vivem em locais

temporários como abrigos (43,4%) do que mulheres (33,3%) e homo ou bissexuais (10,1%). Transexuais têm significativamente menos anos de educação do que os outros dois grupos ( $p = 0,001$ );

- transexuais referem mais parceiros nos últimos seis meses e no último mês do que homo ou bissexuais e mulheres ( $p < 0,05$ ). As mulheres referem mais a presença de um parceiro estável (64%), comparadas com transexuais (33,3%) e homo ou bissexuais (35,3%) ( $p < 0,05$ );
- transexuais HIV positivo também apresentam mais parceiros nos últimos seis meses (Média = 66,2), do que homo ou bissexuais HIV positivo (Média = 4,79) e mulheres soropositivas (Média = 1,3) ( $p < 0,05$ ). Transexuais, homo ou bissexuais usam menos preservativos do que as mulheres ( $p < 0,05$ );
- também um número maior de transexuais faz sexo por dinheiro ou drogas (28%) comparados com as mulheres (16,7%) e homo ou bissexuais (7,9%) ( $p < 0,05$ ). Surpreendentemente, um número maior de transexuais pagou por sexo nos últimos seis meses (16,7%), mais do que as mulheres (4,3%) e homo ou bissexuais (2,6%) ( $p < 0,05$ ).

Entre 57 travestis usuários de drogas profissionais do sexo em Roma (a grande maioria emigrantes do Brasil), a prevalência do HIV é de 74%. Em São Paulo, a prevalência de infecção pelo HIV em travestis num estudo de 1992 é de 60,7% ( $n=112$ ) (Inciardi *et al.*, 1999).

#### 2.4.9 Profissionais do sexo

Estudo com profissionais do sexo masculinos na cidade de São Paulo, desenvolvido de 1992 a 1998, observa que a maioria são adultos jovens com baixa escolaridade e moradia recente em São Paulo. Sustentam-se por meio do trabalho com sexo. A prevalência de infecção pelo HIV é respectivamente de 44 e 22%, para travestis e garotos de programa (Grandi *et al.*, 2000).

Os travestis são procurados por heterossexuais e os garotos de programa por homossexuais, o que leva a diferenças nos riscos para se contrair o HIV, possivelmente associadas a maior freqüência de intercurso anal passivo pelos travestis, enquanto os garotos de programa envolvem-se mais freqüentemente em intercursos anais ativos. Além disso, mais da metade dos travestis e garotos de programa referem usar drogas e muitos clientes pagam os travestis para usarem cocaína durante a atividade sexual (Grandi *et al.*, 2000).

Outros fatores de risco para infecção pelo HIV têm sido observados nos profissionais do sexo. Nesse sentido, numa coorte com homens gays e bissexuais, 16% (126 / 761) são profissionais do sexo. A regressão logística multivariada revela uso regular de álcool (O.R. = 3,6, I.C. 95% = 1,8 – 7,2), desemprego (O.R. = 3,9, I.C. 95% = 2,1 – 7,3), história de internação psiquiátrica (O.R. = 4,2, I.C. 95% = 1,8 – 9,8), atividade bissexual (O.R. = 7,0, I.C. 95% = 3,5 – 14,1) e uso de *crack* (O.R. = 7,4, I.C. 95% = 3,0 – 18,7)

como variáveis associadas independentemente ao trabalho com sexo (Weber *et al.*, 2001).

Na amostra de Vieira de Souza *et al.* (2003), HSH que trabalham no mercado do sexo são significativamente mais propensos a engajar-se em comportamento sexual de risco ( $p < 0.05$ ) do que os HSH não profissionais do sexo.

Genericamente, o uso de preservativos aumentou grandemente pelos profissionais do sexo. No estudo de Grandi *et al.* (2000), 10,5% ou menos dos profissionais do sexo referem não adotar práticas de sexo seguro com seus clientes, ao passo que 63% dos travestis e 83% dos garotos de programa que referem a prática do sexo anal não usam preservativos com os parceiros estáveis (Grandi *et al.*, 2000). O não uso dos preservativos em relacionamentos estáveis por profissionais do sexo é fonte de preocupação e um desafio para a abordagem pelos programas de prevenção (Grandi *et al.*, 2000).

## ***OBJETIVOS***

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Conhecer o comportamento sexual de sujeitos com aids referida, em amostra da população brasileira.

#### **3.2 Específicos**

Identificar as variáveis que investigam o comportamento afetivo-sexual associadas à aids referida, nesta amostra.

## ***MÉTODO***

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) foi baseado em amostra da população, com desenho de corte transversal, idealizado e coordenado pela Profa. Dra. Carmita H. N. Abdo (Abdo, 2004a). Diversos aspectos do comportamento sexual da população brasileira foram investigados, entre o final de 2002 e o início de 2003.

### **4.2 Seleção da amostra**

A amostra foi selecionada por conveniência em parques, praias e shoppings de 18 cidades brasileiras, das cinco regiões do País, a saber:

- **Região Sudeste:** Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Campinas, Santos, São Caetano, São Bernardo e Diadema;

- **Região Sul:** Florianópolis, Porto Alegre e Curitiba;
- **Região Nordeste:** Fortaleza, Natal, Salvador e Recife;
- **Região Centro-Oeste:** Brasília e Campo Grande;
- **Região Norte:** Belém.

Sendo os aglomerados de pessoas propícios ao estudo do comportamento sexual, por congregarem imigrantes e pessoas de diversas etnias e camadas populacionais, foram escolhidos importantes centros urbanos, guardadas as diferenças regionais.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram:

- todos aqueles que, abordados, aceitassem responder ao questionário ou procurassem espontaneamente respondê-lo;
- idade igual ou superior a 18 anos;
- alfabetização mínima para preencher um questionário auto-responsivo.

Os critérios de exclusão foram:

- possuir dúvida sobre participar ou não da pesquisa;
- apresentar sinais de embriaguez;
- ser analfabeto.

### **4.3 Instrumento**

O instrumento utilizado foi um questionário composto por 87 questões fechadas (Abdo, 2004a). As questões 74 a 79 pesquisavam aspectos exclusivos às funções sexuais femininas, e as questões 80 a 87 compreendiam aspectos exclusivos às funções sexuais masculinas. Foram incluídas perguntas com formulação diferente, mas investigando a mesma variável, para comprovação da veracidade das respostas. A página de rosto convidava o indivíduo para participar de uma pesquisa científica de caráter anônimo e auto-responsivo sobre a vida sexual do brasileiro. A maioria dos itens sobre a atividade sexual referia-se aos últimos 12 meses.

As questões comuns a ambos os gêneros avaliavam os seguintes domínios:

- sociodemográfico (idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, afiliação religiosa, situação empregatícia, procedência e educação sexual);
- tratamento atual ou prévio para doenças físicas e psíquicas;
- hábitos de vida (sono, alimentação e trabalho);
- práticas sexuais (forma do início, presença de preliminares, duração, sexo oral, anal, vaginal, com abraços, beijos, uso de preservativos, sexo sob efeito de substâncias psicoativas, sexo por dinheiro ou relações incestuosas);

- histórico sexual (início da vida sexual e dificuldades afetivas e sexuais vividas);
- atitudes diante da sexualidade (situações que interferem ou favorecem a atividade sexual, qualidade do relacionamento afetivo, tipo de vínculo e avaliação do próprio desempenho);
- comportamentos indicativos de impulsividade sexual (frequência de relações, número de parcerias, situações sexuais de urgência, comportamentos parafilicos, práticas com múltiplos parceiros e relações extraconjugais);
- itens relativos à orientação e identidade sexual;
- disfunções sexuais (masculinas e femininas referidas).

#### **4.4 Procedimentos**

##### **4.4.1 Grupo piloto**

O questionário foi inicialmente testado em um grupo piloto formado por 30 indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos, para avaliação da clareza e consistência das perguntas, possibilitando a reformulação de algumas questões, quando fosse o caso.

#### 4.4.2 Pesquisa de campo

Foi formada uma equipe de profissionais do Projeto Sexualidade (ProSex), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP), para a realização do trabalho de campo e tabulação dos resultados. Ao todo, trabalharam sete profissionais, sob a coordenação da Profa. Dra. Carmita H. N. Abdo, sendo:

- um coordenador (médico psiquiatra) da pesquisa de campo;
- cinco aplicadoras do questionário (quatro psicólogas e uma assistente social);
- um coordenador (médico psiquiatra) da organização do material para tabulação e acompanhamento do processo.

A pesquisa de campo desenvolveu-se de novembro de 2002 a fevereiro de 2003, aos finais de semana, período em que um maior número de pessoas transita por locais públicos. As aplicadoras estabeleciam-se em locais de circulação e indicavam um espaço reservado para o auto-preenchimento do questionário, o qual não deveria ser assinado. Identificavam-se como sendo do ProSex por meio de um *banner* e do logotipo presente no jaleco branco que vestiam. A duração do preenchimento do questionário foi em média de 25 minutos. A maioria das

peçoas que fizeram contato com as aplicadoras aceitou preencher o questionário.

#### **4.5 Montagem do banco de dados**

Foram aplicados 7.221 questionários, sendo que 118 não puderam ser utilizados por apresentarem menos de 60% das questões respondidas. Portanto, 7.103 questionários foram tabulados.

Não foram investigadas as motivações dos que se recusaram a participar da pesquisa e estes também não foram contabilizados.

Uma profissional da área da Estatística ficou responsável pela elaboração do banco de dados, utilizando o programa Excel, no que foi acompanhada pelo coordenador da tabulação.

A montagem do banco de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2003.

À medida que foram observadas fortes associações de diversas variáveis relacionadas à impulsividade sexual com aids referida em ambos os gêneros, foi construída uma variável que as integrasse, evitando, assim, um possível efeito de colinearidade, em que mais de uma variável expressa um mesmo fator. Dessa forma, foram utilizadas 15 variáveis para estudar a associação de comportamentos indicativos de impulsividade sexual e aids referida. Elas eram: ter recorrido à contracepção de emergência; ter recorrido ao aborto provocado; ter praticado sexo grupal; presença de sexo a

três; ocorrência de troca de casais; ter havido relacionamento homossexual uma única vez; ter praticado sexo com profissional; histórico de sexo com animais; ter praticado sexo com pessoa ao menos 20 anos mais velha; o mesmo com pessoa ao menos 20 anos mais nova; possuir comportamento fetichista; possuir comportamento sadomasoquista; possuir comportamento *voyeurista*; possuir comportamento exibicionista; e frequência de desejo por sexo. Como a prevalência estimada de compulsão sexual na população é de 3 a 6%, a variável nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual foi testada, pois estava presente em menos de 10% da amostra pesquisada.

Foram considerados sujeitos com aids (referida) aqueles que responderam afirmativamente ao item “aids” na questão “Você está passando ou já passou por alguma destas situações abaixo?”.

#### **4.6 Comportamento sexual de sujeitos com aids referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira**

No final de 2003 foi apresentado ao Departamento de Psiquiatria da FMUSP e ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de São Paulo o projeto de pesquisa “Comportamento sexual de sujeitos com aids referida: um estudo baseado numa amostra da população brasileira” para ingresso no Programa de Pós-Graduação, nível doutorado.

#### 4.7 Análise estatística

Inicialmente, por intermédio da análise descritiva, obtivemos a distribuição das freqüências dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com algumas variáveis sociodemográficas.

Em seguida, por meio do teste do Qui-Quadrado, de Pearson (Kirkwood, 1988), pesquisamos a presença de associação entre a variável dependente (aids referida) e as seguintes variáveis independentes: faixa etária, escolaridade, procedência, raça/cor, estado civil, afiliação religiosa, situação empregatícia, gênero, educação sexual, orientação sexual, número de parceiros nos últimos 12 meses, freqüência de relações sexuais realizadas por semana, freqüência de relações sexuais almejadas por semana, presença de casos extraconjugais, sexo grupal, sexo com troca de casais (*swing*), sexo a três, relações incestuosas, sexo por dinheiro, sexo com profissional, aversão sexual, sexo com pessoa ao menos 20 anos mais velha, sexo com pessoa ao menos 20 anos mais jovem, ter recorrido a aborto provocado, ter recorrido à contracepção de emergência, forma do início do ato sexual, presença de preliminares, tempo para atingir o orgasmo, características da prática sexual (abraços, beijos, penetração vaginal, sexo oral e sexo anal), sexo sob o uso de drogas, sexo sob o uso do álcool, idade em que iniciou a vida sexual, dificuldades afetivo-sexuais no início da vida sexual, ter sofrido assédio sexual, ter sofrido violência sexual, situações que favorecem a atividade sexual (qualidade do relacionamento afetivo, tipo de vínculo e características do(a) parceiro(a)), situações que interferem na

atividade sexual (atividades diárias, profissionais e de lazer), avaliação do desempenho sexual, tratamento atual ou prévio para transtornos físicos, tratamento atual ou prévio para transtornos psíquicos, tratamento para aceitar a orientação sexual, tratamento para mudança de sexo, hábitos de vida (sono, alimentação e trabalho), dificuldades sexuais (indicativos da presença de disfunções sexuais), uso de preservativos e presença de DST.

Consecutivamente iniciou-se a análise univariada, a fim de ter uma idéia inicial da intensidade das associações e obter parâmetro de comparação para o controle de confusão. Utilizou-se como medida dos efeitos das associações a *Odds Ratio* (O.R., Razão de Chances), em vez de Razão de Prevalências, pois os valores são semelhantes quando a pesquisa envolve um desfecho pouco prevalente (aids referida). Além disso, favorecia a análise comparativa com os O.R. ajustados (Hennekens e Buring, 1987). Uma vez que a literatura refere diferenças quanto à vulnerabilidade masculina e feminina para a contaminação pelo HIV, optou-se por analisar o comportamento das variáveis com relação a cada um dos gêneros isoladamente e em conjunto.

Foi utilizada a análise estratificada para identificar prováveis efeitos de confusão mesmo antes da construção do modelo multivariado (Hennekens e Buring, 1987).

Na análise multivariada foi realizada a construção de modelos de regressão logística (Hosmer e Lemeshow, 1989) para o gênero masculino e para ambos os gêneros simultaneamente. Foram incluídas as variáveis cujo intervalo de confiança da Odds Ratio na análise univariada não contivesse o

um (ou seja, a não-associação). A construção dos modelos de regressão logística ocorreu por meio da técnica *forward selection*, isto é, as variáveis independentes foram sendo incluídas uma a uma, partindo do modelo mais simples para o mais complexo. A inclusão das variáveis independentes nos modelos obedeceu a uma ordem decrescente dos valores da O.R. obtidos na análise univariada; desta forma, a primeira a ser incluída foi a variável DST. Não foi possível elaborar o modelo para mulheres com aids referida devido ao reduzido número de sujeitos em relação ao número de desfechos.

A manutenção das variáveis nos modelos finais de regressão logística valorizou os seguintes critérios (Hosmer e Lemeshow, 1989):

- teste da razão da verossimilhança (TRV) – verificando a importância das variáveis para o modelo. Foram mantidos os modelos cujo valor de p ficou menor ou igual a 0,05;
- nível de significância da associação das variáveis – sendo mantidos os modelos cujo valor de p das associações ficou menor ou igual a 0,05 (teste de Wald);
- para análise do efeito de confusão das variáveis explanatórias foi utilizada a variação percentual entre os valores das *Odds Ratio* (O.R.) brutas e ajustadas; se essa variação era maior ou igual a 10%, admitiu-se que havia efeito de confusão.

Foi utilizado nível de significância estatística  $\alpha = 5\%$ .

A realização da análise estatística ocorreu por meio do software estatístico Stata 8.0 (Statacorp, 2003).

#### 4.8 Revisão da literatura

Os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: EMBASE, LILACS, MEDLINE e COCHRANE.

A seguir, são apresentados os resultados das buscas nas respectivas bases, de acordo com as palavras-chave utilizadas, quando cruzadas com a palavra aids.

A seleção de artigos na EMBASE resultou em: *paraphylia* (zero); *transvestism* (23); *sexual behaviour* (9.086); *risk sexual behaviour* (5.299); *sexuality* (13.756); *std* (8.177); *sexual compulsion* (9); *sexual addiction* (652); *epidemiology* (35.028); *risk factors* (4.761); *correlates* (955); *sexual dysfunction* (190); *humor disorders* (2); *use of drugs* (2.818); *use of alcohol* (886); *medication* (12.402); *drugs* (11.646); *sexual orientation* (273); *erectile dysfunction* (zero); *rapid or precoce ejaculation* (15); *orgasmic dysfunction* (três); *sexual hypoative desire* (dois); *vaginism* (quatro); e *sexual life* (643).

A seleção de artigos no LILACS resultou em: epidemiologia (1.646); correlatos (cinco); fatores de risco (410); comportamento sexual (305); comportamento sexual de risco (120); sexualidade (240); dst (389); compulsão sexual (zero); parafilias (zero); dependência ao álcool (dez); dependência a drogas (152); disfunções sexuais (dois); transtornos do

humor (quatro); depressão (50); *paraphyllias* (zero); *transvestism* (quatro); *sexual behaviour* (294); *risk sexual behaviour* (103); *sexuality* (195); *STD* (195); *sexual compulsion* (zero); *epidemiology* (1.608); *risk factors* (374); *correlates* (quatro); *sexual dysfunction* (zero); *humor disorders* (quatro); *use of drugs* (zero); *use of alcohol* (zero); *medication* (22); medicação (41); *drugs* (379); drogas (876); *sexual orientation* (240); orientação sexual (243); *erectile dysfunction* (um); disfunção erétil (um); *rapid or precoce ejaculation* (zero); ejaculação rápida ou precoce (zero); *orgasmic dysfunction* (zero); disfunção orgásmica (zero); *sexual hypoative desire* (dois); desejo sexual hipoativo (dois); *vaginism* (dois); vaginismo (dois); *sexual life* (28); e vida sexual (121).

A seleção de artigos no MEDLINE resultou em: *paraphyllias* (zero); *transvestism* (14); *sexual behaviour* (3.650); *risk sexual behaviour* (72); *sexuality* (473); *STD* (741); *sexual compulsion* (zero); *epidemiology* (1.993); *risk factors* (7.496); *correlates* (710); *sexual dysfunction* (22); *humor disorders* (zero); *use of drugs* (4.561); *use of alcohol* (861); *medication* (734); *drugs* (4.561); *sexual orientation* (84); *erectile dysfunction* (34); *rapid or precoce ejaculation* (2.532); *orgasmic dysfunction* (dois); *sexual hypoative desire* (zero); *vaginism* (zero); e *sexual life* (13).

A seleção de artigos na COCHRANE resultou em: *paraphyllias* (zero); *transvestism* (zero); *sexual behaviour* (269); *risk sexual behaviour* (225); *sexuality* (35); *STD* (267); *sexual compulsion* (zero); *sexual addiction* (26); *epidemiology* (570); *risk factors* (558); *correlates* (42); *sexual dysfunction* (nove); *humor disorders* (um); *depression* (166); *use of drugs* (422); *use of*

*alcohol* (116); *medication* (243); *drugs* (512); *sexual orientation* (16); *erectile dysfunction* (cinco); *rapid or precoce ejaculation* (zero); *orgasmic dysfunction* (um); *sexual hypoative desire* (zero); *vaginism* (zero); e *sexual life* (69).

Essas seleções foram efetuadas entre janeiro e março de 2006.

Os critérios de inclusão de artigos foram:

- estudos com o formato de revisões sistemáticas ou narrativas abrangentes, metanálises, populacionais, transversais e coorte com casuística expressiva;
- quando um grande número de artigos era selecionado, consideramos os publicados em 2005 e 2006 ou os últimos 50;

Os critérios de exclusão foram:

- artigos no formato de cartas;
- artigos repetidos nas bases de dados.

Foi dada preferência para artigos que estivessem escritos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Além das bases de dados referidas, obtivemos dados epidemiológicos sobre a situação da aids no Brasil e no mundo consultando o site [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), do Ministério da Saúde, bem como matérias em jornais de grande circulação, quando os dados ainda não estavam disponíveis na literatura especializada. Alguns artigos foram

encontrados por busca manual e também foram consultados livros sobre a temática pesquisada.

Ao todo, foram utilizadas 159 referências nesta tese.

#### **4.9 Conflito de interesses**

O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro obteve o apoio do laboratório Eli Lilly do Brasil.

#### **4.10 Bolsa de doutorado**

O aluno obteve Bolsa de Doutorado do CNPQ.

## ***RESULTADOS***

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Frequência de sujeitos com aids referida**

Dos 7.103 sujeitos pesquisados, 5.519 responderam à questão sobre aids. Destes, 75 (1,36%) responderam positivamente. Sendo que, com 95% de confiança, a frequência de aids referida da população que originou esta amostra está entre 1,07% e 1,70% (IC95% = 1,07 – 1,70).

### **5.2 Perfil dos 1.584 sujeitos que não responderam à questão sobre aids**

Foram comparadas a amostra que respondeu (n = 5.519) e a que não respondeu (n = 1.584) à questão sobre aids, entre si. Procurou-se estudar o perfil de respostas dadas no restante do questionário pelos dois grupos. As diferenças aparecem em vários itens ( $p \leq 0,05$ ), conforme pode ser observado nas Tabelas 2, 3, 4, 5 e 6, nos Anexos.

Em seguida, foram calculados resultados referentes aos 5.519 sujeitos que responderam à questão sobre aids.

**5.3 As freqüências dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com o gênero, as cidades e regiões brasileiras pesquisadas**

Na Tabela 7 descreveram-se as freqüências dos sujeitos com e sem aids referida de acordo com as regiões do País e cidades pesquisadas.

**Tabela 7 –** Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com as regiões e cidades pesquisadas

Regiões/ Cidades	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		Total
	N	(%)	N	(%)	
<b>Sudeste</b>	<b>2.970</b>	<b>53,81</b>	<b>42</b>	<b>0,76</b>	<b>3.012</b>
São Paulo	1.371	24,84	17	0,30	1.388
São Caetano	251	4,54	5	0,09	256
São Bernardo/Diadema	227	4,11	1	0,02	228
Santos	282	5,10	4	0,07	286
Campinas	263	4,76	3	0,05	266
Rio de Janeiro	322	5,83	4	0,07	326
Belo Horizonte	254	4,60	8	0,14	262
<b>Nordeste</b>	<b>988</b>	<b>17,90</b>	<b>16</b>	<b>0,29</b>	<b>1.004</b>
Salvador	303	5,49	6	0,11	309
Recife	258	4,67	6	0,11	264
Natal	175	3,17	1	0,02	176
Fortaleza	252	4,56	3	0,05	255
<b>Sul</b>	<b>903</b>	<b>16,36</b>	<b>10</b>	<b>0,18</b>	<b>913</b>
Curitiba	301	5,45	-	-	301
Florianópolis	300	5,43	7	0,12	307
Porto Alegre	302	5,47	3	0,05	305

(continua)

(conclusão)

Regiões/ Cidades	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		Total
	N	(%)	N	(%)	
<b>Norte</b>	<b>98</b>	<b>1,77</b>	<b>2</b>	<b>0,03</b>	<b>100</b>
Belém	98	1,77	2	0,03	100
<b>Centro-Oeste</b>	<b>485</b>	<b>8,78</b>	<b>5</b>	<b>0,09</b>	<b>490</b>
Campo Grande	289	5,23	2	0,03	291
Brasília	196	3,55	3	0,05	199
<b>TOTAL</b>	<b>5.444</b>	<b>98,64</b>	<b>75</b>	<b>1,36</b>	<b>5.519</b>

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

Na Tabela 8 foi descrita a distribuição dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com o gênero. Dois dos 75 sujeitos com aids referida não informaram o gênero.

**Tabela 8 –** Distribuição da frequência dos sujeitos com e sem aids referida de acordo com o gênero

Gênero	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Masculino</b>	2.954	53,83	52	0,94	3.006	54,78
<b>Feminino</b>	2.460	44,83	21	0,38	2.481	45,21
<b>TOTAL</b>	5.414	98,66	73	1,32	5.487	100,00

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

Os homens apresentaram duas vezes mais chances de referir aids do que as mulheres (71,23 vs. 28,77%,  $p=0,004$ , O.R.=2,06, I.C.95%=1,23 – 3,43).

**5.4 Fatores associados à aids referida em ambos os gêneros**

**5.4.1 Variáveis sociodemográficas**

Na Tabela 9 foi descrita a distribuição dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com variáveis sociodemográficas associadas. Aids referida associou-se positivamente a ter 1º e 2º grau e curso superior incompletos e a não ter recebido educação sexual.

Os sujeitos com 1º grau incompleto, 2º grau incompleto e superior incompleto apresentaram, respectivamente, 2,65, 2,97 e 2,07 vezes mais chances de referir aids do que os sujeitos com superior completo.

Também aqueles que referiram não ter recebido educação sexual tiveram 1,83 vezes mais chances de referir aids.

A Tabela 10, com as variáveis sociodemográficas que não se mostraram associadas à aids referida, pode ser consultada no Anexo.

**Tabela 9 –** Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com a escolaridade e educação sexual.

Variáveis		Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p	
		N	%	N	%				
Escolaridade	superior	completo	1.990	36,87	17	23,61	1	0,035	
		incompleto	1.017	18,84	18	25,00	2,07*		1,06 - 4,03
	2º grau	completo	1.461	27,07	16	22,22	1,28		0,64 - 2,54
		incompleto	433	8,02	11	15,28	2,97**		1,38 - 6,39
	1º grau	completo	231	4,28	4	5,56	2,02		0,67 - 6,07
		incompleto	265	4,91	6	8,33	2,65*		1,03 - 6,78
Educação sexual	sim	4.500	83,63	53	73,61	1	0,023		
	não	881	16,37	19	26,39	1,83		1,07 - 3,10	

\* =  $p \leq 0,05$ ; \*\* =  $p \leq 0,01$ ; O.R. = Ratio; I.C.95% = Intervalo de Confiança (De acordo com a escolaridade e a educação sexual)

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

#### 5.4.2 Dependência química

Os sujeitos que referiram fazer ou ter feito tratamento para dependência química apresentaram 5,51 vezes mais chances de referir aids (3,64 vs. 0,68%,  $p \leq 0,05$ , O.R.=5,51, I.C.95% = 1,28 – 23,96).

#### 5.4.3 Práticas sexuais

Na Tabela 11 foi descrita a distribuição dos sujeitos com e sem aids referida de acordo com as práticas sexuais.

Os sujeitos que iam direto à penetração e não desenvolviam preliminares apresentaram 3,72 vezes mais chances de referir aids, enquanto aqueles com preliminares demoradas apresentam 1,88 vezes mais chances de referir aids. A variável foi ajustada com ausência de atividade sexual nos últimos 12 meses e manteve as associações. Dessa forma, após o ajuste, os sujeitos que não desenvolveram preliminares mantiveram 3,68 vezes mais chances de referir aids (O.R. Mantel Haenszel = 3,68, I.C.95% = 1,39-9,72;  $p = 0,004$ ) e aqueles com preliminares demoradas mantiveram 1,89 vezes mais chances de referir aids (O.R. Mantel Haenszel = 1,89, I.C.95% = 1,08-3,29;  $p = 0,02$ ).

O sexo com penetração vaginal apresentou associação negativa com aids referida. Portanto, os sujeitos que referiam aids apresentaram 54% menos chance de praticar sexo com penetração vaginal. Novamente foi controlado para ausência de atividade sexual nos últimos 12 meses e a associação se manteve. Após o ajuste os sujeitos que referiram aids mantiveram 45% menos chances de praticar sexo com penetração vaginal (O.R. Mantel Haenszel = 0,54, I.C.95% = 0,32-0,94; p = 0,02). Porém, a associação se perdeu ao ser ajustada para orientação sexual (O.R. Mantel Haenszel = 0,62, I.C.95% = 0,36-1,06; p = 0,07).

Quanto ao uso dos preservativos, os sujeitos com aids referida apresentaram 46% menos chance de referir não usá-los e 61% menos chance de referir usá-los às vezes.

**Tabela 11** – Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds, Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com a atividade sexual

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Preliminares</b>							
nem rápidas, nem demoradas	132	2,51	5	6,94	1		
não tem preliminares	1.147	21,78	22	30,56	3,72**	1,43 - 9,68	0,009
rápidas	3.346	63,54	34	47,22	1,68	0,85 - 3,35	
demoradas	641	12,17	11	15,28	1,88*	1,09 - 3,24	
<b>Penetração</b>							
não	958	18,11	23	32,39	1		
sim	4.333	81,89	48	67,61	0,46	0,27 - 0,76	0,002
<b>Uso de preservativos</b>							
sempre	1.697	32,12	35	49,30	1		
não usa	2.129	40,29	24	33,80	0,54*	0,32 - 0,92	0,007
às vezes	1.458	27,59	12	16,90	0,39**	0,20 - 0,77	

\* = p ≤ 0,05 \*\* = p ≤ 0,01

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003

**5.4.4 Histórico sexual**

Na Tabela 12 foi descrita a distribuição dos sujeitos com e sem aids referida de acordo com dados do histórico sexual.

Observou-se que os sujeitos que referiram ter sofrido assédio e violência sexual, respectivamente, apresentaram 2,98 e 6,88 vezes mais chances de referir aids.

Além disso, os sujeitos que referiram ter iniciado a vida sexual com 17 anos ou mais apresentaram 45% menos chance de referir aids do que aqueles que iniciaram a vida sexual antes dos 17 anos.

**Tabela 12 –** Distribuição da frequência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com dados da história sexual

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Sofreu assédio sexual</b>							
não	4.316	82,33	39	60,94	1		<0,001
sim	926	17,67	25	39,06	2,98	1,79 - 4,96	
<b>Sofreu violência sexual / estupro</b>							
não	5.142	96,93	55	82,09	1		<0,001
sim	163	3,07	12	17,91	6,88	3,60 - 13,13	
<b>Idades de início da atividade sexual</b>							
até 16 anos	2.294	44,58	38	59,38	1		0,018
17 anos ou mais	2.852	55,42	26	40,63	0,55	0,33 - 0,90	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

#### 5.4.5 Comportamentos indicativos de impulsividade sexual

Na Tabela 13 foi descrita a distribuição dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com comportamentos indicativos de impulsividade sexual.

Os sujeitos que referiram ter desejo por sexo algumas vezes na semana apresentaram 44% menos chance de referir aids, quando comparados àqueles que referiram ter desejo por sexo uma ou mais vezes ao dia.

Os sujeitos que referiram já ter recorrido à contracepção de emergência ou ao aborto provocado apresentaram, respectivamente, 4,80 e 5,70 vezes mais chances de referir aids.

Os sujeitos que se engajaram em sexo a três, grupal e com troca de casais apresentaram, respectivamente, 5,81, 9,94 e 10,26 vezes mais chances de referir aids.

Também os que referiram um único relacionamento homossexual, sexo com profissionais, sexo com pessoas no mínimo 20 anos mais velhas e ao menos 20 anos mais novas apresentaram, respectivamente, 4,82, 2,18, 3,09 e 3,02 vezes mais chances de referir aids.

Não obstante, os sujeitos que referiram sexo com animais, comportamento fetichista, sadomasoquista, *voyeurista* e exibicionista apresentaram, respectivamente, 7,06, 2,81, 2,29, 3,13 e 4,99 vezes mais chances de referir aids.

**Tabela 13 –** Distribuição da freqüência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com comportamentos referidos indicativos de impulsividade sexual

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	P
	N	%	N	%			
<b>Desejo por sexo</b>							
uma ou mais vezes/dia	2.191	42,32	39	56,52	1		0,018
algumas vezes na semana ou mês	2.986	57,68	30	43,48	0,56	0,34 - 0,91	
<b>Contracepção de Emergência</b>							
não	4.706	90,15	40	65,57	1		<0,001
sim	514	9,85	21	34,43	4,80	2,80 - 8,23	
<b>Abortos provocados</b>							
não	4.590	89,40	37	59,68	1		<0,001
sim	544	10,60	25	40,32	5,70	3,39 - 9,56	
<b>Sexo grupal</b>							
não	4.960	93,27	39	58,21	1		<0,001
sim	358	6,73	28	41,79	9,94	6,01 - 16,44	
<b>Sexo a três</b>							
não	4.762	90,07	39	60,94	1		<0,001
sim	525	9,93	25	39,06	5,81	3,48 - 9,71	
<b>Troca de casais</b>							
não	5.149	97,45	52	78,79	1		<0,001
sim	135	2,55	14	21,21	10,26	5,52 - 19,07	
<b>Relacionamento homossexual (uma única vez)</b>							
não	4.920	93,02	47	73,44	1		<0,001
sim	369	6,98	17	26,56	4,82	2,73 - 8,49	
<b>Relação com profissional do sexo</b>							
não	4.026	75,46	38	58,46	1		0,002
sim	1.309	24,54	27	41,54	2,18	1,32 - 3,59	
<b>Sexo com animais</b>							
não	5.169	97,40	53	84,13	1		<0,001
sim	138	2,60	10	15,87	7,06	3,51 - 14,22	
<b>Comportamento fetichista</b>							
não	4.654	87,45	47	71,21	1		<0,001
sim	668	12,55	19	28,79	2,81	1,64 - 4,83	
<b>Relação com pessoas ao menos 20 anos mais velhas</b>							
não	4.408	82,83	39	60,94	1		<0,001
sim	914	17,17	25	39,06	3,09	1,85 - 5,13	

(continua)

(conclusão)

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	P
	N	%	N	%			
<b>Relação com pessoas ao menos 20 anos mais novas</b>							
não	4.482	84,44	43	64,18	1		<0,001
sim	826	15,56	24	35,82	3,02	1,82 - 5,02	
<b>Comportamento sadomasoquista</b>							
não	4.894	91,84	54	83,08	1		0,011
sim	435	8,16	11	16,92	2,29	1,18 - 4,41	
<b>Comportamento voyeurista</b>							
não	4.689	88,14	45	70,31	1		<0,001
sim	631	11,86	19	29,69	3,13	1,82 - 5,40	
<b>Comportamento exibicionista</b>							
não	4.865	91,65	44	68,75	1		<0,001
sim	443	8,35	20	31,25	4,99	2,91 - 8,56	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

### 5.5 Aversão sexual

Foi observado que os sujeitos que referiram aversão sexual apresentaram 4,12 vezes mais chances de referir aids (16,28 vs. 4,50%,  $p < 0,001$ , O.R. = 4,12, I.C.95% = 1,79 – 9,46).

### 5.6 Atitude diante da sexualidade

Na Tabela 14 foi descrita a distribuição dos sujeitos com e sem aids referida, de acordo com a atitude diante da sexualidade.

Os sujeitos com aids referida apresentaram 55% menos chance de relatar que as “atividades diárias interferem na realização do ato sexual”.

Intimidade favorecendo a realização do ato sexual apresentou associação marginalmente significativa com menor frequência de aids referida.

Com relação a favorecer a realização do ato sexual, os sujeitos com aids referida apresentaram:

- 45% menos chance de referir que o interesse da(o) parceira(o) favorece;
- 54% menos chance de referir que o ambiente apropriado favorece;
- 63% menos chance de referir que a afetividade favorece.

Os sujeitos que referiram que “o próprio desempenho sexual e o da parceria precisavam melhorar” apresentaram 74% menos chance de referir aids quando comparados àqueles que auto-avaliaram o desempenho sexual como excelente.

Além disso, os sujeitos que informaram que “o sexo é pouco importante para a harmonia do casal” apresentaram 2,57 vezes mais chances de referir aids do que os que referiram que “o sexo é muito importante para a harmonia do casal”.

Finalmente, os sujeitos que referiram “vergonha ao falar de sexo” apresentaram 2,28 vezes mais chances de referir aids ao serem comparados com aqueles que informaram “neutralidade ao falar de sexo”.

**Tabela 14 –** Distribuição da frequência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, *Odds Ratio* (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com a atitude diante da sexualidade

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Atividades diárias interferem</b>							
não	3.224	68,54	48	82,76	1		0,020
sim	1.480	31,46	10	17,24	0,45	0,22 - 0,89	
<b>O “clima” favorece</b>							
não	1.644	31,33	34	49,28	1		<0,001
sim	3.604	68,67	35	50,72	0,46	0,29 - 0,75	
<b>Intimidade favorece</b>							
não	1.639	31,25	29	42,03	1		0,055
sim	3.606	68,75	40	57,97	0,62	0,38 - 1,01	
<b>Interesse da parceria favorece</b>							
não	2.187	41,70	39	56,52	1		0,013
sim	3.057	58,30	30	43,48	0,55	0,34 - 0,88	
<b>Afetividade favorece</b>							
não	1.576	30,06	37	53,62	1		<0,001
sim	3.667	69,94	32	46,38	0,37	0,23 - 0,59	
<b>Importância do sexo para harmonia do casal</b>							
muito	5.084	96,49	64	91,43	1		0,024
pouco	185	3,51	6	8,57	2,57	1,10 - 6,02	
<b>Desempenho sexual</b>							
excelente	1.758	40,98	32	56,14	1		0,024
precisa melhorar	1.217	28,37	13	22,81	0,58	0,30 - 1,12	
precisa melhorar o da parceria	479	11,17	8	14,04	0,91	0,42 - 2,00	
precisa melhorar o meu e da parceria	836	19,49	4	7,02	0,26*	0,09 - 0,74	
<b>Sentimento ao falar de sexo</b>							
neutro	1.864	35,11	24	34,29	1		0,012
envergonhado	408	7,69	12	17,14	2,28*	1,13 - 4,60	
à vontade	3.037	57,20	34	48,57	0,86	0,51 - 1,47	

\* = p ≤ 0,05

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

### **5.7 Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Foi observado que os sujeitos que referiram ter ou já ter tido DST no passado apresentaram 25,48 vezes mais chances de referir aids (79,41 vs. 13,15%,  $p < 0,001$ , O.R. = 25,48, I.C.95% = 13,88 – 46,75).

### **5.8 Receber dinheiro por sexo**

Os sujeitos que referiram já ter recebido dinheiro por sexo apresentaram 7,27 vezes mais chances de referir aids (22,41 vs. 3,82%,  $p < 0,001$ , O.R. = 7,27, I.C.95% = 3,84 – 13,74).

### **5.9 Modelo de regressão logística (multivariado) com variáveis associadas à aids referida em ambos os gêneros**

Após o ajuste das variáveis no modelo de regressão logística, mantiveram associação e demonstraram possuir efeitos independentes para aids referida em ambos os gêneros, as seguintes categorias de variáveis (vide Tabela 15): DST, ter sofrido violência sexual, nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual, ter recebido dinheiro por sexo, referir que o “clima” favorece o sexo.

Dessa forma, os sujeitos de ambos os gêneros que referiram possuir DST atual ou pregressa, ter sofrido violência sexual, ter recebido dinheiro por sexo, nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual mantiveram, respectivamente, 19,61, 2,50, 2,71 e 2,57 vezes mais chances de referir aids. Por outro lado, os sujeitos com aids referida mantiveram 50% menos chances de referir que o “clima” e o ambiente apropriado favorecem o ato sexual.

**Tabela 15 –** Valor de p, Intervalo de Confiança (IC95%), Odds Ratio (O.R.) bruto e ajustado mediante o modelo de regressão logística dos sujeitos de ambos os gêneros com aids referida, para as variáveis: DST (doenças sexualmente transmissíveis), ter sofrido violência sexual, nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual, ter recebido dinheiro por sexo, o “clima” favorece o ato sexual

Variáveis	Sujeitos com aids referida				VARIACÃO * %
	O.R. bruto	O.R. ajustado	IC95%	p	
<b>Doenças Sexualmente Transmissíveis</b>					
não	1	1	-		
sim	25,48	19,61	10,15 – 37,90	<0,001	-29,93
<b>Nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual</b>					
não	1	1	-		
sim	9,74	2,57	1,27 – 5,21	0,008	-278,98
<b>Recebeu dinheiro por sexo</b>					
não	1	1	-		
sim	7,27	2,71	1,29 – 5,69	0,008	-168,26
<b>Ter sofrido violência sexual</b>					
não	1	1	-		
sim	6,88	2,50	1,08 – 5,77	0,031	-175
<b>“Clima” favorece o sexo</b>					
não	1	1	-		
sim	0,46	0,50	0,29 – 0,86	0,014	+8

\*Variação dos valores do O.R. ajustado (mais, menos) em relação ao bruto.

## **5.10 Fatores associados à aids referida exclusivamente em mulheres**

### **5.10.1 Comportamentos sexuais disfuncionais**

As mulheres que referiram dificuldade em manter a excitação sexual até o final da relação apresentaram 2,60 vezes mais chances de referir aids (24,00 vs. 10,81%,  $p = 0,03$ , O.R. = 2,60, I.C.95% = 1,03 – 6,58).

### **5.10.2 Práticas sexuais**

Na Tabela 16 foi descrita a distribuição das mulheres com e sem aids referida, de acordo com algumas práticas sexuais.

Aquelas que informaram “não ter atividade sexual nos últimos 12 meses” apresentaram 3,98 vezes mais chances de referir aids.

O ato de abraçar durante a relação sexual apresentou associação negativa com aids referida. Mulheres que abraçam apresentaram 65% menos chance de referir aids. Porém, esta associação não se manteve quando ajustada para ausência de atividade sexual nos últimos 12 meses (O.R. Mantel Haenszel = 0,52, I.C.95% = 0,18-1,48;  $p = 0,21$ ).

Mulheres que referiram “realizar a atividade sexual sob o efeito de drogas” apresentaram 8,62 vezes mais chances de referir aids.

**Tabela 16 –** Distribuição da frequência das mulheres com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com algumas práticas sexuais

Variáveis	Mulheres sem aids referida		Mulheres com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Atividade sexual nos últimos 12 meses</b>							
não	311	12,76	7	36,84	3,98	1,55 – 10,23	
sim	2.127	87,24	12	63,16	1		0,002
<b>Abraços</b>							
não	378	16,02	7	35	1		
sim	1.982	83,98	13	65	0,35	0,14 – 0,89	0,022
<b>Sexo sob efeito de drogas</b>							
não	2.298	94,92	13	68,42	1		
sim	123	5,08	6	31,58	8,62	3,20 – 23,20	<0,001

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003

### 5.11 Histórico sexual

Mulheres que referiram “ter vivido relações incestuosas” apresentaram 4,91 vezes mais chances de referir aids (21,05 vs. 5,15%, p = 0,015, O.R. = 4,91, I.C.95% = 1,60 – 15,05). Porém, essa associação não se manteve quando ajustada para “nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual” em mulheres (O.R. Mantel Haenszel = 2,46, I.C.95% = 0,44-13,67; p = 0,28).

## **5.12 Fatores associados à aids referida exclusivamente em homens**

### **5.12.1 Variáveis sociodemográficas**

Viúvos apresentaram 9,11 vezes mais chances de referir aids do que os casados ou amasiados (5,88 vs. 0,75%,  $p < 0,001$ , O.R. = 9,11, I.C.95% = 2,51 – 32,61).

### **5.13 Dependência ao álcool**

Homens que “fazem ou fizeram tratamento para o alcoolismo” apresentaram 7,17 vezes mais chances de referir aids (12,50 vs. 1,95%,  $p < 0,001$ , O.R. = 7,17, I.C.95% = 2,67 – 19,25).

### **5.14 Comportamentos sexuais disfuncionais**

Na Tabela 17 foi descrita a distribuição dos homens com e sem aids referida de acordo com comportamentos sexuais disfuncionais.

Os homens que referiram dispareunia e disfunção orgásmica apresentaram, respectivamente, 3,06 e 3,21 vezes mais chances de referir aids. Também os homens que referiram tempo ejaculatório demorado apresentaram 3,29 vezes mais chances de referir aids do que aqueles cujo tempo para ejacular era considerado bom.

Finalmente, aqueles que referiram disfunção erétil completa apresentaram 5,36 vezes mais chances de referir aids do que aqueles sem falhas na função erétil peniana.

**Tabela 17 –** Distribuição da frequência dos homens com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com comportamentos sexuais disfuncionais

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Dispareunia</b>							
não	2.762	95,74	44	88,00	1		
sim	123	4,26	6	12,00	3,06	1,27 - 7,33	0,008
<b>Disfunção erétil</b>							
ausente	2.104	74,64	28	66,67	1		
completa	42	1,49	3	7,14	5,36**	1,57 - 18,34	
moderada	673	23,87	11	26,19	1,22	0,60 - 2,48	0,035
<b>Disfunção orgásmica</b>							
não	2.654	95,43	39	86,67	1		
sim	127	4,57	6	13,33	3,21	1,33 - 7,74	0,017
<b>Tempo para ejacular</b>							
bom	213	7,71	8	19,51	1		
rápido	1.843	66,68	21	51,22	1,48	0,72 - 3,03	
demorado	708	25,62	12	29,27	3,29**	1,44 - 7,53	0,012

\*\* =  $p < 0,01$

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSb), 2002/2003.

### 5.15 Práticas sexuais

A prática do sexo oral no ato sexual diminui em 57% a chance de referir aids (50,00 vs. 69,65%,  $p = 0,003$ , O.R. = 0,43, I.C.95% = 0,24 – 0,76).

### 5.16 Orientação e identidade sexuais

Na Tabela 18 foi descrita a distribuição dos homens com e sem aids referida de acordo com itens relativos à orientação e identidade sexuais.

Os homens com orientação homo e bissexual apresentaram, respectivamente, 2,34 e 9,51 vezes mais chances de referir aids, quando comparados aos heterossexuais. A variável orientação sexual foi ajustada com as variáveis “prática do sexo anal” e “uso de preservativos”. Após o ajuste, a orientação bissexual manteve a associação e os homens com esta orientação apresentaram 9,92 vezes mais chances de referir aids (O.R. = 9,92, I.C.95% = 3,86 – 25,45,  $p < 0,001$ ). A orientação homossexual não se manteve associada à aids referida após o ajuste (O.R. = 2,31, I.C.95% = 0,82 – 6,47,  $p = 0,09$ ).

Os homens que informaram “tratamento atual ou progresso para aceitar a orientação sexual” apresentaram 6,69 vezes mais chances de referir aids e, após o ajuste com as variáveis “prática do sexo anal” e “uso de preservativos”, mantiveram a associação e 6,43 vezes mais chances de referir aids (O.R. = 6,43, I.C.95% = 1,48 – 27,81,  $p = 0,004$ ).

A variável “fazer ou ter feito tratamento para mudança de sexo” apresentou forte associação com aids referida, porém não se manteve nos cálculos da construção do modelo de regressão logística devido ao baixo número de sujeitos com aids referida que relataram fazer ou ter feito tratamento para mudança de sexo (quatro) em relação ao número de desfechos. Dessa forma, foi submetida à análise estratificada. Após o ajuste

para escolaridade, DST e receber dinheiro por sexo, os sujeitos que referiram “fazer ou ter feito tratamento para mudança de sexo” mantiveram 5,68 vezes mais chances de referir aids (O.R. Mantel Haenszel = 5,68, I.C.95% = 1,37-23,50; p = 0,006).

**Tabela 18 –** Distribuição da frequência dos homens com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com itens relativos à orientação e identidade sexuais

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Tratamento para mudança de sexo</b>							
não	2.296	99,57	36	90,00	1		
sim	10	0,43	4	10,00	25,51	7,52 - 86,54	<0,001
<b>Tratamento para aceitar sua orientação sexual</b>							
não	2.288	99,22	38	95,00	1		
sim	18	0,78	2	5,00	6,69	1,49 - 29,94	0,044
<b>Orientação sexual</b>							
heterossexual	2.616	91,82	37	74	1		
homossexual	181	6,35	6	12	2,34*	0,97 - 5,62	
bissexual	52	1,83	7	14	9,51***	4,05 - 22,33	<0,001

\* p ≤ 0,05;

\*\*\* = p < 0,001

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSb), 2002/2003.

### 5.17 Comportamentos indicativos de impulsividade sexual

Na Tabela 19 foi descrita a distribuição dos homens com e sem aids referida de acordo com comportamentos indicativos de impulsividade sexual.

Foi observado que os homens que informaram “ter relacionamentos paralelos (“caso”) a um principal” apresentaram 2,05 vezes mais chances de referir aids.

Além disso, aqueles que informaram “quatro ou mais relações sexuais por semana” apresentaram 2,18 vezes mais chances de referir aids do que aqueles que informaram “uma a três relações semanais”.

Também os homens que informaram que “desejariam ter 11 ou mais relações sexuais por semana” apresentaram 2,20 vezes mais chances de referir aids do que aqueles que “almejavam até dez relações semanais”.

Finalmente, os homens que referiram, “ao realizar a atividade sexual, utilizar a penetração em outros orifícios corporais (como umbigo e orelhas)”, apresentaram 3,29 vezes mais chances de referir aids.

**Tabela 19 –** Distribuição da frequência dos homens com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com comportamentos referidos indicativos de impulsividade sexual

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aid referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Casos extraconjugais</b>							
não	1.451	49,97	17	32,69	1		
sim	1.453	50,03	35	67,31	2,05	1,14 - 3,68	0,014
<b>Penetração em outros orifícios</b>							
não	2.575	89,16	35	71,43	1		
sim	313	10,84	14	28,57	3,29	1,74 - 6,19	<0,001
<b>Frequência de relações sexuais por semana</b>							
uma a três	1.899	69,61	22	51,16	1		
quatro ou mais	829	30,39	21	48,84	2,18	1,19 - 4,00	0,009
<b>Frequência almejada de relações sexuais por semana</b>							
uma a dez	2.391	88,98	33	78,57	1		
onze ou mais	296	11,02	9	21,43	2,20	1,04 - 4,65	0,034

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

### **5.18 Modelo de regressão logística (multivariado) para homens com aids referida**

Após o ajuste das variáveis no modelo de regressão logística, mantiveram associação e demonstraram possuir efeitos independentes para aids referida em homens, as seguintes categorias de variáveis (vide Tabela 20): DST, ter sofrido violência sexual, fazer sexo com penetração em outros orifícios, praticar sexo oral e manter quatro ou mais relações sexuais por semana.

Dessa forma, os homens que referiram possuir DST atual ou pregressa, terem sofrido violência sexual, praticar sexo com penetração em outros orifícios, manter sexo quatro ou mais vezes na semana mantiveram mais chances de referir aids. Por outro lado, os homens que referiram a prática do sexo oral apresentaram 79% menos chances de referir aids.

**Tabela 20** – Valor de p, Intervalo de Confiança (IC95%), Odds Ratio (O.R.) bruto e ajustado mediante o modelo de regressão logística dos sujeitos do gênero masculino com aids referida, para as variáveis: DST (doenças sexualmente transmissíveis), ter sofrido violência sexual, penetração em outros orifícios, sexo oral, quatro ou mais relações sexuais por semana

Variáveis	Sujeitos com aids referida				Variação* %
	O.R. bruto	O.R. ajustado	IC 95%	p	
<b>Doenças Sexualmente Transmissíveis</b>					
não	1	1			
sim	22,69	18,12	7,00-46,89	< 0,001	-25,22
<b>Ter sofrido violência sexual</b>					
não	1	1	-		
sim	18,77	6,23	1,73 – 22,33	0,005	-201,28
<b>Penetração em outros orifícios</b>					
não	1	1	-		
sim	4,25	5,79	2,26 – 14,79	<0,001	+36,23
<b>Quatro ou + relações sexuais por semana</b>					
não	1	1	-		
sim	2,86	2,53	1,14 – 5,60	0,021	-13,04
<b>Sexo oral</b>					
não	1	1	-		
sim	0,48	0,22	0,09 – 0,51	0,001	-118,18

\*Variação dos valores do O.R. ajustado (mais, menos) em relação ao bruto.

5.19 Síntese

Na Figura 1 estão sintetizados os principais resultados apresentados neste capítulo.

Figura 1 – Síntese dos fatores associados à aids referida



Nota:

Interpretação, escrita em:

- preto: variáveis associadas em ambos os gêneros;
- azul: variáveis associadas só aos homens;
- vermelho: variáveis associadas só as mulheres;
- **negrito**: variáveis associadas a aids referida com efeito independente.

\* Os comportamentos indicativos de impulsividade sexual foram:

- ter recorrido à contracepção d emergência;
- ter recorrido ao aborto provocado;
- ter praticado sexo grupal;
- presença de sexo a três;
- ocorrência de troca de casais;
- ter havido relacionamento homossexual uma única vez;
- ter praticado sexo com profissional
- histórico de sexo com animais;
- ter praticado sexo com pessoa ao menos 20 anos mais velha;
- o mesmo com pessoa ao menos 20 anos mais nova;
- possuir comportamento fetichista;
- possuir comportamento sadomasoquista;
- possuir comportamento *voyeurista*;
- possuir comportamento exibicionista;
- frequência de desejo por sexo.

## ***DISCUSSÃO***

## **6 Discussão**

Inicialmente, será comentado o perfil dos sujeitos que não responderam a questão sobre aids. Na seqüência serão discutidos os principais resultados dos sujeitos com aids referida.

### **6.1 Perfil dos 1.584 sujeitos que não responderam à questão sobre aids**

A amostra que não respondeu à questão sobre aids apresentou importantes fatores de risco para aids, a saber:

- grau de instrução inferior (Muñoz-laboy *et al.*, 2005);
- mais desempregados e aposentados, indicativos de situação socioeconômica mais precária (Brasil, 2006a);
- mais idosos (Constantino, 2006);
- mais sujeitos da raça/cor preta (Caceres, 2004; Essien *et al.*, 2005; Miller *et al.*, 2005; Whitmore *et al.*, 2005);

- mais vítimas de assédio e violência sexual (Kelly e Kalichman, 1995);
- mais sexo sob efeito de álcool e drogas (Lowry *et al.*, 1994; Rosser *et al.*, 1999; Stein *et al.*, 2005);
- mais alcoolismo referido, associado a maior risco para ter aids (Stein *et al.*, 2005);
- pensa mais em mudar de sexo (Kenagy, 2002; Schiltz e Sandfort, 2000; Piccirilo, 1996);
- mais DST (Brasil, 2006b, Smikle *et al.*, 2000).

Além disso, a amostra que não respondeu à questão sobre aids apresentou associação com variáveis associadas à aids encontradas nesta pesquisa:

- grau de instrução inferior;
- mais vítimas de assédio e violência sexual;
- mais sexo sob efeito de drogas;
- não valorização da afetividade, intimidade, “clima”, valorizar o próprio desempenho como excelente e considerar o sexo pouco importante para a harmonia do casal;
- mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual, como: ter recorrido à contracepção de emergência e aborto provocado, ter participado de sexo a três, grupal e entre casais (*swing*), ter se relacionado com pessoa do mesmo sexo ao menos uma vez,

ter mantido relações sexuais incestuosas, com profissionais do sexo, animais, pessoas ao menos 20 anos mais novas e ao menos 20 anos mais velhas, ter apresentado comportamento sadomasoquista, *voyeurista*, fetichista e exibicionista;

- mais problemas com a identidade sexual;
- mais alcoolismo referido;
- mais DST.

O fato de serem mais representados por idosos, casados e religiosos, traz a preocupação de que este grupo não respondeu à questão por se considerar fora de risco; no entanto, é justamente entre relacionamentos heterossexuais que a epidemia cresce no Brasil (Brasil, 2006c), pois esse segmento subestima o risco e a necessidade de se proteger (Miller et al., 2005).

Concluindo, a análise desta população que não respondeu à questão sobre aids aponta para a existência de mais pessoas vivendo com HIV/aids na amostra pesquisada e que talvez ainda desconheçam seu *status* sorológico. Isto é explicado pelo fato de apenas 28% da população até o momento ter sido testada no Brasil (Szwarcwald *et al.*, 2005), além da falta de informação e/ou de acesso à Saúde por parte das camadas menos favorecidas socioeconomicamente (Brasil, 2006c).

## 6.2 Frequências dos sujeitos com aids referida

Os achados de uma pesquisa nacional levada a termo pelo Ministério da Saúde conduzem à estimativa de que no Brasil cerca de 593 mil pessoas, entre 15 a 49 anos de idade, vivem com HIV e aids (0,61%) (Brasil, 2006d). Esta prevalência estimada está aquém da sugerida pelo presente estudo, talvez por diferenças de faixas etárias entre as amostras (o estudo contemplou pessoas mais velhas, portanto com mais tempo de atividade sexual). Dos 75 sujeitos com aids referida neste estudo, 11 (14,6%) pertencem à faixa etária acima dos 50 anos.

Por outro lado, a distribuição por gênero, isto é, 208 mil mulheres (0,42%) e 385 mil homens (0,80%) no estudo do Ministério da Saúde (Brasil, 2006d), se aproxima da frequência de homens e mulheres com aids referida no presente trabalho.

Do total de casos de aids no Brasil, cerca de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul (Brasil, 2006d). A frequência de aids referida no estudo nas regiões Sul e Sudeste totaliza 52 sujeitos (69,33%).

Dados do Ministério informam que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste temos as seguintes prevalências, respectivamente, 3,2%, 11% e 5,6% (Boletim Epidemiológico, 2006). No presente estudo, a frequência de aids referida no Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi, respectivamente, 2,6%, 21,33%, 6,66%. As maiores diferenças entre as frequências desta pesquisa e as do Ministério estão nas regiões Nordeste (aproximadamente 11% a mais), Sul e Sudeste (aproximadamente 11% a menos). Dados do último

Boletim Epidemiológico relatam que as regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas de alta (Boletim Epidemiológico, 2006).

### 6.3 Gênero

No Brasil, o percurso da epidemia passa por uma transição. Enquanto a transmissão nas relações heterossexuais permanece crescendo, estabilizou-se nas relações homossexuais. A consequência é um crescimento do número de mulheres infectadas (Brasil, 2006c; Souza Junior *et al.*, 2002).

O último Boletim Epidemiológico (2006) revela que a epidemia entre os homens estabilizou-se. Atualmente, são 22,8 casos em cada 100 mil habitantes. Entre as mulheres, porém, continua crescendo, atualmente com 15 casos em cada 100 mil habitantes. Nesse sentido, o fato de haver mais sujeitos do sexo masculino referindo aids no estudo reflete a realidade, pois o número de casos ainda é maior entre os homens no Brasil. Foram encontrados 2,5 homens com aids referida para cada mulher com aids referida, enquanto no Brasil temos 1,5 homens com aids para cada mulher doente. Essas taxas podem ser menos disparas do que parecem, pois no estudo, provavelmente, dentre os sujeitos com aids referida, encontram-se também soropositivos, enquanto a relação referida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) refere-se aos casos de aids.

Em nosso País, a categoria de transmissão do HIV predominante é a sexual. Entre os homens, as relações sexuais respondem por 60,78% dos casos de aids e, entre as mulheres, por 88,18% (Ministério da Saúde, 2006).

Aproximadamente 90% da população brasileira entre 15 e 54 anos é sexualmente ativa e a multiplicidade de parcerias é um fenômeno masculino, sendo que menos de 1% das mulheres referem mais de cinco parcerias no último ano (Szwarcwald *et al.*, 2005). Essa multiplicidade de parceiros é fator de risco para relacionamentos sem o uso de preservativos (Santos, 1998; Schiltz e Sandfort, 2000; Szwarcwald *et al.*, 2005), ainda presentes, embora em menor monta, em homens que fazem sexo com outros homens (Elford *et al.*, 2001; Treisman *et al.*, 2005) e entre aqueles com orientação heterossexual, que ainda subjulgam o risco de transmissão (Kelly e Kalichman, 1995; Brasil, 2005). Portanto, os homens com tal comportamento estão mais vulneráveis.

O homem tem uma prática sexual mais intensa, pois (Abdo, 2004b):

- apresenta média de parceiras(os) em 12 meses maior que a mulher (2,96 contra 1,47);
- a bissexualidade está duas vezes mais presente entre homens que entre mulheres;
- relacionamentos extraconjugais são referidos duas vezes mais por homens do que por mulheres.

A maioria das mulheres goza hoje de vida sexual ativa (84,7%) e 25,7% admitem relacionamento extraconjugal (Abdo, 2004b). Porém, a vulnerabilidade feminina parece não estar tão associada ao número de parceiros e contatos sexuais, mas à perpetuação do padrão de submissão ao desejo do homem, o que vem diminuindo na vida social, no trabalho e na política, mas permanece no âmbito da vida íntima (Scanavino, 2005).

Enquanto o uso de anticoncepcionais encontra-se muito mais sob domínio feminino, o uso do preservativo é predominantemente dependente do desejo do homem. O uso do preservativo feminino não obtém boa adesão, além de ser economicamente proibitivo para boa parte das brasileiras (Loures, 2004).

#### **6.4 Escolaridade e educação sexual**

O grau de escolaridade tem estado associado à aids de maneira inversa, ou seja, quanto mais instruído o sujeito, menor o risco de viver com o HIV/aids (Benotsch *et al.*, 1999; Muñoz-laboy, *et al.*, 2005) e de desenvolver comportamentos sexuais de risco (Gras *et al.*, 2001).

Os hábitos e comportamentos sexuais são grandemente influenciados por mitos e crendices acerca da sexualidade (Lazoritz e McDermott, 2002). Considerado um tema “tabu”, até os dias de hoje, a sexualidade é pouco discutida nos espaços públicos. A ausência da circulação de informações científicas confiáveis ou o predomínio da veiculação na mídia de aspectos

excepcionais do comportamento sexual humano contribuem para a manutenção desses mitos e crendices.

A informação sobre os modos de transmissão das DST/aids pode colaborar para reduzir falsos conceitos (mitos e crendices) sobre sexualidade e aids. Resultados do presente estudo apontam a importância da educação sexual, seja no âmbito doméstico, escolar ou dos serviços de saúde, sobre práticas sexuais saudáveis e responsáveis. Os sujeitos menos informados acerca da sexualidade apresentaram maior chance de referir aids.

Infelizmente, em estudo com adolescentes, 16,3% acreditam que a transmissão do vírus HIV se dá ao usar banheiros, saunas e piscinas (Martini e Bandeira Ada, 2003). Uma outra pesquisa com estudantes do Rio de Janeiro revela que a principal fonte de informação sobre DST/aids é a televisão (97%) e 30% referem não ter diálogo com os pais sobre sexo ou aids (Trajman *et al.*, 2003).

Também na África do Sul, numa pesquisa com pessoas vivendo com HIV/aids, 65,5% dos sujeitos não havia recebido informações sobre práticas sexuais seguras (Olley *et al.*, 2005).

A prevenção para não se contaminar com o HIV é pautada em conceitos científicos acerca da sexualidade. Pessoas com baixa escolaridade ou falta de educação sexual poderão ter dificuldades em assimilá-los e incorporá-los como novos hábitos de vida (Wellings *et al.*, 2006).

Nesta pesquisa não foram colhidos dados que permitissem determinar o nível socioeconômico da amostra. Entretanto, o nível de escolaridade exerce influência sobre hábitos de vida, condições de acesso à Educação e à assistência em Saúde (Moreira Jr *et al.*, 2001; Wellings *et al.*, 2006). Pessoas com menor grau de instrução geralmente pertencem às camadas populacionais menos favorecidas socioeconomicamente, provavelmente sem condições de adquirir preservativos ou saber onde obtê-los. Unidades de Saúde são mais freqüentemente procuradas quando o paciente apresenta sintomas, do que preventivamente. Às vezes esses indivíduos não procuram ajuda médica nem quando doentes, como refere um estudo brasileiro segundo o qual 31% dos jovens com alguma DST não procuraram qualquer ajuda, 8,5%, procuraram um amigo e 4,5% o balconista de farmácia (Brasil, 2006b; Gregson *et al.*, 2001).

O uso de preservativos aumentou em todo o mundo nos últimos anos, mas permanece baixo principalmente nos países em desenvolvimento (Wellings *et al.*, 2006). Em países com grande desigualdade social e com um sistema de Saúde Pública precário são enormes os desafios dos profissionais que trabalham nesse setor. Apesar de extremamente recomendadas, as medidas de prevenção em DST/aids, não são a prioridade do dia-a-dia. Salvo em centros especializados, os profissionais necessitam cuidar dos casos que envolvem risco de morte. Os esforços destinam-se mais para as práticas terapêuticas que para as preventivas (Cargill e Stone, 2005).

## 6.5 Outras variáveis sociodemográficas

Outras variáveis sociodemográficas têm estado associadas a aids, dentre elas: raça/cor preta e parda, adolescentes e adultos jovens e pessoas acima dos 50 anos.

Os sujeitos da raça/cor preta estão entre os segmentos mais vulneráveis à infecção pelo HIV nos Estados Unidos. Esta vulnerabilidade está fortemente associada à homofobia presente no seio da comunidade afro-americana. Dessa forma, freqüentemente homo/bissexuais da raça/cor preta permanecem mantendo relações sexuais com mulheres, sem preservativos, para manterem a imagem de heterossexuais na sociedade (Miller *et al.*, 2005). Nos países latino-americanos, a maior vulnerabilidade está relacionada ao fato de que os sujeitos de raça/cor preta são mais prevalentes nas camadas menos favorecidas socioeconomicamente (Caceres, 2004). Também a epidemia de aids no Brasil continua seu processo de crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, o que se expressa pelo aumento persistente da proporção de casos com raça/cor parda e redução dos casos com raça/cor branca, em ambos os sexos (Brasil, 2006c). No presente estudo, esta variável não se mostrou associada à aids referida, estando presente em 21% dos sujeitos que referiram aids e 19,7% dos que não referiram aids. Entende-se que estudos populacionais com amostra selecionada por conveniência e não por metodologia probabilística possam comprometer as esperadas associações entre variáveis, porém, é também possível que

certos segmentos menos favorecidos socioeconomicamente tenham mais dificuldades de realizar os devidos diagnósticos.

Diversos estudos apontam a adolescência e início da vida adulta como fases em que se está mais vulnerável à transmissão do HIV (Smikle *et al.*, 2000), por estarem associadas ao período de atividade sexual mais intensa (Brasil, 2005), aliado ao espírito aventureiro e destemido do jovem (Rietmeijer *et al.*, 2001). Não foi encontrada tal associação na presente pesquisa. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006d) revelam redução das taxas de incidência nas faixas etárias de 13 a 29 anos no sexo masculino e, entre as mulheres, após 1998, a tendência à estabilidade entre aquelas na faixa de 13 a 24 anos. Isso se deve provavelmente ao incremento na adesão ao uso dos preservativos pelos indivíduos mais jovens, como apontado pelas últimas pesquisas no Brasil (Brasil, 2006e).

Outro segmento que se mostra mais vulnerável são os sujeitos acima dos 50 anos. A partir do surgimento dos medicamentos pró-eréteis, em 1998, reativaram-se as práticas sexuais, freqüentemente sem a devida proteção. Dessa forma, no último Boletim Epidemiológico, em pessoas com 50 anos ou mais, a taxa aumenta de 18,2 para 29,8 casos a cada 100 mil habitantes em homens e mais que duplica em mulheres, passando de seis para 17,3 casos a cada 100 mil habitantes (Constantino, 2006; Boletim Epidemiológico, 2006). Trata-se de um segmento não habituado ao uso dos preservativos (Scanavino, 2005). No estudo, observou-se 11 (14,6%) sujeitos com aids referida acima dos 50 anos. Como se trata de um fenômeno recente e a doença tem uma evolução de oito anos em média

para as manifestações dos sintomas iniciais (Brasil, 2006a), possivelmente mais pessoas nessa faixa etária estão contaminadas sem sabê-lo, o que explica a não-associação com aids referida nesta amostra.

Finalmente, a situação empregatícia não se mostrou associada à aids referida. Se, por um lado, o questionário auto-responsivo vem sendo apontado como a melhor metodologia para pesquisas sobre comportamento sexual, por favorecer a sinceridade das respostas (Kurth *et al.*, 2004; Stein *et al.*, 2005), por outro, restringe o acesso das pessoas analfabetas, sem dúvida um segmento com menos acesso à informações, e por isso, muito vulnerável à contaminação pelo HIV. Pessoas nessa condição apresentam mais dificuldades em conseguir empregos, e, se presentes na amostra em questão, modificariam os resultados referentes à situação empregatícia.

## **6.6 Dependência química**

A dependência química está associada à aids em vários estudos e de diversas formas. Por isso, não é estranho que apareça associada à aids no presente estudo, apesar da bem-sucedida política de redução de danos, com distribuição gratuita de seringas no Brasil para usuários de drogas injetáveis (UDI) (Boletim Epidemiológico, 2006; Scanavino, 2005). O resultado dessa abordagem é que a categoria de exposição ao HIV hoje em dia no Brasil por UDI é responsável por 21,49% dos casos de aids nos homens e 10,47% dos casos em mulheres (Ministério da Saúde, 2006). A

associação com aids deve-se ao fato da prevalência nesse segmento ainda ser maior que na população em geral. Embora a transmissão pelo contato com o sangue contaminado no compartilhamento de seringas e agulhas tenha sido controlado, os dependentes químicos continuam envolvidos na rede de transmissão, à medida que freqüentemente se engajam em comportamento sexual de risco tanto com parcerias eventuais quanto fixas (Segurado *et al.*, 2004).

Um estudo desenvolvido em Porto Alegre com 120 homens usuários de cocaína descreve que 43% injetam drogas, referem altas taxas de comportamento sexual de risco e 45% estão vivendo com o HIV/aids (Leukefeld *et al.*, 2005). Outro estudo desenvolvido com UDI na Holanda revela que 86% não usam sempre preservativos com parceiros estáveis e 49% não o fazem nos relacionamentos sexuais casuais (Beuker *et al.*, 2002). Em pesquisa realizada em São Petersburgo com 239 UDI, a maioria tinha múltiplos parceiros sexuais (média de 9,3 nos últimos três meses) e 70% engajam-se em intercursos vaginais sem preservativos (Somlai *et al.*, 2002).

## **6.7 Práticas sexuais e atitudes diante da sexualidade**

Os poucos estudos sobre o comportamento sexual de indivíduos que vivem com o HIV/aids referem-se a uma prática sexual em declínio após o diagnóstico (Rosser *et al.*, 1999; Newshan *et al.*, 1998). Não encontramos, nas diversas bases de dados pesquisadas, trabalhos sobre as

características das práticas sexuais e a atitude em relação à sexualidade dos portadores do HIV, sendo essa, portanto, uma contribuição inédita deste estudo.

A observação de que os sujeitos com aids referida mais freqüentemente referiram prática sexual mais direta e sem preliminares nos leva a supor um perfil de indivíduos que vivenciam a sexualidade de modo mais genital do que afetivo. Da mesma forma, possuem atitudes em que aspectos mais subjetivos como “clima”, intimidade, interesse da parceria, afetividade e harmonia do casal importam pouco.

Ao dividir, para efeito didático, a expressão da sexualidade em duas – genitalidade e afetividade – nota-se que a proporção entre essas partes apresenta-se desigual nos extremos da vida, de modo que a adolescência dedica-se mais aos prazeres das zonas erógenas e a terceira idade vivencia mais os afetos.

Sendo assim, uma parte importante dos sujeitos que referem aids parece manter uma vivência sexual mais erógena e menos afetiva, em que tendem a hipervalorizar o próprio desempenho sexual. Isso, sem dúvida, torna-os mais expostos a contaminações e recontaminações, se entendermos que quanto maior a freqüência de relações sexuais realizadas, maior a probabilidade de uma eventual exposição ao vírus.

Por outro lado, uma parcela dos sujeitos com aids referida no estudo informou que as preliminares do ato sexual são demoradas. A literatura aponta a ocorrência de comportamentos sexuais disfuncionais em pessoas que vivem com HIV/aids (Newshan *et al.*, 1998; Rosser *et al.*, 1999). As

preliminares demoradas podem ser uma forma de tentar superar dificuldades com a fase de excitação, mais relatada pelas mulheres com aids referida, e de alcançar o orgasmo, mais relatada pelos homens com aids referida nesta pesquisa.

Apesar de o uso de preservativos não ser uma unanimidade em nenhum segmento populacional, pesquisas apontam freqüências mais elevadas de uso entre os sujeitos que vivem com HIV/aids (Schiltz e Sandfort, 2000), como observamos na amostra pesquisada. Longe de se poder tranquilizar-se, deve-se estar ciente de que as taxas de uso estão aquém do necessário em todos os segmentos, sendo muito mais grave ao se tratar dos soropositivos para o HIV. A grande maioria das pesquisas enfatiza justamente o contrário, ou seja, o quanto diversos segmentos dos sujeitos que vivem com HIV/aids permanecem mantendo intercursos anais e vaginais desprotegidos apesar da soropositividade (Kelly e Kalichman, 1995; Schiltz e Sandfort, 2000; Elford *et al.*, 2001). O incentivo para a prática protegida refere-se a cuidados com o outro (não transmitir), mas também consigo mesmo, à medida que a exposição a novas cepas do vírus conduz a reinfecções que podem comprometer gravemente a evolução do portador (Olley *et al.*, 2005).

A inibição para falar sobre sexo é geral na população. O fato de os sujeitos com aids referida sentirem mais freqüentemente vergonha ao abordarem a temática sexual é preocupante, à medida que sabemos que quanto menos se aborda a sexualidade de modo aberto e sem preconceitos, menos se desenvolvem práticas de sexo seguro e responsável. Por outro

lado, quanto mais marginal e clandestina a vivência da sexualidade, mais está associada a comportamentos sexuais de risco (Bockting *et al.*, 1998; Inciardi *et al.*, 1999; Caceres, 2004).

### **6.8 Histórico sexual e comportamentos indicativos de impulsividade sexual**

A associação dos sujeitos com aids referida com os diversos comportamentos indicativos de impulsividade sexual destaca-se como um grande achado desta pesquisa.

Alguns fatores dificultam o estudo da compulsão sexual, dentre eles o preconceito que associa este transtorno a um desvio de caráter, resultando em desinformação por parte da população sobre a existência de tratamento. Eis um outro problema: são poucos os centros especializados para o tratamento. Além disso, quanto à evolução, é característica a egossintonia durante o período inicial, sendo, após, substituída por ambivalência. O nível de angústia necessário para a busca por tratamento, em geral, só ocorre quando os indivíduos têm meses/anos de vivências com tal comportamento ou quando emergem conseqüências negativas no âmbito familiar, ocupacional, dos relacionamentos, legal ou na saúde pessoal (DST/aids) (Goodman, 2005). A relação entre aids e compulsão sexual, aparentemente óbvia, é muito pouco veiculada e estudada. Tivemos dificuldades para encontrar pesquisas a respeito, mesmo na literatura em língua inglesa.

A compulsão está associada a maior risco de transmissão do HIV por dois fatores: o maior número de parcerias favorece o encontro de um portador do vírus; e a impulsividade favorece a ocorrência de episódios de relações sexuais desprotegidas (Benotsch *et al.*, 1999; Kafka e Hennen, 1999; Kalichman e Rompa, 2001). Além disso, freqüentemente os momentos de busca por sexo são acompanhados do uso de substâncias psicoativas (álcool/drogas), que também favorecem o descuido quanto ao uso de práticas sexuais seguras (Benotsch *et al.*, 1999).

Chamou a atenção o fato de que tais comportamentos não se restringiram aos homens com aids referida nesta amostra. Não se pôde distinguir um padrão feminino de um masculino, observando-se, dentre as mulheres com aids referida, um padrão de práticas e comportamentos indicativos de impulsividade sexual semelhante ao dos homens com aids referida. A literatura sobre compulsão sexual destaca a ampla variedade de práticas sexuais entre os portadores desse transtorno (Carnes e Schneider, 2000; Goodman, 2005), mas é mais notável em homens, pois para cada três homens com compulsão sexual existe uma mulher. Além disso, as mulheres tendem a esconder mais o comportamento pois socialmente é menos aceitável uma mulher com descontrole sexual do que um homem (Carnes e Schneider, 2000).

A literatura e a prática clínica com portadores de compulsão sexual apontam para a freqüência de histórico de abuso sexual na infância (Noll *et al.*, 2003; Carnes e Delmonico, 1996). Um estudo prospectivo acompanhou por dez anos meninas abusadas sexualmente e um grupo controle de

meninas não abusadas e relata a associação com precocidade de início da vida sexual, compulsão sexual, aversão sexual e ambivalência (compulsão e aversão). Exceto ambivalência, que não foi investigada, todos os outros elementos estão associados à aids referida nesta pesquisa. Aversão sexual é um transtorno bastante infreqüente na clínica da sexualidade. Em que pese a possibilidade de associá-la a uma reação ao diagnóstico de aids, já que são diversos os relatos de um declínio da atividade sexual após o conhecimento do *status* sorológico (Rosser *et al.*, 1999), pode-se supô-la também como uma forma mais freqüente de reação dos portadores de compulsão sexual. Possivelmente, o portador de compulsão sexual, após o diagnóstico de infecção pelo HIV, pode se sentir traído pelo objeto de sua compulsão, o sexo, e reagir com aversão. Como se compulsão e aversão fossem pólos opostos de um mesmo transtorno. Não obstante, o sentimento de traição foi arrolado na pesquisa prospectiva referida como o motor para o predomínio de quadros de aversão sexual em vítimas cujos abusadores eram os pais biológicos. Nesses casos, o trauma pelo rompimento da sensação de proteção produz abalo na confiança, e o sentimento de traição leva à aversão ao sexo. Por outro lado, a compulsividade, quando presente, é explicada como uma tentativa de reparação das situações traumáticas vividas e, no estudo referido, mais freqüente quando as vítimas não sofreram abuso por parte dos pais biológicos (Noll *et al.*, 2003).

Dessa forma, tende-se a compreender a associação entre violência sexual e aids referida no presente estudo como resultado de prováveis experiências sexuais abusivas sofridas no passado, particularmente por não

se restringirem predominantemente às mulheres com aids referida; se assim fosse, se pensaria em violência sofrida na vida adulta, um fator de risco associado à vulnerabilidade feminina para a aids em outros estudos (Loures, 2004; Lichtenstein, 2005).

### **6.9 Doenças Sexualmente Transmissíveis**

A imensa maioria dos estudos sobre comportamento sexual e aids aborda o âmbito da sexualidade denominada sexualidade de risco, diferentemente do que faz este trabalho, que busca articular conhecimentos ligados à sexualidade erótica à problemática do exercício de práticas sexuais responsáveis. A presença de DST nas pessoas que vivem com HIV/aids tem sido freqüentemente descrita nos trabalhos que pesquisam a sexualidade de risco (Santos *et al.*, 1998; Elford *et al.*, 2001; Gyarmathy *et al.*, 2002).

As ações de combate e prevenção das DSTs são prioridades para o Programa Nacional de DST e Aids, em razão da íntima relação com a infecção pelo HIV, pois, promover a redução da incidência e da prevalência dessas doenças determinará redução da incidência do HIV na população (Brasil, 2006b).

Algumas DSTs podem facilitar a transmissão sexual da infecção pelo HIV, atuando como fator de risco, devido ao aumento da capacidade que o portador de HIV tem de infectar outras pessoas. A maioria das doenças transmissíveis pela via sexual provoca ulceração e/ou inflamação da pele e

mucosas, facilitando, assim, a disseminação do HIV. Além disso, as DSTs podem ser consideradas marcadores clínicos que permitem identificar pessoas com comportamento sexual de risco (Maymon, 1994; Sanchez-aleman *et al.*, 2002; Moscicki *et al.*, 2003; Brasil, 2006b). Dessa forma, explicamos tratar-se da variável com maior força de associação com aids referida neste estudo.

### **6.10 Receber dinheiro por sexo**

Receber dinheiro por favores sexuais não está fora das práticas dos portadores de compulsão sexual (Carnes e Schneider, 2000), porém mais comumente indica uma atividade laborativa. Embora não se tenha encontrado no banco de dados do estudo sujeitos que se autodesignassem como profissionais do sexo ou algo semelhante, foi decidido estudar esta variável separadamente dos comportamentos indicativos de impulsividade sexual.

Estudiosos da vulnerabilidade à transmissão do HIV alertam para o fato de uma grande parcela de profissionais do sexo de ambos os gêneros e transgêneros não utilizarem preservativos regularmente nos seus relacionamentos afetivos regulares, ao contrário do que ocorre na atividade profissional, em que as taxas de utilização são altas. O não uso de preservativos nos relacionamentos estáveis é preocupante em geral, sendo ainda mais em pessoas que, devido à prática profissional, se expõem

constantemente à contaminação pelo HIV (Kelly e Kalichman, 1995; Grandi *et al.*, 2000).

A prostituição freqüentemente associa-se a condições de vida socioeconomicamente desfavorecidas e, dessa forma, outros fatores também contribuem para a maior vulnerabilidade para transmissão do HIV. Nos segmentos sociais mais carentes dos países da América Latina, os sujeitos mais jovens aprendem a ver seu corpo como último recurso frente a situações de necessidade, tornando-o um bem negociável. A limitação de oportunidades no mercado oficial de trabalho e a não satisfação de necessidades básicas na condição de pobreza incrementam as possibilidades de exclusão social, situação em que freqüentemente se encontra em transações sexuais a oportunidade de se obter algum dinheiro, em condições que dificultam assumir condutas preventivas (Caceres, 2004).

### **6.11 Modelo de regressão logística para ambos os gêneros**

O modelo obtido, ao incluir a variável “nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual” corrobora a hipótese levantada por este estudo, da importância do segmento dos sujeitos com comportamentos indicativos de impulsividade sexual na propagação da epidemia. Uma minoria, mas com alto risco de transmitir e contaminar-se pelo vírus HIV.

Além disso, a violência sexual aparece não como um fator associado exclusivamente à vulnerabilidade feminina, como casos de violência

doméstica ou estupro, mas sugerindo tratar-se, em parte, de casos de abuso sexual infantil. Em casos de violência sexual na vida adulta, a vulnerabilidade para contaminação pelo HIV é consequência direta da ação, enquanto nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes o trauma psíquico e sexual pode levar a vítima a práticas sexuais desprotegidas na vida adulta, ora desencadeando comportamentos sexuais impulsivos, ora levando a estados de fragilidade do ego, da auto-estima e de humor depressivo, que, por sua vez, resultam em comportamento sexual de risco (Kelly *et al.*, 1991; Kennedy *et al.*, 1995; Crepaz e Marks, 2001; Noll *et al.*, 2003; Olley *et al.*, 2005).

A desvalorização do “clima” para a realização do ato sexual parece associar-se ao exercício da sexualidade mais dita genitalizada, em que o clima afetivo e as preliminares do ato são suprimidos em favor das práticas envolvendo os genitais diretamente (oral, anal, vaginal). As práticas sexuais em que a afetividade está presente remetem ao exercício do encontro com o outro. A vivência da incerteza e insegurança e o medo da rejeição podem ser ameaçadores para certos indivíduos. A possibilidade de envolver-se amorosamente guarda relação com o desenvolvimento da personalidade do sujeito. Vivências familiares problemáticas durante a infância e adolescência podem resultar em dificuldades de relacionamento (Kaplan *et al.*, 1997). A vivência da sexualidade mais intensa e genital satisfaz as demandas sexuais e defende o sujeito dos riscos de sentir-se frágil e dependente na relação amorosa. Futuros estudos com instrumentos de investigação psicológica e psicopatológica poderão trazer mais subsídios clínicos.

A força da associação neste estudo da DST com aids referida preocupa. Principalmente por tratar-se de um fenômeno que requer intervenções em múltiplas instâncias: da educação, da cultura, da saúde e da economia.

Da mesma forma, o sexo por dinheiro parece refletir a realidade dos países com grandes desigualdades sociais, nos quais o sexo se torna uma das raras formas de sobrevivência e prazer.

#### **6.12 Comportamentos sexuais disfuncionais e ausência de atividade sexual em mulheres**

É comum que, após o diagnóstico de infecção pelo HIV, os indivíduos sintam-se envolvidos por um estado de humor negativo e diminuam a frequência de atividade sexual ou mantenham-na sem a devida proteção (Rosser *et al.*, 1999).

Ao mesmo tempo, o novo *status* sorológico impõe a adesão a práticas de sexo seguro, o que também pode repercutir negativamente no funcionamento sexual. No estudo de Newshan *et al.* (1998), 60% dos pesquisados referem prejuízo na função sexual ao engajarem-se de modo mais sistemático em práticas de sexo protegido, após o diagnóstico.

Aparentemente, o impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV na atividade sexual é mais marcante e duradouro entre as mulheres com aids. Num estudo com mulheres vivendo com HIV/aids, 28% não têm parceiros

sexuais, em média, por 69 meses, desde o diagnóstico de infecção pelo HIV. Porém, quanto às dificuldades sexuais tem-se: 84% referem intercursos sexuais infreqüentes; 84% referem evitar iniciar uma relação sexual; 69% informam não se comunicarem sobre sexo com as parcerias; e 60% queixam-se de disfunções (Lambert *et al.*, 2005). As disfunções são freqüentes entre as mulheres após o diagnóstico de infecção pelo HIV, em grande parte pelo impacto psicológico, explicando a maior associação de aids referida com inatividade sexual e dificuldades em manter a excitação sexual até o final do ato, verificada entre as mulheres com aids referida que fizeram parte deste estudo.

### **6.13 Mulheres e o sexo sob efeito de drogas**

Os pesquisadores têm se dedicado a investigar situações desencadeantes de comportamento sexual de alto risco e têm estudado o papel desempenhado por substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, as quais parecem favorecer a busca pela atividade sexual e o não uso dos preservativos (Lowry *et al.*, 1994).

Apesar do uso de substâncias estar fortemente relacionado com comportamento sexual de risco, os mecanismos responsáveis por esta associação ainda não estão suficientemente explicados. Possivelmente, a intoxicação compromete a capacidade de julgamento e promove também desinibição do comportamento, levando a práticas sexuais desprotegidas.

Por outro lado, indivíduos que gostam de abusar de substâncias também podem ser afeitos ao comportamento sexual de risco, sem haver relação causa-efeito.

O uso de drogas está associado a obter prazer ou alívio, freqüentemente em contextos de recreação, nos quais a preocupação com riscos freqüentemente não é contemplada. Um estudo prospectivo realizado de fevereiro a outubro de 1995 em uma clinica para tratamento de DST em Londres relata que os sujeitos que se contaminam acreditam que o uso de álcool e drogas teve participação no desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco (Gilbart *et al.*, 2000). Por outro lado, um estudo realizado em Porto Alegre, com 570 sujeitos que não faziam uso regular de drogas, não mostra associação com soropositividade para o HIV (Pechansky *et al.*, 2005).

O fato do sexo sob efeito de droga ter-se associado às mulheres com aids referida corrobora o achado de outras pesquisas sobre o aumento de práticas sexuais de risco sob o efeito de álcool ou drogas (Ghaziani e Cook, 2005; Gilbart *et al.*, 2000), mas desperta a atenção para o fato de que particularmente as mulheres estão mais predispostas a se exporem à contaminação nestas condições. Um estudo em uma comunidade de usuários de drogas em São Petersburgo relata como preditores de comportamento sexual de alto risco o fato de ser mulher, jovem e usuária de heroína (Somlai *et al.*, 2002).

#### **6.14 Mulheres com práticas de relações incestuosas**

A perda da associação de aids referida em mulheres com práticas incestuosas, quando ajustada para “nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual”, confirma a hipótese de se tratar de outra prática dentre tantas relativas à impulsividade sexual, e não resultante de vitimização ao assédio dos pais, como poder-se-ia supor.

#### **6.15 Homens viúvos**

O uso de preservativos nas relações eventuais tem sido maior do que o relatado nos relacionamentos estáveis com parceria fixa. Nesse sentido, 51,5% dos indivíduos sexualmente ativos nos últimos seis meses relacionaram-se apenas com parcerias eventuais e referem uso consistente (usaram em todas as relações) (Brasil, 2006e). Porém, possivelmente a viuvez pode intensificar a vulnerabilidade masculina à contaminação pelo HIV no período do luto, devido à maior frequência de comportamento sexual de risco em estados negativos de humor (Kelly *et al.*, 1991; Kennedy *et al.*, 1995; Crepaz e Marks, 2001; Noll *et al.*, 2003; Olley *et al.*, 2005).

## 6.16 Dependência ao Álcool nos homens

Samet *et al.* (2003) informaram que entre pacientes que recebem HAART (terapia anti-retroviral altamente ativa), qualquer nível de uso de álcool está associado com níveis mais altos do RNA do HIV. À medida que um nível mais alto do RNA do HIV é um preditor independente do risco de transmissão (aumenta a virulência), deduz-se um aumento das chances de transmissão do HIV entre indivíduos infectados que usam álcool. Sejam quais forem os mecanismos para esta associação, isto é, seja o efeito do álcool na adesão terapêutica, na toxicidade hepática, em interações droga–droga entre álcool e medicamentos anti-retroviróticos ou um efeito direto no sistema imunológico, o consumo de álcool pode contribuir para a expansão da epidemia de HIV (Stein *et al.*, 2005).

Por outro lado, outro estudo informa que alcoolistas em tratamento por período de 3,5 anos mantêm elevadas taxas de infecção pelo HIV e comportamentos sexuais de risco, sugerindo que o problema merece ser melhor estudado a fim de promover a elaboração de novas intervenções para diminuir o comportamento sexual de risco em alcoolistas (Woods *et al.*, 2000).

A relação positiva entre consumo de álcool e comportamentos sexuais de risco pode ser explicada de vários modos: primeiro, o uso do álcool inicialmente favorece a libido e a atividade sexual; segundo, ao menos temporariamente pode reduzir sintomas de ansiedade e depressão; e terceiro, o álcool pode ser um marcador de personalidade que corre riscos.

Em pessoas que vivem com HIV/aids, o uso do álcool e práticas sexuais não seguras podem ser formas adicionais de busca de novas sensações. Finalmente, o álcool pode diminuir as inibições e minimizar a culpa ou o temor de se reinfetar ou transmitir o vírus (Stein *et al.*, 2005).

O uso do álcool parece aumentar as chances para o comportamento sexual de risco, particularmente em populações sabidamente vulneráveis à infecção pelo HIV: homens que fazem sexo com homens (Stall *et al.*, 2003); usuários de droga (Stein *et al.*, 2001); adultos jovens (Ghaziani e Cook, 2005); e portadores de transtorno mental (Kalichman *et al.*, 1997).

Portanto, a relação entre álcool e comportamento sexual está provavelmente associada com uma miríade de personalidade, fatores situacionais e de comportamento (Stein *et al.*, 2005).

Apesar de muito investigado pelos pesquisadores, o fato de não ter permanecido no modelo de regressão logística no presente estudo nos faz pensar que o uso do álcool não tenha força independente na transmissão do HIV, mas sim associado a outros fatores (comportamentos impulsivos), mais determinantes da vulnerabilidade à transmissão do HIV.

### 6.17 Comportamentos sexuais disfuncionais dos homens

O impacto do diagnóstico HIV positivo na sexualidade masculina envolve aspectos psicológicos e físicos, incluindo alterações dos níveis de testosterona e efeitos colaterais de alguns medicamentos (Newshan *et al.*, 1998).

A aids é fator de risco para disfunção erétil (DE) inicialmente pelo impacto psicossocial do diagnóstico; posteriormente, pode estar relacionada à diminuição dos níveis de testosterona, devido ao uso de certos medicamentos, ou, não raro, por atrofia testicular levando, além da DE, à infertilidade e diminuição da libido (Heyns e Fisher, 2005). A DE na aids também pode ser um sinal precoce da mielopatia vacuolar, a mais comum doença da medula espinhal dos portadores de HIV. Estudos têm observado esta alteração na medula espinhal torácica em mais de um terço dos pacientes com aids. Porém, as manifestações clínicas apenas ocorrem quando a vacuolização está em níveis severos, com proeminente perda de mielina das colunas laterais e posteriores. Desenvolve-se lentamente, apresentando mais freqüentemente paraparesia espástica acompanhada de perda da sensação de posição e vibratória, urgência miccional e polaciúria (Di Rocco, 1999).

Ao avaliar a presença de disfunções sexuais, deve-se considerar que alguns medicamentos comumente utilizados por sujeitos que vivem com HIV/aids podem interferir no ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) (APA, 1989). Medicamentos como cetoconazol,

fluconazol, ganciclovir, megestrol, metadona e cimetidina podem diminuir o nível de testosterona (Newshan *et al.*, 1998).

Quanto ao impacto dos medicamentos para tratamento específico da aids na função sexual, os dados existentes são limitados quanto à associação com disfunções sexuais, exceto pela já descrita associação do didanosina com disfunção ejaculatória (Hijazi *et al.*, 2002).

Neste estudo não foi possível controlar o uso de medicamentos para aids, porém, podemos supô-lo para explicar a associação da aids referida com disfunção orgásmica e tempo para ejacular demorado, em vista dessas disfunções sexuais serem infreqüentes em homens que procuram clínicas para tratamento de disfunções sexuais (Abdo, 2000).

A associação dos homens com aids referida com dispareunia sugere a presença de DST, altamente prevalente nesse segmento (Brasil, 2006b). Outrossim, a associação com DE completa está bem embasada na literatura (Heyns e Fisher, 2005; Newshan *et al.*, 1998). Em geral, os portadores de disfunções sexuais são objeto de preocupação, pois atêm-se prioritariamente em obter um desempenho sexual satisfatório, em detrimento das práticas de sexo seguro (Hijazi *et al.*, 2002).

Finalmente, o achado da associação dos homens com aids referida com comportamentos sexuais disfuncionais nesta pesquisa é de grande importância clínica. O incentivo à vivência da sexualidade das pessoas que vivem com HIV/aids favorece a valorização da vida, do auto-cuidado e o incremento do uso dos meios de proteção, à medida que a função sexual seja restabelecida. O esquecimento deste segmento quanto ao tratamento

das disfunções sexuais associadas deve-se, em parte, a preocupações equivocadas de alguns setores, que apregoam que o tratamento favoreceria a propagação da epidemia, sem perceber que a vulnerabilidade é maior enquanto estiverem disfuncionais e insatisfeitos (Paniagua, 1999).

### **6.18 Práticas sexuais dos homens**

A associação negativa entre aids referida e sexo oral vem corroborar o uso desta prática pela população geral como “sexo seguro”, em virtude dos baixos níveis de transmissão do HIV (Kelly e Kalichman, 1995).

Por outro lado, alguns estudos têm revelado um aumento de casos de sífilis, linfogranuloma venéreo e herpes genital associado à prática do sexo oral, principalmente em HSH. Nesse sentido, o sexo oral estaria também associado à transmissão do HIV indiretamente, por via da transmissão de DST (Gilleece e Sullivan, 2005; Bouscarat, 2005).

### **6.19 Dificuldades quanto à identidade sexual em homens**

Neste estudo a variável relativa a fazer ou ter feito tratamento para mudança de sexo demonstrou grande força de associação com aids referida em homens, tanto quanto a demonstrada pela variável DST em ambos os gêneros. O programa estatístico não a manteve nos cálculos para o modelo

de regressão logística em virtude do baixo número de sujeitos comparativamente ao número de desfechos. Porém, utilizando-se a análise estratificada, manteve força de associação mesmo após controle para escolaridade, DST e ter recebido dinheiro por sexo.

A literatura tem revelado elevadas taxas de prevalência de infecção pelo HIV em portadores de transtornos da identidade sexual (Piccirilo, 1996; Schiltz e Sandfort, 2000; Kenagy, 2002). Conflitos com a identidade sexual retardam e prolongam a fase adolescente de experimentação sexual nos portadores de transtornos da identidade sexual, freqüentemente associada a comportamentos sexuais de risco na população geral (Bockting, 1998).

Transexuais têm estado expostos ao risco de contrair HIV e DST por meio de três vias: contato sexual, uso de drogas e hormônios injetáveis, e uma combinação de comportamentos de risco envolvendo o uso de drogas associado ao comportamento sexual de risco (Nemoto *et al.*, 1999).

Particularmente no Brasil, o fenômeno precisa ser compreendido de diferentes formas. No carnaval, o transvestismo ocorre em festas de ruas, em que homens homo e heterossexuais se vestem de mulher para consagrar a mulher e também para projetar fantasias sexuais (Inciardi *et al.*, 1999). Em contraste, os transexuais masculinos são chamados de travestis no Brasil. Assumem o papel de gênero oposto em todos os campos de suas vidas, adotando-o como uma identidade. Porém, a maioria emerge dos segmentos sociais mais pobres, onde, ao contrário do observado no carnaval, não encontram tolerância à diversidade sexual. Então, muitos emigram para grandes metrópoles como Rio de Janeiro ou São Paulo e

vivem de modo socialmente marginal e anônimo, freqüentemente envolvidos em atividades ilegais, mas longe dos padrões morais da comunidade de onde vieram. Rapidamente aderem à prostituição como forma de sobrevivência. Freqüentemente transexuais referem falta de empregos formais e o trabalho com sexo se impõe como forma de sobreviver (Bockting, 1998). No Rio de Janeiro, calcula-se que existam 2.000 travestis, dos quais 80% se sustentam com o comércio sexual. Em estudo com 100 travestis profissionais do sexo no Rio de Janeiro observa-se que comportamentos de risco para aids são comuns e quase 50% são HIV positivo. Aproximadamente 100% referem uso não higiênico das seringas e agulhas para injeção de silicone. Muitos usam drogas, e devido ao envolvimento com a prostituição, são expostos regularmente à violência, com grande risco para aquisição de DST, inclusive o HIV/aids (Inciardi *et al.*, 1999).

## **6.20 Itens relativos à orientação sexual em homens**

O estigma relativo à orientação homossexual associado à idéia equivocada de se tratar da negação da masculinidade e do desejo de pertencer ao sexo feminino resulta na grande dificuldade de homens que fazem sexo com outros homens se exporem socialmente, assumindo suas preferências. O receio das conseqüências pessoais, sociais e profissionais colabora para que não se assumam plenamente a orientação sexual.

Além de não ousar revelar-se a outrem, muitos sequer se identificam com a imagem social do homossexual e deste modo não se atêm às medidas de prevenção à aids voltadas para esse segmento. A não adesão às práticas de sexo seguro dos sujeitos que não se identificam como homossexuais perpetua um padrão de comportamento sexual de risco. Mais recentemente a denominação HSH passou a ser utilizada face ao grande número de resultados falso-negativos em pesquisas envolvendo a investigação da orientação sexual. O novo conceito, HSH, permite que mais homens que mantêm relações sexuais com outros do mesmo gênero se identifiquem (Caceres, 2004).

Homossexuais masculinos e femininos não estão imunes a uma psicopatologia freqüentemente associada a conflitos com a orientação sexual, como: medo e dificuldades com a intimidade; dependência ao álcool e drogas; e problemas de relacionamento. Os efeitos de uma identidade e estilo de vida discordantes com a norma geral, as dificuldades da formação de uma identidade homossexual, disforia relacionada à própria orientação e sentimentos homofóbicos são alguns dos fatores de relevância para a ocorrência de dificuldades psíquicas específicas dos homossexuais e que levam a um risco maior para comportamentos sexuais de risco e disfunções sexuais. O diagnóstico de infecção pelo HIV traz mais dificuldades na elaboração desta identidade homossexual, enquanto faz emergir sentimentos de culpa e vergonha. É fundamental o entendimento de que não é simplesmente a orientação homossexual que conduz ao comportamento sexual de risco e às disfunções sexuais, mas o corolário de dificuldades

psicossociais associadas, acrescidas daquelas relacionadas ao diagnóstico de infecção pelo HIV, já referidas anteriormente (Coleman *et al.*, 1992).

### 6.21 Estilo de vida GLS

Alguns autores vão defender outro ponto de vista, de que, em parte, a manutenção do comportamento sexual de risco no segmento HSH se deve não a questões psicopatológicas, mas sim a um “diferente” estilo de vida. Nesse sentido, os HSH parecem ter aderido às festas *raves*, que ocorrem em finais de semana inteiros em locais afastados dos centros urbanos. Um estudo norte-americano revela que a maioria dos pesquisados (95%) refere o uso de substâncias psicoativas – *club drugs* – (excluindo álcool e sildenafil) durante as festas. Destes, 61% ingerem três ou mais drogas em uma noite. Também foram descritos altos níveis de atividade sexual, com 67% dos pesquisados referindo ter-se engajado em sexo anal e oral durante a festa e 49% apenas sexo anal. Somente 21% referem uso consistente de preservativos ao engajar-se em sexo anal e 28% revelam terem-no praticado sem proteção. Os autores atribuem o incremento de práticas sexuais de risco entre HSH à atmosfera festiva, aliada ao uso de drogas, que contrastam com práticas referidas fora destas festas pelos HSH (Ghaziani e Cook, 2005).

Recentemente, outro fenômeno surgiu: festas de HSH soropositivos para transmitir o vírus a postulantes ao *status* sorológico HIV positivo. Trata-

se do *barebacking* que significa buscar intencionalmente sexo anal desprotegido. A prática do *barebacking* está muito associada à busca por sexo na Internet por parte dos HSH. Os praticantes valorizam a condição de estar contaminado como sinônimo de coragem e expressão da masculinidade (Halkitis e Parsons, 2003).

O comportamento bissexual está presente entre HSH que mantêm relacionamentos heterossexuais para não levantar suspeitas sobre a orientação homoerótica, pois esta é fortemente estigmatizada (Wellings *et al.*, 2006). A orientação bissexual tem sido responsável, em parte, pelo alastramento da aids no gênero feminino.

O fato de a orientação bissexual não ter se mantido no modelo de regressão logística pode ser explicado por fazer parte freqüentemente do amplo repertório de práticas sexuais dos portadores de compulsão sexual. Nesse sentido, algumas variáveis referentes a comportamentos indicativos de impulsividade sexual mantiveram-se no modelo.

A associação com aids referida, após ajuste da variável para uso de preservativo e sexo anal, perdeu-se quanto à orientação homossexual e manteve-se quanto à bissexual. Por outro lado, manteve-se mesmo após ajuste, na variável ter feito tratamento para aceitação da orientação sexual. É importante que outros estudos possam aprofundar a associação entre comportamento sexual de risco e orientação sexual para que intervenções distintas possam ser desenvolvidas: para alterações psicopatológicas e para comportamentos de risco associados a um diferente estilo de vida.

## **6.22 Comportamentos indicativos de impulsividade sexual em homens**

Algumas variáveis relativas aos comportamentos indicativos de impulsividade sexual associaram-se somente aos homens. Maior frequência de relacionamentos paralelos e maior frequência de relações sexuais semanais realizadas e almejadas foram mais relatadas pelos homens com aids referida, possivelmente confirmando um padrão já estudado e aceito culturalmente, de que em nosso País os homens têm mais relações eventuais, e fixas e eventuais simultaneamente, do que as mulheres (Abdo, 2004b; Brasil, 2005; Wellings *et al.*, 2006).

## **6.23 Modelo de regressão logística para homens**

O modelo masculino para aids referida foi composto por duas variáveis indicativas de impulsividade sexual. Elas são: “fazer sexo com penetração em outros orifícios”; e “realizar quatro ou mais relações sexuais por semana”.

O sexo oral se mantém no modelo final, indicando não estar atrelado a uma orientação sexual exclusiva como fator protetor para referir aids.

## 6.24 Implicações para futuras pesquisas

Os dados obtidos fomentam a importância de estudos sobre a vulnerabilidade dos portadores de compulsão sexual de ambos os gêneros para a infecção pelo HIV.

A investigação da presença de casos de compulsão sexual em clínicas de tratamento para infecção pelo HIV, bem como a pesquisa por infecção pelo HIV em portadores de compulsão sexual, são fundamentais para a identificação de um segmento que não tem recebido atenção congruente com o elevado potencial de transmissão do HIV.

A pesquisa de alterações psicopatológicas (estados negativos de humor, prejuízo do controle dos impulsos) associadas a comportamentos sexuais de risco em sujeitos que sofreram violência sexual na infância e adolescência, podem revelar elementos importantes da vulnerabilidade à contaminação pelo HIV, dos vitimizados.

A relação entre disfunção sexual e aids merece ser melhor investigada. Já está claro que após o diagnóstico existe maior vulnerabilidade para as disfunções sexuais, mas um estudo prospectivo com portadores de disfunção sexual pode dar a dimensão da importância dessa patologia para o risco de contaminação pelo HIV.

Pesquisas do efeito de intervenções com técnicas psicoterápicas breves para promoção de mudança de atitudes e hábitos em portadores de transtornos sexuais (disfunções sexuais, compulsão sexual, transtorno de identidade de gênero e orientação sexual egodistônica) sobre o

comportamento sexual de risco também são suscitadas por nossos resultados.

### **6.25 Implicações para a clínica**

Os resultados indicam a importância da investigação mais abrangente do comportamento sexual por profissionais da Saúde em geral. Dessa forma, comportamentos impulsivos sexuais, dificuldades em aceitar a orientação sexual ou a identidade de gênero, presença de DST, vivência da sexualidade menos afetiva do que genital, história de violência ou abuso sexual devem suscitar a investigação de infecção pelo HIV.

Além disso, percebe-se a importância de promover, na área da Saúde, maior ênfase aos cuidados com a vida sexual das pessoas que vivem com HIV/aids. É preciso incentivar a reabilitação da função sexual desta população, bem como incentivar a adoção de práticas sexuais responsáveis. Portanto, o tratamento terá caráter terapêutico e preventivo ao mesmo tempo.

O tratamento dos sujeitos com dificuldades de aceitar a orientação homo/bissexual e daqueles que não aceitam a identidade de gênero, com vistas a melhora do funcionamento psicossocial e aquisição de formas de se relacionar com mais proteção e segurança, tem caráter fundamental no controle da epidemia.

A estruturação do tratamento dos portadores de compulsão sexual, aliando medicação, psicoterapia, aconselhamento, investigação detalhada das práticas e atitudes sexuais também é de grande relevância no combate à epidemia.

Atualmente, as intervenções mais indicadas para reduzir o comportamento sexual de risco são as específicas, isto é, construídas para lidar com aspectos singulares da vulnerabilidade de cada segmento (Wellings *et al.*, 2006).

#### **6.26 Limitações do estudo**

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência, não tendo sido resultado de cálculos probabilísticos, de modo que os resultados não podem ser generalizados para a população brasileira e as frequências obtidas não representam prevalências.

A não utilização de instrumentos diagnósticos (inventários, exames de sangue) resulta no uso da informação referida. Portanto, estudou-se variáveis associadas à aids referida. Esta metodologia compromete a investigação de patologias subclínicas ou mesmo com manifestações clínicas, mas de que o portador não tenha conhecimento por falta de informação ou acesso à Saúde. Nesse sentido, a depressão, que frequentemente está associada à maior vulnerabilidade para contaminação

pelo HIV (Starace *et al.*, 2002; Garcia *et al.*, 2004; Williams *et al.*, 2005), não esteve associada em nossa pesquisa.

A utilização do questionário auto-responsivo restringe o acesso à pesquisa com analfabetos, causando um viés de seleção da amostra, excluindo um segmento bastante vulnerável à contaminação pelo HIV.

Não obstante, os seguintes dados não pesquisados poderiam trazer outros subsídios relevantes: definição do tempo de diagnóstico de infecção pelo HIV; diferenciação de casos de aids dos portadores do vírus; e informações sobre tratamentos realizados.

Na construção dos modelos de regressão logística ocorreu perda de 8% da amostra no cálculo do modelo multivariado para ambos os gêneros com aids referida e de 20% no cálculo do modelo multivariado para homens com aids referida. Em consultoria estatística, decidiu-se pela manutenção dos modelos, visto que as associações mantiveram-se as mesmas quando calculadas com o total de sujeitos da amostra pesquisada e com o total de sujeitos que permaneciam após o alinhamento das variáveis para cálculo dos modelos multivariados, inclusive com a força das associações (O.R.) semelhantes. Os amplos intervalos de confiança dos modelos são inerentes à pesquisa de uma variável de desfecho raro (aids referida).

## ***CONCLUSÕES***

## 7 CONCLUSÕES

Em ambos os gêneros, após o ajuste para controle de efeitos de confusão, mantiveram associação com aids referida e demonstraram possuir efeitos independentes, as seguintes variáveis:

- DST referida;
- ter referido nove ou mais comportamentos indicativos de impulsividade sexual;
- ter recebido dinheiro por sexo;
- ter sofrido violência sexual;
- favorecimento do “clima” na realização do ato sexual (associação negativa).

Aids referida, em ambos os gêneros, também apresentou associação (análise univariada) com:

- 1º, 2º grau e curso superior incompletos e a não ter recebido educação sexual;

- considerar o sexo pouco importante para a harmonia do casal;
- sentimento de vergonha ao falar de sexo;
- tratamento para dependência química;
- ausência de preliminares ou preliminares demoradas no ato sexual;
- aversão sexual referida;
- início da vida sexual com 16 anos ou menos;
- não-uso e uso eventual dos preservativos (associação negativa);
- necessidade de melhorar o próprio desempenho sexual e o da parceria (associação negativa);
- interferência das atividades diárias na realização do ato sexual (associação negativa);
- favorecimento do interesse da parceria, intimidade e afetividade na realização do ato sexual (associação negativa).

No gênero masculino, após o ajuste para controle de efeitos de confusão, mantiveram associação com aids referida e demonstraram possuir efeitos independentes, as seguintes variáveis:

- DST referida;
- manter quatro ou mais relações sexuais por semana;
- ter sofrido violência sexual;
- fazer sexo com penetração em outros orifícios;

- prática do sexo oral (associação negativa).

Aids referida, exclusivamente em homens, também apresentou associação (análise univariada) positiva com:

- tratamento para mudança de sexo (ajustado para escolaridade, DST e sexo por dinheiro);
- orientação sexual bissexual;
- tratamento para aceitar a orientação sexual;
- casos extraconjugais referidos;
- 11 ou mais relações sexuais semanais almejadas;
- tratamento para dependência ao álcool;
- disfunção orgásmica referida, dispareunia referida, DE completa e tempo para ejacular demorado;
- viuvez.

Aids referida, exclusivamente em mulheres, apresentou associação positiva com:

- dificuldade em manter a excitação até o final da relação sexual;
- ausência de atividade sexual nos últimos 12 meses;
- referir ter realizado sexo sob efeito de drogas.

Finalmente, aids referida associou-se ao gênero masculino, mas esta associação não se manteve após ajustes de possíveis efeitos de confusão.

***ANEXOS***

## ANEXO A

**Tabela 2 –** Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com variáveis sociodemográficas

Dados sociodemográficos		Responderam				p	
		sim		não			
		n	%	n	%		
Afiliação religiosa	não	588	10,73	114	7,45	< 0,001	
	sim	4.893	89,27	1.417	92,55		
	Total	5.481	100,00	1.531	100,00		
Estado civil	casado/amasiado	2.684	48,92	838	54,56	< 0,001	
	solteiro	2.156	39,29	476	30,99		
	divorciado/separado	545	9,93	158	10,29		
	viuvo	102	1,86	64	4,17		
	Total	5.487	100,00	1.536	100,00		
Escolaridade	superior	completo	2.007	36,70	393	25,87	< 0,001
		incompleto	1.035	18,92	218	14,35	
	2o. grau	completo	1.477	27,01	405	26,66	
		incompleto	444	8,12	206	13,56	
	1o. grau	completo	235	4,30	131	8,62	
		incompleto	271	4,96	166	10,93	
Total	5.469	100,00	1.519	100,00			
Situação laboral	empregado	4.099	79,58	994	72,29	< 0,001	
	desempregado	709	13,76	196	14,25		
	aposentado	343	6,66	185	13,45		
	Total	5.151	100,00	1.375	100,00		
Faixa Etária (em anos)	até 25	1.446	26,39	317	20,69	< 0,001	
	26 a 30	838	15,29	177	11,55		
	31 a 35	627	11,44	157	10,25		
	36 a 40	656	11,97	166	10,84		
	41 a 50	1.058	19,31	283	18,47		
	51 a 60	560	10,22	216	14,10		
	61 ou mais	294	5,37	216	14,10		
	Total	5.479	100,00	1.532	100,00		

(continua)

(conclusão)

Dados sociodemográficos	Responderam				p	
	sim		não			
	n	%	n	%		
Raça / cor	branca	4.164	76,32	1.085	71,90	< 0,001
	preta	328	6,01	144	9,54	
	parda	748	13,71	225	14,91	
	amarela	138	2,53	30	1,99	
	outra	78	1,43	25	1,66	
	Total	5.456	100,00	1.509	100,00	
Teve educação sexual	sim	4.553	83,50	1.117	76,77	< 0,001
	não	900	16,50	338	23,23	
	Total	5.453	100,00	1.455	100,00	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

## ANEXO B

**Tabela 3 –** Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com as práticas e a história sexual

	Responderam		Não responderam		p
	n	%	n	%	
<b>Sofreu assédio sexual</b>					< 0,001
não	4.355	82,08	198	61,68	
sim	951	17,92	123	38,32	
Total	5.306	100,00	321	100,00	
<b>Sofreu violência sexual</b>					< 0,001
não	5.197	96,74	320	92,49	
sim	175	3,26	26	7,51	
Total	5.372	100,00	346	100,00	
<b>Atividade sexual nos últimos 12 meses</b>					< 0,001
sim	5.004	91,60	1.256	85,44	
não	459	8,40	214	14,56	
Total	5.463	100,00	1.47	100,00	
<b>Sexo com preliminares</b>					< 0,001
nem rápidas, nem demoradas	3.380	63,32	780	57,82	
não tem preliminares	137	2,57	61	4,52	
rápidas	652	12,21	186	13,79	
demoradas	1.169	21,90	322	23,87	
Total	5.338	100,00	1.349	100,00	
<b>Sexo com abraços</b>					< 0,001
não	926	17,27	289	27,58	
sim	4.435	82,73	759	72,42	
Total	5.361	100,00	1.048	100,00	
<b>Sexo com beijos</b>					< 0,001
não	513	9,56	164	15,60	
sim	4.853	90,44	887	84,40	
Total	5.366	100,00	1.051	100,00	
<b>Sexo com penetração vaginal</b>					< 0,001
não	981	18,30	358	34,19	
sim	4.381	81,70	689	65,81	
Total	5.362	100,00	1.047	100,00	

(continua)

(conclusão)					
	Responderam		Não responderam		p
	n	%	n	%	
<b>Sexo oral</b>					< 0,001
não	1.752	32,69	515	49,24	
Sim	3.608	67,31	531	50,76	
Total	5.36	100,00	1.046	100,00	
<b>Sexo anal</b>					< 0,001
não	4.091	76,58	866	83,11	
sim	1.251	23,42	176	16,89	
Total	5.342	100,00	1.042	100,00	
<b>Sexo sob efeito do álcool</b>					< 0,001
não	3.500	64,74	234	53,42	
sim	1.906	35,26	204	46,58	
Total	5.406	100,00	438	100,00	
<b>Sexo sob o efeito de drogas</b>					< 0,001
não	4.993	92,75	315	85,37	
sim	390	7,25	54	14,63	
Total	5.383	100,00	369	100,00	
<b>Uso de preservativos</b>					< 0,001
sempre	1.732	32,34	473	34,86	
não	2.153	40,21	591	43,55	
às vezes	1.47	27,45	293	21,59	
Total	5.355	100,00	1.357	100,00	
<b>Prática masturbatória</b>					< 0,001
às vezes	2.385	44,21	540	38,33	
freqüente	694	12,86	163	11,57	
não mais	1.487	27,56	437	31,01	
nunca	829	15,37	269	19,09	
Total	5.395	100,00	1.409	100,00	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

## ANEXO C

**Tabela 4 –** Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com a atitude diante da sexualidade

	Responderam		Não responderam		p
	n	%	n	%	
<b>"Clima" favorece o sexo?</b>					< 0,001
não	1.678	31,56	536	41,84	
sim	3.639	68,44	745	58,16	
Total	5.317	100,00	1.281	100,00	
<b>Intimidade favorece o sexo?</b>					< 0,001
não	1.668	31,39	608	47,46	
sim	3.646	68,61	673	52,54	
Total	5.314	100,00	1.281	100,00	
<b>Afetividade favorece o sexo?</b>					< 0,001
não	1.613	30,37	535	41,80	
sim	3.699	69,63	745	58,20	
Total	5.312	100,00	1.280	100,00	
<b>Importância do sexo para harmonia do casal</b>					0,003
muito	5.148	96,42	1.161	94,62	
pouco	191	3,58	66	5,38	
Total	5.339	100,00	1.227	100,00	
<b>Desempenho sexual</b>					0,020
excelente	1.790	41,18	447	46,08	
precisa melhorar	1.230	28,30	245	25,26	
melhorar o da parceira	487	11,20	114	11,75	
melhorar ambos	840	19,32	164	16,91	
Total	4.347	100,00	970	100,00	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

## ANEXO D

**Tabela 5** – Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com comportamentos indicativos de impulsividade sexual

Variáveis	Responderam		Não responderam		p
	n	%	n	%	
<b>Recorreu à contracepção de emergência</b>					< 0,001
não	4.746	89,87	156	77,23	
sim	535	10,13	46	22,77	
Total	5.281	100,00	202	100,00	
<b>Recorreu ao aborto provocado</b>					< 0,001
não	4.627	89,05	136	57,63	
sim	569	10,95	100	42,37	
Total	5.196	100,00	236	100,00	
<b>Praticou sexo grupal</b>					< 0,001
não	4.999	92,83	296	83,85	
sim	386	7,17	57	16,15	
Total	5.385	100,00	353	100,00	
<b>Praticou sexo a três</b>					< 0,001
não	4.801	89,72	282	79,66	
sim	550	10,28	72	20,34	
Total	5.351	100,00	354	100,00	
<b>Praticou troca de casais</b>					< 0,001
não	5.201	97,21	303	92,38	
sim	149	2,79	25	7,62	
Total	5.350	100,00	328	100,00	
<b>Relacionou-se com pessoa do mesmo sexo uma única vez</b>					< 0,001
não	4.967	92,79	306	86,93	
sim	386	7,21	46	13,07	
Total	5.353	100,00	352	100,00	
<b>Praticou relação incestuosa</b>					< 0,001
não	4.812	89,29	306	80,95	
sim	577	10,71	72	19,05	
Total	5.389	100,00	378	100,00	

(continua)

(conclusão)

Variáveis	Responderam		Não responderam		p
	n	%	n	%	
<b>Relação sexual com prostituta</b>					< 0,001
não	4.064	75,26	240	56,07	
sim	1.336	24,74	188	43,93	
Total	5.400	100,00	428	100,00	
<b>Praticou sexo com animais</b>					< 0,001
não	5.222	97,24	319	90,63	
sim	148	2,76	33	9,38	
Total	5.370	100,00	352	100,00	
<b>Relacionou-se com pessoa ao menos 20 anos mais velha</b>					< 0,001
não	4.447	82,57	258	63,08	
sim	939	17,43	151	36,92	
Total	5.386	100,00	409	100,00	
<b>Relacionou-se com pessoa ao menos 20 anos mais nova</b>					< 0,001
não	4.525	84,19	262	61,79	
sim	850	15,81	162	38,21	
Total	5.375	100,00	424	100,00	
<b>Comportamento fetichista</b>					< 0,001
não	4.701	87,25	324	78,07	
sim	687	12,75	91	21,93	
Total	5.388	100,00	415	100,00	
<b>Comportamento sadomasoquista</b>					< 0,001
não	4.948	91,73	325	80,85	
sim	446	8,27	77	19,15	
Total	5.394	100,00	402	100,00	
<b>Comportamento voyeurista</b>					< 0,001
não	4.734	87,93	313	75,06	
sim	650	12,07	104	24,94	
Total	5.384	100,00	417	100,00	
<b>Comportamento exibicionista</b>					< 0,001
não	4.909	91,38	321	81,68	
sim	463	8,62	72	18,32	
Total	5.372	100,00	393	100,00	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

## ANEXO E

**Tabela 6 –** Distribuição dos sujeitos que responderam e não responderam à questão sobre aids e o valor de p, de acordo com comportamentos sexuais disfuncionais, dificuldades quanto à identidade sexual, ter feito tratamento para Dependência ao Álcool e DST referida

	Responderam		Não responderam		p
	n	%	n	%	
<b>Disfunção erétil</b>					0,042
ausente	2.132	74,52	369	71,93	
completa	45	1,57	16	3,12	
moderada	684	23,91	128	24,95	
Total	2.861	100,00	513	100,00	
<b>Aversão sexual</b>					< 0,001
não	5.051	93,95	314	87,22	
sim	325	6,05	46	12,78	
Total	5.376	100,00	360	100,00	
<b>Pensa 24h em mudar de sexo</b>					0,042
não	4.574	99,31	1.051	98,69	
sim	32	0,69	14	1,31	
Total	4.606	100,00	1.065	100,00	
<b>Tratamento para Dependência ao Álcool</b>					< 0,001
não	4.409	98,68	975	96,73	
sim	59	1,32	33	3,27	
Total	4.468	100	1.008	100	
<b>DST referida</b>					< 0,001
não	4.718	86,03	202	58,05	
sim	766	13,97	146	41,95	
Total	5.484	100	348	100	

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

## ANEXO F

**Tabela 10 –** Distribuição da frequência dos sujeitos com e sem aids referida, valor de p, Odds Ratio (O.R.) e Intervalo de Confiança (I.C.95%), de acordo com variáveis sociodemográficas

	Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p	
		N	%	N	%				
<b>Gênero</b>	masculino	2.954	54,56	52	71,23			0,004	
	feminino	2.460	45,44	21	28,77	2,06	1,23 - 3,43		
<b>Escolaridade</b>	superior	completo	1.990	36,87	17	23,61	1		0,035
		incompleto	1.017	18,84	18	25,00	2,07*	1,06 - 4,03	
	2º grau	completo	1.461	27,07	16	22,22	1,28	0,64 - 2,54	
		incompleto	433	8,02	11	15,28	2,97**	1,38 - 6,39	
	1º grau	completo	231	4,28	4	5,56	2,02	0,67 - 6,07	
		incompleto	265	4,91	6	8,33	2,65*	1,03 - 6,78	
<b>Situação laboral</b>	empregado	4.047	79,62	52	76,47	1		0,225	
	desempregado	701	13,79	8	11,76	0,88	0,42 - 1,87		
	aposentado	335	6,59	8	11,76	1,85	0,87 - 3,94		
<b>Faixa etária (anos)</b>	até 25	1.425	26,34	21	30,00	1		0,467	
	26 a 30	828	15,31	10	14,29	0,81	0,38 - 1,74		
	31 a 35	621	11,48	6	8,57	0,65	0,26 - 1,63		
	36 a 40	643	11,89	13	18,57	1,37	0,68 - 2,75		
	41 a 50	1.049	19,39	9	12,86	0,58	0,26 - 1,27		
	51 a 60	554	10,24	6	8,57	0,73	0,29 - 1,83		
	61 ou mais	289	5,34	5	7,14	1,17	0,43 - 3,13		
<b>Tipo de trabalho</b>	comerciário	796	15,27	17	24,29			0,223	
	comerciante	343	6,58	8	11,43	1,09	0,46 - 2,55		
	autônomo	1.284	24,63	15	21,43	0,54	0,27 - 1,10		
	industrialário	395	7,58	4	5,71	0,47	0,15 - 1,41		
	prestador de serviços	170	3,26	1	1,43	0,27	0,03 - 2,08		
	do lar	367	7,04	4	5,71	0,51	0,17 - 1,52		
	outro	1.859	35,65	21	30,00	0,52	0,27 - 1,00		
<b>Região</b>	Sudeste	2.970	54,56	42	56,00	1		0,802	
	Nordeste	988	18,15	16	21,33	1,14	0,64 - 2,04		
	Sul	903	16,59	10	13,33	0,78	0,39 - 1,56		
	Centro-Oeste	485	8,91	5	6,67	0,72	0,28 - 1,85		
	Norte	98	1,80	2	2,67	1,44	0,34 - 6,04		
<b>Raça / cor</b>	branca	4.110	76,32	54	76,06	1		0,866	
	preta	325	6,04	3	4,23	0,7	0,21 - 2,25		
	parda	736	13,67	12	16,90	1,24	0,66 - 2,33		
	amarela	137	2,54	1	1,41	0,55	0,07 - 4,04		
	outra	77	1,43	1	1,41	0,98	0,13 - 7,23		
<b>Afiliação religiosa</b>	não	581	10,74	7	9,72			0,781	
	sim	4.828	89,26	65	90,28	1,11	0,50 - 2,44		

(continua)

(conclusão)

Variáveis	Sujeitos sem aids referida		Sujeitos com aids referida		O.R.	I.C.(95%)	p
	N	%	N	%			
<b>Religião</b>	católica	3.360	62,12	49	68,06	1	0,113
	evangélica	643	11,89	6	8,33	0,63	
	espírita	573	10,59	8	11,11	0,95	
	outra	252	4,66	2	2,78	0,54	
	sem religião	522	9,65	4	5,56	0,52	
	ateu	59	1,09	3	4,17	3,48*	
<b>Estado civil</b>	casado/amasiado	2.653	48,99	31	43,06	1	0,097
	solteiro	2.125	39,24	31	43,06	1,24	
	divorciado/separado	539	9,95	6	8,33	0,95	
	viúvo	98	1,81	4	5,56	3,49*	

\* =  $p < 0.05$ . \*\* =  $p < 0.01$ 

Fonte: Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), 2002/2003.

## ***REFERÊNCIAS***

---

## 9 REFERÊNCIAS

Abdo CHN. *Descobrimto Sexual do Brasil*. São Paulo: Ed. Summus; 2004a.

Abdo CHN. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Bregantini; 2004b.

Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2a ed. São Paulo: Lemos; 2000.

Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev Psiq Clin*. 2006;33(4):204-13.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 3a ed. rev. Tradução de Lucia Helena S. Barbosa. São Paulo: Manole; 1989.

Bagatin E, Petri V. Sífilis e infecção pelo HIV: análise de três amostras de indivíduos HIV-soropositivos / Syphilis and HIV infection: analysis of three samples of HIV-infected individuals. *Rev Bras Clin Ter*. 2001;27(3):111-20

Benotsch EA, Kalichman Sc, Kelly JA. Sexual compulsivity and substance use in hiv-seropositive men who have sex with men Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addict Behav*. 1999;24(6):857-68.

---

Beuker RJ, Berns MP, Hoebe CJ, Jansen M, Van de Laar MJ. HIV prevalence among injecting drug users in South Limburg, 1994-1998/1999: increasing trend in Heerlen, not in Maastricht. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2002;146(12):567-70.

Bockting WO, Robinson BE, Rosser BR. Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *Aids Care.* 1998;10(4):505-25.

Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Bouscarat F. Infections sexuellement transmises. Actualités cliniques et thérapeutiques Sexually transmitted infections. Current clinical and therapeutic data. *Med Mal Infect.* 2005;35(5):290-98

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Comportamento da população brasileira sexualmente ativa* [citado 24 fev 2005]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope\\_2003/briefing2.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/briefing2.doc).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças.* Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Epidemiologia* [citado 18 nov 2006a]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Epidemiologia DST* [citado 18 nov 2006b]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico* [citado 18 nov 2006c]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?View={C0A0AADB-861D-4F1D-B7EC-A15D14B530DB}18112006>

---

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Dados da Aids* [citado 18 nov 2006d]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21ITEMID61A4A499808A4774BA4BB32A19F36450PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Epidemiologia HIV* [citado 18 nov 2006e]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS72418C70PTBRIE.htm18112006>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Prevenção* [citado 18 nov 2006f]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC00B1070ITEMID3F9AEDF0CAE04CD297BB3659B5CB850CPTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Tratamento de HIV e aids. Evolução clínica do HIV* [citado 09 dez 2006g]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD94061BAPTBRIE.htm>

Burlamaqui L. História Natural da Infecção pelo HIV. *Site VivaCazuza* [citado 10 dez 2006]. Disponível em: [http://www.hiv.org.br/internas\\_materia.asp?cod\\_secao=atualiza&cod\\_materia=851#](http://www.hiv.org.br/internas_materia.asp?cod_secao=atualiza&cod_materia=851#)

Caceres CF. Interventions for HIV/STD prevention in Latin America and the Caribbean: a review of the regional experience. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1468-85.

Cargill VA, Stone VE. HIV/AIDS: a minority health issue. *Med Clin North Am*. 2005;89(4):895-912.

Carnes PJ, Delmonico DL. Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sex Addict Compulsivity*. 1996;3:258-68.

Carnes P, Schneider JP. Recognition and management of addictive sexual disorders: guide for the primary care clinician. *Lippincotts Prim Care Prac*. 2000;4(3):302-18.

---

Catalan J, Beevor A, Cassidy L, Burgess AP, Meadows J, Pergami A, Gazzard B, Barton S. Women and HIV infection: investigation of its psychosocial consequences. *Psychosoma Res.* 1996;41(1):39-47

Catalan J, Meadows J. Sexual dysfunction in gay and bisexual men with HIV infection: evaluation, treatment and implications. *AIDS Care.* 2000;12(3):279-86.

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Ministério da Saúde. Programa Nacional DST e Aids. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS* [citado 24 nov 2000]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Clarke-Tasker VA, Wutoh AK, Mohammed T. HIV risk behaviors in African American males. *ABNF J.* 2005;16(3):56-9.

Colby DJ. HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;32(1):80-5.

Coleman E. Psychiatry and human sexuality. *Curr Opin Psychiatr.* 2000;13(3):277-8.

Coleman E, Rosser BR, Strapko N. Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women. *Psychiatr Med.* 1992;10(2):257-71.

Constantino L. Aids cresce entre pessoas de 50 anos ou mais. *Folha de S Paulo*, São Paulo. 2006 nov 22; Cotidiano:C6.

Craib KJ, Weber AC, Cornelisse PG, Martindale SL, Miller ML, Schechter MT, Strathdee SA, Schilder A, Hogg RS. Comparison of sexual behaviors, unprotected sex, and substance use between two independent cohorts of gay and bisexual men. *AIDS.* 2000;14(3):303-11.

Crepaz N, Marks G. Are negative affective states associated with HIV sexual risk behavior? A meta-analytic review. *Health Psychol.* 2001;20(4):291.

Di Rocco A. Diseases of the spinal cord in human immunodeficiency virus infection. *Semin Neurol.* 1999;19(2):151-5.

---

Duarte F. Violência e aids, calvário feminino. *O Globo (O Mundo)*, Rio de Janeiro. 2004 nov 24; p.34.

Ehrenstein V, Horton NJ, Samet JH . Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems. *Drug Alcohol Depend* . 2004;73(2):159-66.

Eich-hochli D, Niklowitz MW, Clement U, Luthy R, Opravil M. Predictors of unprotected sexual contacts of HIV-infected persons in Switzerland. *Arch Sex Behav*. 1998;27(1):77-90.

Elford J, Bolding G, Sherr L. Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms. *AIDS*. 2001;15(11):1409-15

Elifson KW, Boles J, Posey E, Sweat M, Darrow W, Elsea W. Male transvestite prostitutes and HIV risk. *Am J Public Health*. 1993;83(2):260-2.

Elifson KW, Boles J, Sweat M, Darrow WW, Elsea W, Green RM. Seroprevalence of human immunodeficiency virus among male prostitutes. *N Engl J Med*. 1989;321(12):832-3.

Ellis H. *Studies in the Psychology of Sex*. Nova York: Random House; 1936.

Essien EJ, Meshack AF, Peters RJ, Ogungbade GO, Osemene NI. Strategies to prevent HIV transmission among heterosexual African-American men. *BMC Public Health*. 2005;5:3.

Estebanez PE, Russell NK, Aguilar MD, Béland F, Zunzunegui MV. Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *Int J Epidemiol*. 2000;29(4):734-43.

Ferrante P, Delbue S, Mancuso R. The manifestation of AIDS in Africa: an epidemiological overview. *Neurovirol*. 2005;1(11 Suppl):50-7.

Formenti L. Aids aumenta entre as mulheres. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo. 2004 nov 24; p.A12.

---

Fundo de Populações das Nações Unidas (UNAIDS). *Resumo Mundial sobre a epidemia de aids-dezembro de 2005*. In: *Brasil*. Ministério da Saúde: Programa Nacional de DST e Aids [citado 01 dez 2006]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B181137A1-F642-4C12-AD1B-D2AEF9E55ADA%7D/folder\\_unfpa\\_hiv\\_aids.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B181137A1-F642-4C12-AD1B-D2AEF9E55ADA%7D/folder_unfpa_hiv_aids.pdf) 011206

Gagnon JH, Simon W. *Sexual conduct*. Chicago: Aldine; 1973. p.5.

Gagnon JH. Sex research and sexual conduct in the era of AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1988;1(6):593-601.

Garcia R, Netto E, Badaró R. Depressão e adesão na terapia ARV – uma revisão atualizada. *Rev Bras Neurol Psiquiatr*. 2004;8(1):16-22.

Ghaziani A, Cook TD. Reducing HIV infections at circuit parties: from description to explanation and principles of intervention design. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic11l)*. 2005;4(2):32-46.

Giami A. De Kinsey à Aids: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: Loyola MA. *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p.209-40.

Gilbart VL, Williams DI, Macdonald ND, Rogers PA, Evans BG, Hart G, Williams IG. Social and behavioural factors associated with HIV seroconversion in homosexual men attending a central London STD clinic: a feasibility study. *AIDS Care*. 2000;12(1):49-58.

Gilleece Y, Sullivan A. Management of sexually transmitted infections in HIV positive individuals. *Curr Opin Infect Dis*. 2005;18(1):43-7.

Gir E, Duarte G, Martinez R, Moriya TM, Figueiredo JF, Costa JC, Machado AA. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de Aids. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(2):93-9.

---

Golden MR, Brewer DD, Kurth A, Holmes KK, Handsfield HH. Importance of sex partner HIV status in HIV risk assessment among men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;36(2):734-42.

Goodman A. Sexual addiction: nosology, diagnosis, etiology, and treatment. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. *Substance abuse*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.505-39.

Goggin K, Engelson ES, Rabkin JG, Kotler DP. The relationship of mood, endocrine, and sexual disorders in human immunodeficiency virus positive (HIV+) women: an exploratory study. *Psychosom Med*. 1998;60(1):11-6.

Grandi JL, Gohman S, Ueda M, Rutherford GW. HIV infection, syphilis, and behavioral risks in Brazilian male sex workers. *AIDS Behav*. 2000;4(1):129-35.

Gras MJ, van Benthem BH, Coutinho, RA, van den Hoek A. Determinants of high-risk sexual behavior among immigrant Groups in Amsterdam: implications for Interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28(2):166-72.

Gregson S, Mason PR, Garnett GP, Zhuwau T, Nyamukapa CA, Anderson RM, Chandiwana SK. A rural HIV epidemic in Zimbabwe? Findings from a population-based survey. *Int J STD AIDS*. 2001;12(3):189-96.

Grutzmeier S, Berglund T, Bratt G, Glanzberg B L, Neidemar G, Ramstedt G, Sandstrom E. HIV transmission in gay men in Stockholm, 1990-1992: Six cases of infection through oral sex. Paper presented to the Ninth International Conference on AIDS, Fourth STD World Congress. Berlin: Germany;1993. June 6-11. (Abstracts)

Gyarmathy VA, Thomas RP, Mikl J, McNutt LA, Morse DL, DeHovitz J, Ujhelyi E, Szamado S. Sexual activity and condom use among Eastern European adolescents--the Study of Hungarian Adolescent Risk Behaviours. *Int J STD AIDS*. 2002;13(6):399-405.

Guttierrez EB. Impasses na assistência ao paciente com HIV/aids. *Diagn Tratamento*. 2004;9(3):113-9.

---

Halkitis PN, Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the Internet. *AIDS Care*. 2003;15(3):367-78.

Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company; 1987. 383p.

Heyns CF, Fisher M. The urological management of the patient with acquired immunodeficiency syndrome. *BJU International*. 2005;95(5):709-16.

Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatr*. 1995;56(Suppl 4):7-12.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York/Chichester/Brisbane/Toronto/Singapore: Wiley-Interscience Publication; 1989. 307p.

Hijazi L, Nandwani R, Kell P. Medical management of sexual difficulties in HIV-positive individuals. *Int J STD AIDS*. 2002;13(9):587-92.

Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL. HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*. 2005;17(Suppl 1):9-25.

Inciardi JA, Surratt HL, Telles PR, Pok BH. Sex, drugs, and the culture of transvestimo in Rio de Janeiro. *IJT*. 1999;3:1-2.

Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther*. 1999;25(4):305-19.

Kalichman SC, Greenberg J, Abel G. HIV-seropositive men who engage in high-risk sexual behaviour: psychological characteristics and implications for prevention. *AIDS Care*. 1997;9(4):441-50.

Kalichman SC, Rompa D. The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons. *J Pers Assess*. 2001;76(3):379-95.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clinica*. Porto Alegre: Artmed; 1997.

---

Kelly B, Dunne M, Raphael B, Buckham C, Zournazi A, Smith S, Statham D. Relationship between mental adjustment to HIV diagnosis, psychological morbidity and sexual behaviour. *Br J Clin Psychol.* 1991;(Pt4)30:370-2.  
Kenagy GP. HIV among transgendered people. *AIDS Care.* 2002;14 (1):127-34.

Kelly JA., Kalichman SC. Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: key research issues and directions. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(6):907-18.

Kennedy CA, Skurnick JH, Foley M, Louria DB. Gender differences in HIV-related psychological distress in heterosexual couples. *AIDS Care.* 1995;7(Suppl 1):S33-8.

Kinsey AC. *Sexual behavior in human male.* Philadelphia: WB Saunders; 1948.

Kingsley LA, Detels R, Kaslow R, Polk BF, Rinaldo CR Jr, Chmiel J, Detre K, Kelsey SF, Odaka N, Ostrow D, Van Raden M, Virscher B. Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *Lancet.* 1987;1(8529):345-49.

Kirkwood BS. *Essentials of Medical Statistics.* Oxford: Blackwell Science Ltd; 1988. 234p.

Konings E, Bantebya G, Carael M, Bagenda D, Mertens T. Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators. *AIDS.* 1995;9(4):375-82.

Krafft-Ebing R. *Psychopathia Sexualis.* Nova York: Bell; 1965.

Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, Gee L, Bacchetti P, Edlin BR. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet.* 2001;357(9266):1397-401.

Ksobiech K, Somlai AM, Kelly JA, Gore-Felton C, Benotsch E, McAuliffe T, Hackl K, Ostrovski D, Kozlov AP. Demographic characteristics, treatment

---

history, drug risk behaviors, and condom use attitudes for U.S. and Russian injection drug users: the need for targeted sexual risk behavior interventions. *AIDS Beh.* 2005;9(1):111-20.

Kurth AE, Martin DP, Golden MR, Weiss NS, Heagerty PJ, Spielberg F, Handsfield HH, Holmes KK. A comparison between audio computer-assisted self-interviews and clinician interviews for obtaining the sexual history. *Sex Transm Dis.* 2004;31(12):719-26.

Lambert S, Keegan A, Petrak J. Sex and relationships for HIV positive women since HAART: a quantitative study. *Sex Transm Infec.* 2005;81(4):333-7.

Lanteri-Laura G. *Lecture des perversions*. Paris: Masson; 1979.

Lazoritz S, McDermott RT. Adolescent sexuality, cultural sensitivity and the teachings of the Catholic Church. *J Reprod Med.* 2002;47(8):603-07.

Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, Surratt HL, Inciardi JA, Kessler FH, Orsi MM, Von Diemen L, Meyer Da Silva E. Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care.* 2005;17(Suppl 1):77-8.

Lichtenstein B. Domestic violence, sexual ownership, and HIV risk in women in the American deep south. *Soc Sc Med.* 2005;60(4):701-14.

Little SJ, Holte S, Routy JP, Daar ES, Markowitz M, Collier AC, Koup RA, Mellors JW, Connick E, Conway B, Kilby M, Wang L, Whitcomb, Hellmann NS, Richman DD. Antiretroviral drug resistance among patients recently infected with HIV. *N Engl J Med.* 2002;347:385-94.

Hser Y, Chou ChP, Hoffman V, Anglin D. Cocaine use and high-risk sexual behaviour among STD clinic patients. *Sex Transm Dis.* 1999;26(1):82-86.

Loures L. Além dos hematomas, a aids. *O Globo (O Mundo)*, Rio de Janeiro. 2004 nov 11; p.34.

---

Lowry R, Holtzman D, Truman BI, Kann L, Collins JL, Kolbe LJ. Substance use and HIV-related sexual behaviors among U.S. high school students: Are they related? *Am J Public Health*. 1994;84(7):1116-20.

MacKellar DA, Valleroy LA, Secura GM, Behel S, Bingham T, Celentano D, Koblin BA, LaLota M, McFarland W, Shehan D, Thiede H, Torian LV, Janssen RS. Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men: opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;38(5):603-14.

Malu MK, Challenor R, Theobald N, Barton SE. Seeking and engaging in internet sex: a survey of patients attending genitourinary medicine clinics in Plymouth and in London. *Int J STD AIDS*. 2004;15(11):720-4. Erratum in: *Int J STD AIDS*. 2004;15(12):843.

Martini JG, Bandeira Ada S. Knowledge and practice of adolescents in the prevention of sexually transmitted diseases. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):160-3.

Maymon R, Shulman A, Mayman B, Bekerman A, Werchow M, Faktor JH, Altaras M. Penile Condylomata: a gynecological epidemic disease: a review of the current approach and management aspects. *Obst Gynecol Surv*. 1994;49(11):790-800.

Miller M, Serner M, Wagner M. Sexual diversity among black men who have sex with men in an inner-city community. *Urban Health*. 2005;82(1 Suppl 1):i26-34.

Ministério da Saúde. Coordenação DST/AIDS. Tabela VIII - Casos de aids (números e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada por sexo e ano de diagnóstico. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde;2006.

Mmidi M, Delmonico DL. Compulsive sexual behavior and HIV in Africa: a first look. *Sex Addict Compulsivity*. 2001;8(2):169-83.

Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. 2001;91(5):753-60.

---

Moreira ED Jr, Abdo CH, Torres EB, LoBo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behaviour. *Urology*. 2001;58(4):583-8.

Moscicki AB, Durako SJ, Houser J, Ma Y, Murphy DA, Darragh TM, Farhat S, Wilson CM. Human papillomavirus infection and abnormal cytology of the anus in HIV-infected and uninfected adolescents. *AIDS*. 2003;17(3):311-20.

Munoz-laboy M, Castellanos D, Westacott R. Sexual risk behaviour, viral load, and perceptions of HIV transmission among homosexually active Latino men: an exploratory study. *Aids Care*. 2005;17(1):33-45.

Murphy DA, Durako SJ, Moscicki AB, Vermund SH, Yong M, Schwarz DF, Muenz LR. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *J Adolesc Health*. 2001;29(3 Suppl):57-63.

Nemoto T, Luke D, Mamo L, Ching A, Patria J. HIV risk behaviours among male-to-female transgenders in comparison with homosexual or bisexual males and heterosexual females. *AIDS Care*. 199;11(3):297-312.

Newshan G, Taylor B, Gold R. Sexual functioning in ambulatory men with HIV/AIDS. *Int J STD AIDS*. 1998;9(11):672-6.

Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M, Arici C, Gavazzeni G, Lazzarin A. The efficiency of male-to-female and female-to-male transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*. 1994;5(6):570-5.

Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(3):575-86.

Olley BO, Seedat S, Gxamza F, Reuter H, Stein DJ. Determinants of unprotected sex among HIV-positive patients in South Africa. *AIDS Care*. 2005;17(1):1-9.

---

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Paniagua FA. Commentary on the possibility that Viagra may contribute to transmission of HIV and other sexual diseases among older adults. *Psychol Rep.* 1999;85(3 Pt1):942-4.

Pechansky F, Von Diemen L, Kessler F, De Boni R, Surrat H, Inciardi J. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(1):266-74.

Penkower L, Dew MA, Kingsley L, Becker JT, Satz P, Schaerf FW, Sheridan K. Behavioral, health, and psychosocial factors and risk for HIV infection among sexually active homosexual men: The Multicenter AIDS Cohort Study. *Am J Public Health.* 1991;81(2):194-6.

Piccirillo E. In search of accurate likeness: art therapy with transgender persons living with AIDS. *J Am Art Ther Assoc.* 1994;13(1):37-46.

Pierrotti LC, Etzel A, Sumita LM, Braga PE, Eluf-Neto J, de Souza VA, Segurado AA. Human herpes virus 8 (HHV-8) infection in HIV/AIDS patients from Santos, Brazil: seroprevalence and associated factors. *Sex Transm Dis.* 2005;32(1):57-63.

Pomeroy W. *Dr. Kinsey and the institute for sex Research*. New Haven: Yale University Press; 1972.

Rietmeijer CA, Bull SS, Mcfarlane M. Sex and Internet. *AIDS.* 2001;15(11):1433-4.

Robins AG, Dew MA, Kingsley LA, Becker JT. Do homosexual and bisexual men who place others at potential risk for HIV have unique psychosocial profiles. *AIDS Edu Prev.* 1997;9(3):239-51.

Rosser BRS, Gobby JM, Carr WP. The unsafe sexual behavior of persons living with HIV/AIDS: an empirical approach to developing new HIV prevention interventions targeting HIV- positive persons. *J Sex Educ Ther.* 1999;24(1-2):18-28.

---

Samet JH, Horton NJ, Traphagan ET, Lyon SM, Freedberg KA. Alcohol consumption and HIV disease progression: are they related? *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27(5):862–67.

Sanchez-aleman MA, Uribe-Salas F, Conde-gonzales CJ. La infeccion por el virus del papiloma humano, un posible marcador biologico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica Del Mexico*. 2002;44(5):442-47.

Santos JS. A respeito do DST e AIDS nos dias de hoje. *Femina*. 1998;26(4):321-3.

Scanavino MT. Aids, Sexualidade e a vulnerabilidade nos relacionamentos afeito-sexuais. *Diagn Tratamento*. 2005;10(2):107-8.

Scanavino MT. A aids e os transtornos sexuais. *Diagn Tratamento*. 2006;11(3):182-3.

Schiltz MA, Sandfort TG. HIV-positive people, risk and sexual behaviour. *Soc Sc Med*. 2000;50(11):1571-88.

Seage GR, Mayer KH, Wold C, Lenderking WR, Goldstein R, Cai B, Gross M, Hereen T, Hingson R. The social context of drinking, drug use and unsafe sex in the Boston Young Men Study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;17(4):368–75.

Segurado AC, Braga P, Etzel A, Cardoso MR. Hepatitis C virus coinfection in a cohort of HIV-infected individuals from Santos, Brazil: seroprevalence and associated factors. *AIDS Patient Care STDS*. 2004;18(3):135-43.

Sharma BR. Disorders of sexual preference and medico-legal issues thereof. *Forensic Med Pathol*. 2003;24(3):277-82.

Smikle MF, Hylton-kong T, Williams E, Baum M. Risky Behaviour in Jamaican adolescent patients attending a sexually transmitted disease clinic. *West Indian Med J*. 2000;49(4):327-30.

Somlai AM, Kelly JA, Benotsch E, Gore-Felton C, Ostrovski D, McAuliffe T, Kozlov AP. Characteristics and predictors of HIV risk behaviors among injection-drug-using men and women in St. Petersburg, Russia. *AIDS Educ Prev*. 2002;14(4):295-305.

de Souza CT, Lowndes CM, Szwarcwald CL, Suttmoller F, Bastos FI. Willingness to participate in HIV vaccine trials among a sample of men who have sex with men, with and without a history of commercial sex, Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care*. 2003;15(4):539-48.

Souza Junior PR, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project, Brazil, 2002. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):764-72.

Spitzer PG, Weiner NJ. Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex. *N Engl J Med*. 1989;320(4):251.

Stall R, Mills TC, Williamson J, Hart T, Greenwood G, Paul J, Pollack L, Binson D, Osmond D, Catania JA. Association of Co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2003;93(6):939-42.

Starace F, Bartoli L, Aloisi MS, Antinori A, Narciso P, Ippolito G, Ravasio L, Moioli MC, Vangi D, Gennero L, Coronado OV, Giacometti A, Nappa S, Perulli ML, Montesarchio V, La Gala A, Ricci F, Cristiano L, De Marco M, Izzo C, Pezzotti P, D'Arminio Monforte A. Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS. The NeuroICONA study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(1):20-6.

Statacorp. *Stata statistical software: release 8.0*. College station, TX: Stata corporation; 2003.

Stein MD, Anderson B, Charuvastra A, Friedmann PD. Alcohol use and sexual risk taking among hazardously drinking drug injectors who attend needle exchange. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25(10):1487-93.

Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(5):837-43.

---

Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Pascom AR, Souza Jr PR. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. 2004;1:18-24. [citado 21 jan 2005] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/BOLETIM2.pdf>.

Szwarcwald CL, de Castilho EA, Barbosa Júnior A, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, de Carvalho RFM, de Oliveira SR, Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cad Saude Publica*. 2000;16(Supl 1):113-28.

Tastemain C. Les enquetes dans la population generale. *La Recherche (L'Actualite des Sciences)*. 1989;213:1109.

Taquette SR, de Vilhena MM, de Paula MC. Sexually transmitted diseases and gender: a cross-sectional study with adolescents in Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):282-90.

Trajman A, Belo MT, Teixeira EG, Dantas VC, Salomao FM, Cunha AJ. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):127-33.

Treisman GJ, Angelino AF, Hutton HE, Hsu J, Lyketsos C. 2.8 Neuropsychiatric aspects of HIV infection and AIDS. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.438-41.

Trilling L. Sex and science: the Kinsey report. *Partisan Review*. 1948;15(4):460-76.

Turner C. Research on sexual behaviors that transmit HIV: progress and problems. *AIDS*. 1989;3(Suppl.1):S63-9.

de Vicenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med*. 1994;331(6):341-6.

---

Weber AE, Craib KJ, Chan K, Martindale S, Miller ML, Schechter MT, Hogg RS. Sex trade involvement and rates of human immunodeficiency virus positivity among young gay and bisexual men. *Int J Epidemiol.* 2001;30(6):1449-56.

Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet.* 2006;368(9548):1706-28.

Whitmore SK, Satcher AJ, Hu S. Epidemiology of HIV/AIDS among non-Hispanic black women in the United States. *J Natl Med Assoc.* 2005;97(7 Suppl):S19-24S.

Williams P, Narciso L, Browne G, Roberts J, Weir R, Gafni A. The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: implications for service directions. *AIDS Educ Prev.* 2005;17(2):119-30.

Wong CY, Tang CS. Sexual practices and psychosocial correlates of current condom use among Chinese gay men in Hong Kong. *Arch Sex Behav.* 2004;33(2):159-67.

Woods WJ, Lindan CP, Hudes ES, Boscarino JA, Clark WW, Avins AL. HIV infection and risk behaviors in two cross-sectional surveys of heterosexuals in alcoholism treatment. *J Stud Alcohol.* 2000;61(2):262-6.