

Universidades Lusíada

Elias, Sofia Mafalda Carvalho

Percepções da autoeficácia em pessoas infectadas com VIH/SIDA face à negociação do preservativo

<http://hdl.handle.net/11067/3861>

Metadados

Data de Publicação	2018
Resumo	<p>Resumo: O presente estudo pretendeu avaliar a percepção da autoeficácia em pessoas infetadas com o VIH/SIDA face à negociação do uso do preservativo, tendo em conta algumas características sociodemográficas, psicológicas e clínicas. A amostra foi constituída por 44 sujeitos de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos (n=23 feminino e n=21 masculino) com idades compreendidas entre os 21 e 44 anos, portadores do VIH/SIDA, aos quais foram aplicados o Questionário sociodemográfico, o Questionári...</p> <p>Abstract: This study aims to evaluate the self-efficacy perception of people with HIV/AIDS when faced with the negotiation of using condoms, considering some sociodemographic, phycological, and clinical characteristics. The sample consisted of 44 (forty-four) Portuguese people, both male and female (n= 23 female and n=21 male) aged between 21 (twenty-one) and 44 (forty-four) years old, carrying HIV/AIDS, to whom it was applied the Sociodemographic survey, the General Selfefficacy survey, and t...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia Clínica, VIH / SIDA, Prevenção, Comportamentos de risco
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T21:21:33Z com informação proveniente do Repositório

PERCEÇÕES DA AUTOEFICÁCIA EM PESSOAS INFETADAS
COM VIH/SIDA FACE À NEGOCIAÇÃO DO PRESERVATIVO

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



**PERCEÇÕES DA AUTOEFICÁCIA
EM PESSOAS INFETADAS COM VIH/SIDA
FACE À NEGOCIAÇÃO DO PRESERVATIVO**

Sofia Mafalda Carvalho Elias

PORTO 2018



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

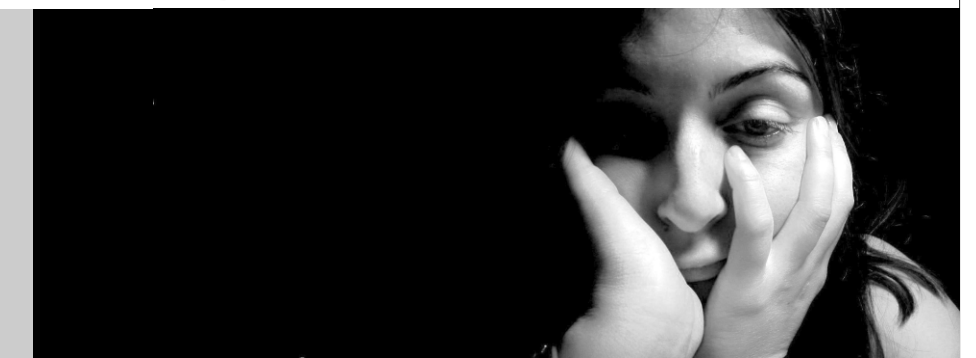


Sofia Mafalda Carvalho Elias



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



**PERCEÇÕES DA AUTOEFICÁCIA
EM PESSOAS INFETADAS COM VIH/SIDA
FACE À NEGOCIAÇÃO DO PRESERVATIVO**

Sofia Mafalda Carvalho Elias

PORTO 2018

ORIENTAÇÃO:
Prof.^a Doutora Ana Meireles



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Agradecimentos

Ao meu marido e filha com todo o amor e ternura. Aos meus pais e irmã, pelo apoio e carinho. Às minhas amigas e companheiras de estudo, Dinora, Teresa Santos e Teresa Castro, pelos momentos de entusiasmo, desespero e alegria que vivemos em conjunto. A uma pessoa muito especial, a Ana, escreveu certamente, uma das mais belas páginas da minha vida. A todos um “muito obrigada” pela capacidade de acreditar e investir em mim, pelo carinho e dedicação, pelo tempo de partilha e pelo apoio constante.

À Professora Doutora Ana Meireles, minha orientadora, pelo acompanhamento e disponibilidade revelada ao longo deste percurso.

Aos colaboradores do Hospital Joaquim Urbano e aos elementos que participaram neste estudo, pela disponibilidade, apoio e condições de trabalho que me proporcionaram, sem as quais não seria possível a concretização deste trabalho.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	vii
Abstract.....	viii
Abreviaturas.....	ix
1. Introdução	1
1.1. O aparecimento do VIH/SIDA.....	2
1.2. Definição e tipologias	5
1.3. Evolução e fases da doença.....	6
1.4. Formas de transmissão	8
1.5. Testes de deteção do VIH/SIDA.....	9
1.6. Tratamento e erradicação do VIH.....	9
1.7. Dados epidemiológicos em Portugal	11
1.8. VIH no mundo	13
1.9. Prevenir o VIH – Redução do risco de transmissão	16
1.10. Variáveis psicossociais e comportamentais envolvidas no risco de contrair VIH..	19
1.10.1. Representações sociais e VIH/SIDA	19
1.10.2. Estereótipos e preconceitos relacionados com o VIH/SIDA	20
1.10.3. Os conhecimentos sobre o VIH/SIDA	21
1.10.4. Crenças e atitudes face ao VIH.....	23
1.10.5. Autoeficácia e VIH/SIDA.....	24
1.10.6. Comportamentos de risco face ao HIV	25

1.10.7. Variáveis sociodemográficas	25
1.11. Modelos teóricos da mudança de comportamento.....	26
1.12. Objetivos.....	33
1.12.1. Hipóteses.....	33
1.12.2. Variáveis	34
2. Metodologia.....	34
2.1. Participantes.....	34
2.2. Procedimentos.....	34
2.3. Descrição dos instrumentos utilizados.....	36
3. Resultados.....	37
4. Discussão dos resultados.....	42
5. Conclusão.....	46
5.1. Limitações do estudo e dos resultados obtidos	48
5.2. Sugestões e investigações futuras	49
6. Bibliografia	50

Índice de Quadros

Quadro 1.....	3
Quadro 2.....	15
Quadro 3.....	29

Índice de Tabelas

Tabela 1.....	37
Tabela 2.....	38
Tabela 3.....	39
Tabela 4.....	39
Tabela 5.....	40
Tabela 6.....	40
Tabela 7.....	41
Tabela 8.....	41
Tabela 9.....	42

Resumo

O presente estudo pretendeu avaliar a percepção da autoeficácia em pessoas infetadas com o VIH/SIDA face à negociação do uso do preservativo, tendo em conta algumas características sociodemográficas, psicológicas e clínicas.

A amostra foi constituída por 44 sujeitos de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos (n=23 feminino e n=21 masculino) com idades compreendidas entre os 21 e 44 anos, portadores do VIH/SIDA, aos quais foram aplicados o Questionário sociodemográfico, o Questionário de Autoeficácia Geral e o Questionário de Autoeficácia na Negociação do Preservativo.

Apesar de os homens terem apresentado valores médios mais elevados do que as mulheres inquiridas, relativamente à autoeficácia geral e à autoeficácia para a negociação do uso do preservativo, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas. No entanto, observou-se um efeito significativo da idade relativamente à autoeficácia geral, indicando que os indivíduos mais velhos (idade superior a 40 anos) apresentam uma percepção de autoeficácia superior aos mais novos. Observou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos, relativamente à percepção de autoeficácia na negociação do preservativo, que se revelou superior no grupo de indivíduos em tratamento ARV.

Palavras-chave: Uso do preservativo, Autoeficácia, Conhecimento, Comportamentos sexuais de risco, VIH.

Abstract

This study aims to evaluate the self-efficacy perception of people with HIV/AIDS when faced with the negotiation of using condoms, considering some sociodemographic, psychological, and clinical characteristics.

The sample consisted of 44 (forty-four) Portuguese people, both male and female (n=23 female and n=21 male) aged between 21 (twenty-one) and 44 (forty-four) years old, carrying HIV/AIDS, to whom it was applied the Sociodemographic survey, the General Self-efficacy survey, and the Self-efficacy on the negotiation of condoms surveys.

Although males have shown higher mean values than females regarding general self-efficacy and self-efficacy on the negotiation of using condoms, those differences do not reveal themselves statistically significant. However, a significant effect of age was observed regarding general self-efficacy, indicating that older individuals (aged 40 or higher) show a superior self-efficacy comparing to younger ones. It was also possible to observe a significant statistical difference between individuals, regarding their perception of self-efficacy on the negotiation of using condoms, which was higher in the group of individuals doing ART treatment.

Keywords : Using condom, Self-efficacy, knowledge, risky sexual behavior, HIV.

Abreviaturas

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

ARN – Ácido ribonucleico

ARV – Antirretrovirais

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce

DGS – Direção Geral de Saúde

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

ELISA – *Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay*

EEE – Espaço Económico Europeu

EUA – Estados Unidos da América

ERC – Estudos Randomizados e Controlados

GRID – *Gay-Related Immune Deficiency*

HSH – Homossexuais

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

ONGS – Organização

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

TAR – Terapêutica Antirretrovírica

T.CD4+ - Linfócitos do sistema imunitário

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UE – União Europeia

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*- Programa das Nações Unidas

UNGASS – Declaração de compromisso das Nações Unidas

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) atingia no ano de 2012, 35 milhões de famílias, sendo que 2.4 milhões eram novas infeções diagnosticadas (UNAIDS, 2012). Este vírus tem sido encontrado em todos os continentes e países e ultrapassou a população que se envolve em comportamentos de risco, para a população em geral, transformando-se num dos principais problemas de saúde pública a nível mundial.

Em Portugal, em comparação com os parceiros europeus, existe uma carga invulgarmente elevada de infeção por VIH. A prevalência geral de VIH/SIDA é de 0.53% e calcula-se que a taxa de incidência varie entre 0.005% e 1.08% por ano, mediante o grupo de risco, tendo o nosso país a segunda maior taxa de incidência da União Europeia. No total, Portugal registava, em 2014, 42 580 casos, dos quais 73.4% (31 255) correspondiam a indivíduos do sexo masculino e 26.6% (11 312) do sexo feminino (INSA, 2014). O tratamento como prevenção, a profilaxia pré-exposição e a indicação de tratamento independentemente das T CD4+, alteraram o paradigma de abordagem da infeção.

Ainda que permaneça incurável, a infeção por VIH/SIDA tornou-se atualmente, uma doença crónica para quem recebe e cumpre um tratamento eficaz.

A intensificação da prevenção e do tratamento nos próximos 5 anos é essencial para atingir o objetivo “90-90-90”: 90% das pessoas que vivem com VIH/SIDA diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas sob tratamento antirretroviral e 90% das pessoas sob tratamento antirretroviral com carga viral indetetável (UNAIDS, 2014).

Prevenir a doença é um dos caminhos a seguir, através da mudança de comportamentos, mas para isso é fundamental ir de encontro às necessidades individuais e dar instrumentos à população em geral, no sentido de responsabilização da própria saúde, através do conhecimento.

1.1. O aparecimento do VIH/SIDA

Na década de oitenta do século XX, os médicos norte-americanos deparam-se com o aparecimento de uma nova doença, a infeção por VIH/SIDA, seguida por novas constatações inesperadas e inquietantes: “uma nova peste abatia-se sobre a humanidade, uma infeção de cura desconhecida expandia-se inexoravelmente e as suas vítimas morriam apesar dos tratamentos mais sofisticados” (Grmek, 2004, p. 25).

Esta nova doença, que parece ter tido origem na cidade de Nova Iorque, rapidamente atravessou as fronteiras dos EUA e, na Europa e na África, o aumento do número de casos começou a ser tão evidente que foi possível identificar *duas epidemias*. Em França e na Bélgica, a doença afetava principalmente indivíduos originários das regiões centrais de África; no Reino Unido, Alemanha e Dinamarca, a maioria dos infetados eram homossexuais e muitos deles tinham tido relações sexuais com cidadãos norte-americanos (Cunha, 2016).

As consequentes descobertas sobre o meio de transmissão da doença geraram uma onda de pânico e histeria coletiva, uma vez que a mesma passou a estar diretamente associada aos contactos sexuais com múltiplos parceiros, às transfusões sanguíneas e ao consumo de drogas injetáveis (Treisman & Angelino, 2004). A divulgação alarmista destas informações através dos meios de comunicação contribuiu para o aparecimento e manutenção de representações sociais sobre o VIH/SIDA e os indivíduos afetados/infetados, envolvendo uma culpabilização dos comportamentos pessoais e responsabilizando os indivíduos pela própria sexualidade. Por exemplo, a sua identificação com a homossexualidade masculina (nos primeiros inquéritos epidemiológicos o fator de risco encontrado foi a promiscuidade homossexual e o coito anal) fez com que durante algum tempo fosse designada por “peste gay” ou GRID (*Gay-Related Immune Deficiency*), agravando a forte estigmatização desse grupo (Cunha, 2016).

Em finais dos anos de 1980, a imprensa assume uma mudança na perspetiva do VIH/SIDA, substituindo termos que faziam referência aos *grupos de risco* pelo hábito de *práticas/comportamentos* de risco. Com esta nova denominação, entendia-se que a infeção VIH/SIDA não era determinada por características populacionais, mas sim por comportamentos individuais que envolvem um maior risco de infeção (e.g., prática de coito anal não protegido). Estas atribuições simbólicas transformaram a forma como a doença era percecionada, levando as pessoas a atribuir significados diferentes e estigmas sociais, passando a considerá-la como uma doença proveniente dos países subdesenvolvidos, disseminada por grupos socialmente estigmatizados (i. e., *marginais, pobres, negros, prostitutas, moralmente repreensíveis*) (Gómez & Péres, 2009).

O final da década de 1980 traz o entendimento de que a avaliação do risco a que o indivíduo está sujeito (i. e., a sua vulnerabilidade à infeção) deve ter em conta as interações com os pares, os parceiros e o meio. As estratégias de intervenção deverão basear-se na promoção do “sexo mais seguro”, em lugar do simples “sexo seguro”. Por “sexo mais seguro”, entende-se que qualquer proteção é melhor que nenhuma e que a adoção de comportamentos preventivos escapa aos limites da esfera individual, já que, no mínimo, depende do acordo entre duas pessoas (Cunha, 2016).

Quadro 1.

Marcos históricos sobre o VIH (Grmek, 1995; Oliveira, 2014).

1ª Etapa Entre 1981 e 1984	Prestou-se atenção aos grupos de risco ou clube dos 4 H's (<i>homossexuais, consumidores de heroína, haitianos e hemofílicos</i>).
2ª Etapa Entre 1985 e 1988	Abandona-se o conceito de “grupos de risco”, substituindo-o pelo conceito de “comportamentos de risco”.
3ª Etapa Até à atualidade	Entendimento de que a avaliação do risco a que o indivíduo está sujeito (a sua vulnerabilidade à infeção) deve levar em linha de conta as interações com os pares, os parceiros e o meio em que vive.

No nosso país, o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em outubro de 1983, num cidadão português, dois anos após a deteção da doença a nível mundial. No entanto, desde 1979, poderão ter sido observados casos anteriores (em homossexuais masculinos de raça caucasóide) na enfermaria de Doenças Infecciosas e Medicina Tropical do Hospital Egas Moniz (Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira & Cardoso, 2016).

De acordo com Ferreira & Rodrigues (2012), nas duas décadas seguintes, de forma semelhante a outros países desenvolvidos, deu-se um afastamento relativamente à abordagem médico-biológica até então divulgada pela sociologia da medicina e uma progressiva emergência da sociologia da saúde e da doença, enquanto disciplina autónoma em termos teóricos, epistemológicos e metodológicos, deslocando a ênfase para fatores socioculturais da saúde e da doença, abordando-a de forma interdisciplinar e não apenas em termos médicos. Foi neste contexto que, em 1985, foi criado o Grupo de Trabalho da SIDA, cujo objetivo foi perceber qual o ponto de situação da infeção por VIH/SIDA no país.

Também em 1985 surgiu o sistema nacional de notificação de casos de infeção por VIH, que passou a recolher informação referente aos novos casos de infeção nos diferentes estádios e aos óbitos. O grupo de trabalho responsável por este projeto era constituído por representantes da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, da Direção Geral dos Hospitais, do Instituto Nacional de Sangue, do Instituto Luso-Transplante e do Instituto Nacional de Saúde.

Por esta altura, quando as autoridades portuguesas começaram a divulgar informações relativas à prevenção da infeção VIH/SIDA, a opinião pública já tinha uma ideia sobre a epidemia, relacionando-a sobretudo à homossexualidade e como uma doença muito grave, associada à morte. Esta ideia era reforçada pela imprensa, através da divulgação de imagens de doentes em fase terminal (Teles & Amaro, 2006). Em abril de 1986, este grupo, referindo-se à situação nacional de epidemia a 31 de dezembro de 1985, notificou a existência de 21 casos

de infeção VIH/SIDA (7 dos quais óbitos), sendo 66.6% homossexuais ou bissexuais (Teles & Amaro, 2006). A notificação clínica manteve-se de carácter voluntário até 1 de fevereiro de 2005, data em que a infeção VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória (INSA, 2014).

Como já referido, um pouco por todo o mundo, a história do VIH/SIDA e a sua associação com a homossexualidade contribuiu para uma maior visibilidade pública das pessoas (grupos) homossexuais dando origem, nomeadamente em Portugal, a diversas associações de *gays* e *lésbicas* (Teles & Amaro, 2006).

A partir de 1987, a medicação antirretrovírica passou a ser comparticipada 100%, pelo Estado Português e a partir de 1992 os indivíduos portadores de VIH passaram a usufruir da isenção de pagamento da “taxa moderadora” (Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira & Cardoso, 2016).

De acordo com a DGS (2012 - 2016), na atualidade, a resposta nacional à infeção pelo VIH enquadra-se nos compromissos estabelecidos internacionalmente, nomeadamente através do ECDC, OMS-Europa, ONUSIDA, Fundo Global e CPLP, consignados em múltiplas declarações, entre as quais se salientam a Declaração de Compromisso das Nações Unidas – UNGASS e a Declaração de Dublin. Estas têm como desígnios acelerar a diminuição global da incidência da infeção (revertendo a tendência temporal de crescimento observada nalgumas subpopulações), garantir o acesso universal e equitativo a cuidados de saúde e melhorar o prognóstico das pessoas que vivem com a infeção por VIH/SIDA.

1.2. Definição e tipologias

O VIH (que pode ser do tipo 1 ou do tipo 2, e de vários subtipos) é uma partícula esférica, que mede de 100 a 120 nm de diâmetro, pertencente ao género *Lentivirinae* e família *Retroviridae*, apresentando no seu núcleo duas cópias de ARN de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou núcleo-capsídeo, capsídeo e um envelope externo composto

por uma bicamada fosfolipídica (Ferreira & Rodrigues, 2012). Pensa-se que o VIH-1 terá vindo do vírus de imunodeficiência dos chimpanzés e o VIH-2 dos macacos da espécie *Cercocebus atys* do género *Macaca*.

Este vírus ataca e destrói o sistema imunitário (sobretudo os linfócitos T CD4+) e os mecanismos de defesa que protegem os indivíduos, até que estes deixem de funcionar (Ferreira & Rodrigues, 2012).

Contrair a infeção VIH não significa ter SIDA. Indica sim que o indivíduo está contaminado com o vírus e, por isso, que pode transmitir a infeção caso não tenha os devidos cuidados. Ter SIDA, por sua vez, significa que, além de estar infetado pelo VIH, o indivíduo apresenta já uma depressão grave do sistema imunitário e um conjunto de sintomas compatíveis com infeção por organismos oportunistas (e.g., tuberculose, pneumonia, toxoplasmose, candidíase) (Aldiz & Doroana, 2006).

Mansinho (2007), explica que a pessoa infetada pode permanecer em média 15/20 anos sem sintomas e, por essa razão, desconhecer o facto de ser portadora do vírus, sendo que de 5 a 8% dos casos não chegam a evoluir até à fase de SIDA.

1.3. Evolução e fases da doença

É bastante difícil determinar qual o tempo de sobrevivência de um doente seropositivo, ou de que maneira a infeção e a doença irão progredir. Segundo Caetano (2001), depois da infeção pelo VIH a evolução desta doença é, de forma geral, longa e varia de indivíduo para indivíduo. Após a entrada do VIH no organismo humano, e de acordo com Mansinho (2007), dão-se várias etapas:

- Período de incubação: traduz o intervalo de três semanas a três meses, que medeia o tempo entre o contacto com o vírus e os primeiros sintomas;
- Período de infeção primária ou aguda: nesta fase, que pode ser assintomática, apresentam-se os primeiros sintomas (ligeiros e inespecíficos, que podem durar uma a duas semanas

e acabam por desaparecer), sendo os mais frequentes a febre, as cefaleias, as dores musculares, as erupções cutâneas, os suores noturnos, as dores nas articulações, as dores de garganta, o aumento do tamanho dos gânglios linfáticos e as úlceras na boca. Nesta fase, existe uma intensa atividade de multiplicação do VIH, o que explica o altíssimo risco de transmissão durante esta etapa;

- Período de infeção assintomática: caracteriza-se pela replicação do vírus, diminuição progressiva do número de células CD4+ e poucos ou nenhuns sintomas (quando surgem são geralmente atribuídos a outras causas). Desenvolve-se depois da infeção aguda, e o doente pode permanecer sem nenhum sintoma durante 15/20 anos, não devendo descurar a necessidade de ser regularmente acompanhado pelo médico;

- Período sintomático: à medida que o tempo vai passando, verifica-se que as células CD4+ diminuem em número (valores abaixo de 200 e 500 células/mm³) ou podem verificar-se perturbações ao nível da sua função. A pessoa começa a desenvolver sintomas, como febre prolongada, aumento dos gânglios linfáticos no pescoço, assim como nas axilas e virilhas, suores noturnos, perda de peso, cansaço e diarreia arrastada;

- SIDA: traduz a fase mais avançada da infeção, e caracteriza-se pelo aparecimento de um conjunto de infeções e tumores oportunistas, que aproveitam o facto das defesas do organismo estarem enfraquecidas para se desenvolver, atacando diferentes órgãos ou sistemas.

Os indivíduos infetados podem manifestar todos ou alguns dos sintomas referidos, pelo que o espectro clínico de manifestações associadas à infeção por VIH é muito amplo. De facto, segundo Montagnier (1994), muitos fenómenos intervêm na transmissão do vírus e relacionam-se com a sua própria natureza, o seu potencial de variabilidade, a quantidade recebida pelo indivíduo no momento da infeção e com a resposta do organismo, sobretudo a reação imunitária no momento da contaminação.

1.4. Formas de transmissão

As principais formas de transmissão do VIH são:

- Transmissão por via sexual: o vírus transmite-se de uma pessoa infetada para o parceiro através de relações sexuais desprotegidas (sem preservativo), quando a mucosa dos órgãos sexuais entra em contacto com fluidos ou líquidos orgânicos produzidos antes da ejaculação, ou com espermatozoides ou com secreções vaginais;
- Transmissão por via parentérica: resulta da inoculação ou infeção direta de sangue, infetado pelo VIH, podendo ocorrer em três circunstâncias diferentes: (1) através de consumo de drogas por via injetável, em que o material utilizado está contaminado; (2) durante uma picada acidental ou provocada, por material perfurador ou cortante contaminado, como acontece nos acidentes de trabalho (e.g., médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório); e (3) através de transfusões de sangue e derivados, quando este não é testado para o VIH (Mansinho, 2007);
- Transmissão vertical: da mulher grávida infetada para o recém-nascido, podendo ocorrer no útero (principalmente no último trimestre de gestação), durante o trabalho de parto e na fase de expulsão ou após o nascimento, através do aleitamento materno (Alvarez, 2005).

Nos últimos anos, o espectro das doenças pediátricas associadas à infeção pelo VIH foi visivelmente modificado, principalmente nos países com acesso à terapêutica. Atualmente, através da terapêutica antirretroviral efetuada pelas grávidas seropositivas após o parto e até às primeiras seis semanas é possível diminuir o risco de transmissão vertical para valores inferiores a 5% (Caetano, 2001). Também a evolução de metodologias que têm possibilitado o diagnóstico precoce da infeção, permite o tratamento das grávidas e das crianças infetadas, no momento mais adequado da gestação e puerpério (Antunes, 2008).

1.5. Testes de detecção do VIH/SIDA

A identificação do sujeito infetado por VIH/SIDA pode ser feita através de testes específicos, que podem ser de dois tipos: os que permitem detetar material genético do vírus (i.e., proteínas, antigénios, ARN viral ou ADN celular contaminado) e os que permitem detetar anticorpos (ELISA - *Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay*) (Antunes, 2008).

Para Schoub (1994), o ELISA é um método de detecção simples, de fácil execução, com sensibilidade (100%) e especificidade ($\geq 99.5\%$) clínica elevadas, precisão analítica elevada (reprodutibilidade inter e intra-ensaio), elevado valor preditivo e que deteta todas as infeções estabelecidas em que há produção de anticorpos anti-VIH (potencial para detecção combinada de anticorpos anti-VIH-1 e anti-VIH-2).

Quando os resultados do teste são positivos, estes deverão ser confirmados pelo teste *western-blot* que apresenta uma maior especificidade.

Para além destes testes, existem ainda testes rápidos (Antunes, 2004), considerados de ensaio, que se realizam em cerca de 30 minutos e cujo equipamento é muito reduzido. No entanto, apresentam sensibilidades inferiores aos restantes métodos de detecção pelo que se aplicam, em regra, a situações de urgência. Estes testes são de fácil acesso em instituições próprias (CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce).

Dada a possibilidade de se terem resultados falsos-positivos ou falso-negativos, recomenda-se a repetição dos testes três meses depois (Antunes, 2004).

1.6. Tratamento e erradicação do VIH

A erradicação do VIH não é ainda possível com os fármacos disponíveis, apesar de a terapêutica antirretrovírica (TAR) ser a melhor estratégia para se atingir a máxima supressão da replicação vírica. Este tratamento proporciona maior sobrevida, a não destruição dos linfócitos T DC4+ e a melhor qualidade ao indivíduo (Ferreira & Rodrigues, 2012). A evolução

farmacológica dos tratamentos do VIH e o prolongamento do período de sobrevivência do portador levou a que esta infeção passasse a ser considerada como uma doença crónica, que exige cuidados continuados e prolongados (Moreno, 2004).

A TAR contém vários tipos de medicamentos altamente eficazes, tendo como objetivos primários a redução virológica e a reconstituição imunológica. Visa-se assim diminuir a taxa de infeções oportunistas, aumentar a durabilidade da supressão vírica, prevenir a progressão da doença em indivíduos infetados pelo VIH, reduzir a morbilidade e a mortalidade e melhorar a qualidade de vida do portador (Ferreira & Rodrigues, 2012).

Em Portugal, a TAR está indicada para doentes sintomáticos e assintomáticos que apresentam uma contagem do número de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³, ou quando o doente assintomático apresenta contagem de linfócitos T CD4+ entre 200 e 350 células/mm³. Estes têm acesso gratuito aos medicamentos. Assim, o início da TAR pode depender da evolução dos parâmetros imunológicos (contagem de linfócitos T CD4+), virológicos (carga viral) e outras características do doente (motivação, capacidade de adesão) (Volberding, 2004).

Antunes (2004) defende que a decisão relativamente ao início da terapêutica não é fácil, particularmente em indivíduos assintomáticos e com linfócitos T CD4+ menores de 200 células/mm³. Para o autor, a decisão relativamente ao início da terapêutica, assim como as vantagens (redução da ocorrência de doenças oportunistas, aumento da qualidade de vida, melhor condição física e emocional) e desvantagens (insucesso terapêutico na erradicação) de se iniciar de imediato o tratamento ou protelar-se para mais tarde, devem ser cuidadosamente consideradas pelo médico e pelo doente.

Deve ser reforçado, que o objetivo principal do tratamento não é eliminar o vírus do organismo, mas mantê-lo em estado latente, evitando ou retardando a progressão da doença graças à supressão máxima da replicação vírica.

Atualmente, os tratamentos antirretrovíricos são considerados eficientes no tratamento da infecção, no entanto, existem muitos obstáculos à adesão terapêutica. A TAR inclui a necessidade de uma administração diária, a longo prazo, em associação com outros fármacos, com a finalidade de controlar a replicação vírica e o desenvolvimento de resistências. Esta adesão é condicionada por diversos fatores, como as características do próprio infectado, do ambiente psicossocial em que se insere e os efeitos adversos dos fármacos em causa (Ferreira & Rodrigues, 2012). Acresce a pertinência de intervenções psicossociais e psicoeducativas ao nível da prevenção/modificação de comportamentos de risco, ao nível da adesão terapêutica, ao nível da adaptação à infecção e à TAR, designadamente os processos de discriminação e exclusão social e as dificuldades psicossociais associadas como problemas de isolamento, autoestima, ansiedade ou depressão que podem ser vivenciadas pelo portador, de forma a condicionar a qualidade de vida.

1.7. Dados epidemiológicos em Portugal

Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas incidências de infecção VIH no espaço da Europa Ocidental, apesar de estar a observar-se uma tendência de descida de novos casos, de 1941 em 2007 para 1518 em 2010 e 1220 em 2014 (DGS, 2015).

Em 2004, morriam de SIDA cerca de 1 000 pessoas por ano, tendo até 2010, morrido 7694 pessoas. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, três quartos da mortalidade associada à SIDA ocorriam entre os 25 e os 44 anos de idade (Ministério da Saúde, 2010). A mortalidade por SIDA aumentou até 1996, tendo estabilizado desde então. Estes dados, contrariam a tendência de descida da mortalidade noutros países desenvolvidos, apesar de Portugal dispor de um acesso universal e gratuito aos melhores tratamentos (DGS, 2015).

No nosso país, após uma tendência crescente da frequência de novos casos de infecção por VIH, que se verificava desde 2000 e que atingiu o máximo em 2010 (26.4%), tem vindo a verificar-se um decréscimo progressivo a partir de então, correspondendo a 17.1% em 2014,

ainda assim, significativa em regiões-chave, como a área metropolitana de Lisboa e o Algarve.

De acordo com o Relatório *Infeção VIH Sida: Portugal em 2015*, divulgado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, elaborado em colaboração com o Programa Nacional da Infeção VIH/Sida da Direção-Geral da Saúde (INSA, 2015).

- Em 2015 foram diagnosticados 990 novos casos de infeção por VIH em Portugal e no final do ano encontravam-se registados, cumulativamente, 54.297 casos, dos quais 21.177 no estadio SIDA;
- Os novos diagnósticos ocorreram maioritariamente (99.9%) em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos, 49.3% dos quais residentes na Área Metropolitana de Lisboa; destes novos casos, 72.9% registaram-se em homens. A idade mediana do diagnóstico foi de 39.0 anos, 72.0% referiam ter nascido em Portugal e 15.0% apresentavam uma patologia indicadora de SIDA à data do diagnóstico da infeção. Acresce que 49.0% dos novos casos corresponderam a diagnósticos tardios;
- A via sexual foi o modo de infeção indicado em 94.9% dos casos, com 54.4% a referirem transmissão heterossexual. Os casos que referiam transmissão decorrente de relações sexuais entre homens corresponderam a 53.8% dos casos de sexo masculino e apresentaram uma mediana de idades de 31.0 anos. As infeções associadas ao consumo de drogas equivalem a 4.6% dos novos diagnósticos em 2015;
- A análise das tendências temporais da epidemia revela, desde 2008, uma descida consistente da taxa de novos diagnósticos.

Apesar destes dados, Portugal continua a ter uma das mais elevadas taxas da União Europeia. As tendências recentes revelam um decréscimo acentuado dos casos de infeção associados a consumo de drogas (muito associado aos programas específicos dirigidos a este grupo, considerados exemplares a nível mundial), aumento de novos casos em jovens do sexo

masculino que têm sexo com homens e uma elevada percentagem de diagnósticos tardios, particularmente em heterossexuais.

1.8. VIH no mundo

As epidemias de VIH são dinâmicas. Nem todas as regiões do globo são afetadas de igual modo pela infeção e pela doença, e no interior de cada continente podem existir também diferenças significativas. Importa salientar que não só os modos de infeção predominantes podem ser diferentes, como as próprias características das pessoas infetadas são diferentes nas várias regiões e países (Alvarez, 2005), havendo disparidades no número de infetados de acordo com o sexo (homens/mulheres), com a faixa etária (adultos/idosos), com o estatuto socioeconómico (pobreza/riqueza), com o local de residência (urbano/rural) e com minorias populacionais específicas (UNAIDS, 2016). É consensual, no entanto, que o vírus é transmitido, na maior parte dos casos, por via sexual.

As vias que ligam o risco de VIH e o estatuto económico são complexas, envolvendo um balanço entre fatores protetores e fatores de risco. Entre os fatores protetores podemos enumerar o conhecimento relativo da prevenção e o mais fácil acesso ao preservativo; de entre os fatores de risco destacam-se o número de parceiros sexuais, a idade precoce da iniciação sexual e o maior consumo de álcool (UNAIDS, 2016). Também contrariamente ao que inicialmente se pensava, não estamos perante um flagelo apenas dos países subdesenvolvidos (com maior grau de pobreza e pouca acessibilidade aos tratamentos hospitalares) ou em desenvolvimento, mas sim, numa situação crítica e disseminada por todos os cantos do planeta.

De acordo com o Relatório Epidemiológico Anual de 2013 do *European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)*, o número total de novos casos estabilizou em cerca de 29 mil casos por ano (correspondendo a uma taxa de 5.7/100 000 habitantes), com 11% dos diagnósticos a situarem-se nas idades dos 15 aos 24 anos de idade, apesar de a epidemio-

logia nos grupos de risco diferir de uns países para os outros. Na UE/EEE, as taxas mais elevadas registavam-se na Estónia (24.6), na Letónia (16.8) e em Portugal (10.4) (ECDC, 2014). A maior parte dos novos casos na EU pertence ao grupo dos homens que têm relações sexuais com outros homens (42%), seguido do grupo de pessoas infetadas através de relações heterossexuais (32%) e do grupo dos consumidores de drogas injetáveis (5%). Mais de um quarto dos casos foi registado na Grécia, Lituânia e Roménia e 33% dos diagnósticos ocorreram na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Os homens que têm sexo com outros homens (HSH) tendem a predominar nas faixas etárias mais jovens (20-29 anos), enquanto os heterossexuais predominam nas faixas etárias acima dos 50 anos. A transmissão vertical de mãe para filho, as infeções profissionais acidentais e as transfusões de sangue ou de produtos derivados do sangue contribuíram para 1% dos casos (ECDC, 2014). Entre 2004 e 2010 o número de casos entre HSH aumentou 39%; os casos de infeção adquirida através de contacto heterossexual têm-se mantido relativamente estáveis (36%); e os casos nos outros grupos de risco continuaram a diminuir. Na Roménia e na Grécia, pelo contrário, verificou-se em 2011 um forte aumento da infeção entre utilizadores de drogas injetáveis (UDI). Apesar do elevado número total de pessoas que vivem com VIH, no período de 2004 a 2010 o número de novos diagnósticos de SIDA por ano diminuiu para metade na Europa, o que se deve à melhoria do acesso aos cuidados e tratamentos (ECDC, 2014).

Os últimos dados da UNAIDS (2016), que abrangem 160 países, demonstram grandes ganhos no combate ao VIH. De acordo com o *Global AIDS Response Progress Reporting* (GARPR, 2016), nos últimos dois anos, o número de pessoas que vivem com TAR aumentou cerca de um terço, atingindo os 17 milhões (mais 2 milhões do que o objetivo definido para 2015 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2011). Desde 2003, as mortes anuais relacionadas com esta infeção diminuíram 43%. Nas regiões mais afetadas, nomeadamente o

leste e o sul de África, o número de doentes em tratamento mais do que duplicou desde 2010, chegando a quase 10.3 milhões, pelo que o número de mortes diminuiu 36%.

Quadro 2.

Resumo global da epidemia de VIH em 2016 (UNAIDS, 2016)

Nº de pessoas com VIH	Total	36.7 milhões [34.0 – 39.8 milhões]
	Adultos	34.9 milhões [32.4 – 37.9 milhões]
	Mulheres	7.8 milhões [16.4 – 19.4 milhões]
	Crianças (<15 anos)	1.8 milhão [1.5 – 2.0 milhões]
Nº de novas infeções por VIH	Total	2.1 milhões [1.8 – 2.4 milhões]
	Adultos	1.9 milhão [1.7 milhão-2.2 milhões]
	Crianças (<15 anos)	150.000 [110.000 – 190.000]
Mortes relacionadas com o VIH	Total	1.1 milhão [940.000 – 1.3 milhões]
	Adultos	1.0 milhão [840.000 – 1.2 milhões]
	Crianças (<15 anos)	110.000 [84.000 – 130.000]
Nº de pessoas em tratamento para o VIH	Total	18.2 milhões [16.1 – 19,0 milhões] *em Junho de 2016

No entanto, o mesmo relatório aponta grandes desafios para o futuro. Em 2016, havia 2.1 milhões de novas infeções em todo o mundo, totalizando um total de 36.7 milhões de pessoas com VIH.

Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira e Cardoso (2016) referem que a meta da UNAIDS para a Europa em 2020 é o que se pode chamar de "90-90-90", isto é, 90% das pessoas diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas em tratamento e 90% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida. No entanto, *não existe uma única Europa, mas sim três Europas*, Europa Oriental, a Europa Central e Europa Ocidental (idem, p.147). Na Europa Oriental a epidemia continua a crescer entre os UDI, bem como nos heterossexuais homens e mulheres. Não existem serviços de prevenção a uma escala adequada e o acesso à redução de danos é

limitado. Existe ainda um baixo nível de cooperação entre governos e ONG's, o que impede de desenvolver mais atividades de prevenção. Na Europa Central, apesar da baixa prevalência, a incidência de VIH tem crescido gradualmente em muitos países. A epidemia continua muito concentrada entre HSH e UDI. Na Europa Ocidental, os diagnósticos tardios continuam a constituir o principal desafio para se atingir uma elevada cobertura de tratamento, especialmente entre os migrantes, população em que o acesso aos serviços de saúde é deficiente. O estigma e a discriminação constituem as maiores barreiras ao teste e ao tratamento, sobretudo entre HSH. O estigma é reforçado pela falta de informação sobre o VIH, nomeadamente a falta de consciência face aos recentes avanços no tratamento e à esperança de vida praticamente normal das pessoas que recebem tratamento antirretrovírico adequado, e face ao impacto do tratamento na prevenção da transmissão do VIH. (Cunha-Oliveira, A., et al., 2016).

1.9. Prevenir o VIH – Redução do risco de transmissão

Desde 2011, o avanço que se verificou nos conceitos de prevenção, diagnóstico e tratamento só tem comparação na década de 1990, com a introdução da TAR combinada. Os conceitos de tratamento como prevenção e, posteriormente, de profilaxia pré-exposição e a indicação de tratamento para todos abriram uma perspetiva de alteração do paradigma de abordagem da infeção por VIH, mesmo considerando que a controvérsia de algumas destas opções (nomeadamente a profilaxia pré-exposição) e outras nos obriguem a encontrar novos modelos que assegurem a sua exequibilidade (DGS, 2015).

Apesar dos recentes avanços no acesso à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e serviços de apoio, é cada vez mais clara a importância central dos comportamentos dos indivíduos no contágio por VIH (Fisher, et al., 2011). Contudo, a promoção dessa mudança comportamental não é fácil, na medida em que exige ir ao encontro das diversas necessidades do indivíduo, tendo em conta as características do meio físico, cultural e social que o põem em

risco. É, por isso, necessário centrar a prevenção nas diversas fontes de novas infecções em contextos epidêmicos diferentes, na necessidade de apoiar e levar as pessoas a compreender e minimizar os riscos de infecção através da adoção de comportamentos preventivos, assim como na necessidade de envolver as comunidades e o capital social disponível no sentido de agirem contra o estigma e apoiarem uma mudança duradoura (UNAIDS, 2007).

No que concerne às mudanças de comportamentos necessárias para reduzir a transmissão do VIH, é possível identificar e analisar quatro itens de prioridade: (1) medidas preventivas eficazes em epidemias concentradas, (2) medidas para cenários hiperendêmicos (África meridional) que respondam a fatores de “concorrência” (comportamentos sexuais que envolvam múltiplos parceiros concorrentes), (3) a desigualdade de género, o sexo intergeracional e a violência de género enquanto fontes fundamentais de vulnerabilidade para mulheres e raparigas em qualquer cenário epidémico e (4) o estigma e a negação do vírus (UNAIDS, 2007).

Assim, considera-se que as medidas de prevenção centradas no conhecimento e nas escolhas individuais não são suficientes, e deverão ser complementadas por um movimento social que estimule as pessoas a conhecerem a sua situação em relação ao VIH e responsabilizem os homens adultos pela mudança de comportamento, colocando também a questão de género no centro de uma eficaz prevenção do VIH (Fisher, et al, 2011). As normas atuais em muitos países, que toleram comportamentos masculinos como o sexo com parceiros múltiplos, a violência sexual, a coerção e o sexo intergeracional, ao mesmo tempo que prescrevem a ingenuidade sexual, o casamento precoce e a elevada fertilidade para as raparigas, tornam difícil que mulheres e raparigas beneficiem dos programas ABC que promovem a abstinência (A), a fidelidade ao parceiro e teste de VIH (B) e o uso do preservativo (C) (Fisher, et al, 2011).

Dados recolhidos pela UNAIDS (2017) em várias regiões (Tailândia, Uganda, Europa Ocidental, América do Norte) mostram que os programas de prevenção têm de ser contínuos, renovados e atualizados, sob pena do regresso dos comportamentos de risco e um novo aumento da incidência de VIH, atendendo que o tratamento do VIH é um tratamento para toda a vida e o mesmo se passa com as medidas de mudança comportamental. Segundo esta organização, para inverter o cenário hiperendémico que persiste em muitas regiões do mundo é preciso um maior enfoque na mudança comportamental, de responsabilidade masculina, de redução do abuso de álcool, da violência e de “desnormalização” do sexo intergeracional, devendo esta estratégia ser acompanhada do apoio à mudança individual do comportamento e de medidas que promovam conhecimento, motivação, aptidões e autoeficácia para a mudança (UNAIDS, 2017). Acresce ainda a escassez de investigação sobre a avaliação de medidas comportamentais para redução da transmissão do VIH, tornando-se necessário um esforço constante e extensivo para definir os parâmetros básicos das atividades dirigidas à redução dos riscos e da vulnerabilidade ao VIH (os objetivos, a natureza, a qualidade e as audiências), para monitorizar a fidelidade da implementação, para medir o sucesso dos objetivos planeados e para medir o custo de modelos efetivos – coisa que é essencial para sustentar o planeamento e execução de recursos (UNAIDS, 2017). A implementação, monitorização e avaliação dos programas de mudança comportamental constituem, por isso, um importante desafio.

1.10. Variáveis psicossociais e comportamentais envolvidas no risco de contrair VIH

1.10.1. Representações sociais e VIH/SIDA

Com o estudo dos diferentes fenómenos sociais surgem conceitos como os de atitude e de representações sociais, procurando explicar os diferentes fenómenos como é o caso da SIDA.

Ao longo da História, doenças epidémicas e incuráveis têm sido tratadas como problema e responsabilidade do *outro* e associadas a práticas construídas como “estrangeiras” (Joffe, 1994). Nesta perspetiva, os significados atribuídos inicialmente à SIDA emergiram da forma como a mesma foi divulgada pela ciência e amplamente veiculadas nos *media*, e incluíam aspetos como a morte, as formas de contágio e sobretudo com comportamentos sexuais (Joffe, 1994). Estes aspetos trazem consigo componentes emocionais profundamente enraizados nas diferentes culturas e os quais causam enorme impacto no plano simbólico (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005).

Ao longo do tempo a sigla SIDA adquiriu uma vida própria no imaginário da população derivada das mais variadas representações sociais. A história médica e social da SIDA desenvolveu-se simultaneamente e o conhecimento sobre as formas de transmissão e das suas vítimas aumentou a eclosão de duas conceções: uma do tipo moral e social (i.e., considerava-se a SIDA como uma doença-punição, pelos comportamentos sexuais *degenerados*) e outra do tipo biológico (i.e., o contágio poderia ocorrer também por meio de líquidos corporais além do esperma, particularmente a saliva e o suor), com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas pela doença (i.e., o sofrimento físico, o olhar excludente dirigido ao doente, a intolerância, o medo e o preconceito nas relações sociais) (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005).

A SIDA, para muitos, está ligada à concepção particular do que seria um *comportamento perigoso*. Este comportamento perigoso que produz a SIDA é encarado como algo de enorme “irresponsabilidade, e delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente” (Sontag, 1989, p. 31). Também a ausência de informação científica favorece as representações que circulavam entre as pessoas e as que eram divulgadas pelos *media*.

Para Tura (1998), as ameaças e enigmas que emergiram com o surgimento do fenómeno social da SIDA desencadearam um processo de elaboração (nos planos individual e coletivo) de teorias que combinam valores, crenças, atitudes e informação. Um estudo realizado por Herzlich e Pierret (1988) procurava analisar, em seis jornais franceses, a construção do fenómeno social gerado pela SIDA. Estes observaram que os fenómenos sociais revelavam como a doença inicialmente surgiu, no sentido de ser um enigma da medicina, muitas vezes associado ao grupo de homossexuais que tinham múltiplos parceiros. Estes autores verificaram que era usual a doença ser denominada como a “*pneumonia dos homossexuais*”, o “*cancro dos homossexuais*” ou o “*cancro gay*”. Mesmo com o aparecimento de uma sigla considerada “*neutra*” para designar a doença, a imprensa continuou a utilizar os mesmos conceitos. Outros estudos semelhantes corroboram esta conclusão (cf., Joffe, 1995; Herek & Capitano, 1993; Paiva & Alonso, 1992). Assim, a ligação entre SIDA, homossexualidade e promiscuidade disseminou-se e enraizou-se na população e questões como o uso de preservativo ou de sexo seguro foram relegadas para segundo plano (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005).

1.10.2. Estereótipos e preconceitos relacionados com o VIH/SIDA

Práticas sociais discriminatórias e preconceitos com as pessoas que vivem com VIH, são consequências das representações sobre a SIDA, vista como decorrência de uma transgressão das regras sociais (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005).

O preconceito pode ser definido como um juízo prévio elaborado sobre indivíduos e grupos, com atribuição de um valor negativo. Um dos seus efeitos é a discriminação, que se constitui em uma forma de relacionamento desigual dirigida ao grupo e aos seus membros (Antunes, Camargo & Bousfield, 2014). Os preconceitos sociais são estruturas psicológicas complexas, constituídas por estereótipos, que envolvem crenças a respeito de comportamentos e características pessoais ou de um grupo de pessoas. A função dos estereótipos é introduzir simplicidade e ordem onde existe complexidade, através da classificação de pessoas e grupos em categorias diversas, sendo frequentemente compartilhados socialmente. Dessa forma, a tendência dos indivíduos é selecionar uma amostra que se enquadra nos seus estereótipos e fazê-la representativa de toda a classe (Antunes, Camargo & Bousfield, 2014).

Os conceitos de estereótipo e representação social estão interligados e remetem para as imagens que a sociedade constrói dos outros, e que podem sustentar práticas de discriminação social (Moliner & Vidal, 2003). Apesar das mudanças nas representações sociais da SIDA, preconceitos e estereótipos relacionados com as pessoas que vivem com a doença ainda continuam presentes na sociedade.

1.10.3. Os conhecimentos sobre o VIH/SIDA

O conhecimento cria uma pré-condição para a mudança. Se as pessoas não têm conhecimento sobre a forma como seu estilo de vida afeta a sua saúde, estas têm poucas razões para modificar os seus comportamentos (Bandura, 1994). A falta de conhecimentos sobre o VIH, as crenças negativas associadas ao uso de preservativo e a falta de conhecimentos sobre as formas de transmissão da infeção são alguns dos fatores que influenciam a adoção de comportamentos de risco (Dimbuene & Defo, 2011).

Essén, Högberg, Ugarte e Valladares (2013), concluíram que a existência de comportamentos de risco se deve a elementos cognitivos, psicossociais e emocionais e que o conhecimento insuficiente (relacionado com o baixo nível educacional, a pobreza e a origem rural)

afeta a precisão da avaliação desse risco: 90% das mulheres e 70% dos homens sexualmente ativos no último ano não usaram preservativo na sua última relação. Também a falta de consciência acerca da contração da infecção, o uso inconsistente de preservativo entre homens mais velhos e relações mais duradoiras influenciaram os resultados obtidos. Acresce que na amostra estudada, as relações sexuais anais e orais foram menos vezes apontadas como possíveis meios de transmissão do VIH ao passo que 95% dos indivíduos sabiam que o VIH não se transmitia pelo abraço ou aperto de mão.

Em Portugal, um estudo realizado por Almeida (2010), revelou um conhecimento razoável dos principais modos de transmissão do VIH, apesar da falta de conhecimento acerca de modos de não transmissão. Ou seja, de acordo com o autor, apenas 61.7% das pessoas sabe que o VIH e a SIDA são conceitos diferentes e 47.5% acha que a SIDA é a causa do VIH. No que concerne aos conhecimentos sobre os modos de transmissão, 31.7% dos inquiridos pensavam que o VIH pode ser transmitido por via aérea e 24.2% achavam que a picada de mosquitos é um modo de transmissão da doença. Em relação às práticas sexuais, 20.7% não considerava a prática de sexo anal heterossexual e 26.7% não considerava o sexo oral com homens como fatores de risco para a infecção. Para 21.7% dos inquiridos é possível contrair VIH através do contacto com suor, lágrimas, saliva ou urina e o contágio através do beijo é possível para 31.7% dos sujeitos.

Num estudo realizado por Diniz, Matos, Ramiro e Reis (2013), foi revelada uma tendência crescente em relação à percentagem de indivíduos que relatam a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais e ao uso do preservativo na última relação sexual e uma tendência estabilizada em relação a ter relações sexuais, uso de pílulas anticoncepcionais na última relação sexual e ter tido relações sexuais sob a influência de álcool ou drogas. No entanto, os resultados mostraram uma tendência decrescente em termos de conhecimento e atitudes, sugerindo que os programas de educação sexual (nas escolas) ainda são muito limitados, for-

temente homogêneos no seu conteúdo e inadequados para aumentar o conhecimento e as atitudes em relação ao VIH, e as habilidades pessoais e sociais de diferentes grupos-alvo.

1.10.4. Crenças e atitudes face ao VIH

As atitudes são disposições comportamentais adquiridas para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma perante uma pessoa, situação, conceito ou valor e crenças (Bharti, Meena, Pandey, Rai1 & Sunder, 2012). As atitudes perante determinados comportamentos sexuais, são fulcrais para compreender a forma como os indivíduos se comportam em relação à sua sexualidade e à possibilidade de contrair o VIH/SIDA (idem).

Lammers, Sweder, Willebrands e Wijnbergen (2013) verificaram que cerca de metade da sua amostra acha que não usar o preservativo pode comprometer a sua saúde. Também foi possível concluir que existem diferenças entre homens e mulheres na perceção do risco, sendo que as mulheres tinham uma menor perceção do risco face à transmissão do VIH/SIDA.

Em relação às barreiras sociocognitivas do VIH/SIDA, um estudo efetuado por Lotfi, Hajizadeh, Raziéh, Tehrani e Yaghmaei (2012) concluiu que as barreiras sociocognitivas incluem variáveis como falta de controlo percebido, sentimentos e perceção de incapacidade, são resultado de vários fatores subjacentes como a baixa autoestima, competências comportamentais deficientes e falta de autoeficácia no uso do preservativo. Neste estudo foi ainda possível concluir que os participantes com baixa autoestima têm mais comportamentos de risco e conseqüentemente mais relações sexuais desprotegidas.

A perceção de risco é enumerada por diversos autores como um fator preponderante para adoção de comportamentos sexuais seguros. Por exemplo, um estudo realizado no Ghana por Adjei, Gyimah e Tenkorang (2010) concluiu que os jovens com menor perceção de risco pessoal tiveram mais relações sexuais desprotegidas.

Em suma, existem inúmeras crenças face à utilização do preservativo que podem conduzir à infeção do VIH, nomeadamente que este interfere na espontaneidade da relação

sexual e no prazer sexual e com o parceiro estável é seguro ter relações sexuais desprotegidas. É fundamental realizar intervenções para promover atitudes positivas face ao uso do preservativo como meio de prevenção do VIH/SIDA.

1.10.5. Autoeficácia e VIH/SIDA

A autoeficácia é um construto psicológico que tem uma função motivacional. É a crença nas nossas capacidades, para controlar ou executar uma tarefa específica (Bandura, 1994). Este construto tem sido cada vez mais estudado como meio de reduzir os comportamentos de risco que podem levar ao VIH/SIDA, podendo ser considerada como um objetivo intermédio para prevenir a infeção (Miller, 2011).

Num estudo realizado por Louw, Peltzer e Chirinda (2012), em que foi avaliados o número de parceiros sexuais transacionais em tempo de vida, a perceção de risco do VIH/SIDA, a dificuldade de obtenção de preservativos, a coacção nas relações sexuais e o controlo excessivo no relacionamento, concluiu-se que os indivíduos que têm uma baixa perceção de risco para o VIH/SIDA têm, conseqüentemente, um menor nível de autoeficácia.

No que diz respeito ao uso do preservativo, este requer não só competências técnicas como também negociação interpessoal no sentido de convencer o parceiro resistente a práticas de sexo seguro. Vários programas foram implementados para aumentar a autoeficácia e desenvolver capacidades de autoproteção em vários segmentos populacionais, com o intuito de evitar a propagação do VIH/SIDA (Belza, Fernandez-Balbuena, Fuente, Hoyos, Ruiz & Sordo, 2013).

Apesar da existência de estudos que demonstraram a relação entre autoeficácia e a prevenção do VIH/SIDA, poucos se debruçaram sobre os seus preditores. Os poucos estudos referenciados identificaram como preditores da autoeficácia a idade, o relacionamento estável, o emprego, conhecimentos relacionados com o VIH/SIDA, a violência por parte do parceiro(a) e a autoestima (Cianelli, et al., 2010).

Bandura (1994), foi o primeiro autor a relacionar a autoeficácia com a negociação do preservativo, mostrando que o controlo pessoal é fundamental em situações que haja um provável risco para contrair VIH/SIDA. Por este motivo, segundo este, é necessário ter uma elevada autoeficácia, uma boa capacidade de comunicação sobre as questões da sexualidade, práticas sexuais seguras e capacidade de negociar o uso do preservativo.

Um estudo realizado na Nigéria por Idris, Othman, Kaugamae e Uli (2012), no qual referem que a autoeficácia é fundamental para a adoção de comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA e que existe uma relação positiva entre a autoeficácia e o comportamento sexual seguro. Deste modo, a autoeficácia tem um papel predominante na prática de comportamentos sexuais seguros.

1.10.6. Comportamentos de risco face ao HIV

Os comportamentos de risco face ao VIH/SIDA estão relacionados com as relações sexuais sem o uso do preservativo ou a utilização incorreta do mesmo, a partilha de seringas, a multiplicidade de parceiros, engravidar sem realizar previamente o teste de despiste do VIH, a doação de sangue, tecido ou órgão tendo existido um comportamento de risco nos seis meses anteriores, através do contato de sangue contaminado ou pelas secreções sexuais (Bertolli, Lapidus, McGowan & Sullivan, 2006).

Chen, Raymond, McFarland, Truong (2010) verificaram que a maior parte dos indivíduos refere que têm comportamentos sexuais de alto risco, tais como relações sexuais desprotegidas (73.6% usaram o preservativo em menos de metade das relações sexuais).

1.10.7. Variáveis sociodemográficas

O nível de escolaridade é uma variável relacionada com o nível de conhecimento e reflete as diferenças entre as pessoas no acesso à cultura e a competência para adquirir e utilizar novos conhecimentos. Possuir menos do que o ensino secundário constitui um fator de

risco ou de exposição para a aquisição do VIH/SIDA (Dieter, et al., 2012). O nível de escolaridade é referido em vários estudos como um fator importante na negociação do uso do preservativo. Por exemplo, Dieter e colaboradores (2012) concluíram que o nível de educação tem uma forte associação com o uso do preservativo e com os conhecimentos acerca do VIH/SIDA.

Também recursos socioeconómicos como o emprego, a educação, a habitação e os recursos ambientais como o acesso aos cuidados de saúde e qualidade desses cuidados são descritos como fatores importantes na aquisição de conhecimentos e na adoção de comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA. Aqueles que têm recursos limitados têm maior risco face á relação com a sua saúde do que aqueles que têm mais recursos (Cade, Clapp, Reilly, Smith & Woodruff, 2010).

1.11. Modelos teóricos da mudança de comportamento

A epidemia de VIH está associada, sobretudo ao comportamento sexual, pelo que este continua, em todo o mundo, a ser o alvo primeiro dos esforços de prevenção do VIH e da SIDA.

O comportamento sexual é muito diversificado e complexo/multideterminado, pois depende não só dos desejos e pulsões individuais, como também do tipo de relações sociais e da envolvente cultural, bem como do ambiente e das alterações económicas e políticas, pelo que a prevenção do VIH e da SIDA acaba por constituir uma tarefa de grande complexidade, com uma multiplicidade de dimensões (Oliveira, 2014). Neste sentido, as intervenções de prevenção baseiam-se em um ou mais modelos teóricos, sendo que a maioria deles assume que se for dada informação correta sobre os mecanismos de transmissão do VIH se consegue influenciar a desejada mudança de comportamentos.

Contudo, cerca de 90% dos estudos feitos para medir o impacto das intervenções biomédicas e comportamentais, não revelaram nenhum efeito sobre a incidência do VIH (Oliveira, 2004). Não existe uma explicação consensual para estes trabalhos: em alguns casos, podem indicar que as intervenções são ineficazes ou inadequadas para o objetivo em vista, noutros pode dever-se a questões de desenho ou de orientação, mesmo quando as intervenções são parcialmente eficazes (Hayes, Kapiga, McCormack & Wasserheit, 2010).

Um estudo de revisão realizado por Ross (2010, citado por Hayes, et al., 2010), avaliou cinco abordagens principais à intervenção comportamental revelando em efeito significativo sobre a incidência do VIH, embora alguns deles tenham mostrado efeitos importantes sobre os conhecimentos, as atitudes, o comportamento relatado e as doenças sexualmente transmissíveis. Várias explicações têm sido avançadas para a compreensão destes resultados, incluindo as limitações metodológicas ou a intensidade das intervenções, o limitado tempo de *follow-up*, a sobreposição da influência das normas culturais, os fatores socioeconómicos assim, como o poder estatístico inadequado.

Em suma, vários modelos têm sido desenvolvidos com o objetivo de compreender a mudança de comportamentos associados à transmissão do VIH. Cada modelo parece ser preditor de diferentes aspetos do comportamento e os modelos desenvolvidos especificamente para o comportamento sexual, em relação aos modelos genéricos para a saúde, parecem ter vantagens na compreensão dos comportamentos sexuais de risco.

De acordo com Oliveira (2014), ao nível da intervenção, podem ser consideradas três grandes categorias:

- 1) Intervenções comportamentais, que têm como objetivo modificar os comportamentos de risco ou diminuir a taxa de incidência de VIH e/ou outras IST, focando-se sobretudo nas abordagens individuais ou de pequenos grupos (e.g., aconselhamento, discussão em pequenos grupos, demonstração de aptidões);

2) Intervenções sociais, que têm como objetivo modificar os comportamentos de risco ou diminuir as taxas de incidência de VIH e/ou outras IST e ainda tentativas de modificar as normas comunitárias ou dos pares relacionadas com o risco de VIH. Estas intervenções, embora utilizem abordagens individuais ou em pequenos grupos, dão sobretudo importância à influência dos pares e da comunidade (i.e., envolver ativamente os líderes de opinião como educadores, mobilizar a comunidade para o apoio à redução dos comportamentos de risco de VIH). Esta categoria inclui ainda toda e qualquer intervenção dirigida à modificação dos fatores ambientais ou estruturais relacionados com o risco de VIH.

3) Estudos de medidas políticas, que têm por objetivo modificar os comportamentos de risco e diminuir as taxas de incidência de VIH e/ou outras IST em função de decisões de nível administrativo ou legal (i.e., disponibilizar preservativos em locais públicos, promover a educação sobre VIH nas escolas).

É possível encarar as teorias como um *continuum* de modelos, desde os que se centram estritamente no indivíduo até aos que contemplam o nível macroestrutural e ambiental (UNAIDES, 1999).

Os modelos que se focam estritamente no indivíduo assentam no pressuposto de que o VIH se transmite devido a fatores comportamentais. Por isso, afirmam que se pode modificar os comportamentos individuais utilizando constructos cognitivos, atitudes, afetivos e motivações (Oliveira, 2014). Destes os modelos psicossociais do risco comportamental podem ser categorizados em 3 grupos: (1) os que dão indicação sobre os comportamentos de risco, (2) os que dão indicações sobre mudanças de comportamento e (3) os que dão indicações sobre a manutenção do comportamento seguro (Oliveira, 2014).

Os modelos de mudança de comportamento individual em geral centram-se nas etapas que as pessoas precisam de cumprir quando tentam modificar o comportamento e não costumam ter em conta a influência dos fatores culturais e ambientais externos ao indivíduo.

Embora baseados em pressupostos teóricos diferentes, todos eles têm em comum a promoção de que a modificação do comportamento ocorrerá se forem alteradas condições como a percepção de risco, as atitudes, as crenças, as intenções e as expectativas de resultados. No caso da prevenção do VIH, os modelos psicológico-comportamentais visam sobretudo as competências para as práticas de redução do risco. Estas competências são geralmente transmitidas através de procedimentos de instrução, exemplificação, prática e *feedback* (UNAIDS, 1999).

Quadro 3.

Exemplos de modelos ou teorias focados no indivíduo

<p>Modelo de crenças de saúde Rosenstock, 1974</p>	<p>Refere que o desempenho de comportamentos de promoção ou de prevenção da doença resulta da avaliação do grau de ameaça associado à doença, da percepção de suscetibilidade, da gravidade da doença e da análise dos custos e dos benefícios da execução do comportamento. Em conjunto, estas variáveis determinam a probabilidade do desempenho de um comportamento de saúde, apesar de este efeito poder ser ainda influenciado por diferenças individuais nas variáveis demográficas, psicológicas, de personalidade e de pressão social. Com a emergência do VIH e da SIDA, este modelo tem sido aplicado à compreensão dos determinantes de comportamentos sexuais (uso de preservativos durante as relações sexuais, relações sexuais com vários parceiros). A inclusão de novas variáveis como barreiras ou benefícios em relação aos comportamentos preventivos (autoeficácia, pistas internas e externas relacionadas com a ação, valor da saúde para o indivíduo, cultura e socialização, bem-estar subjetivo, personalidade) e a utilização do mesmo modelo em diferentes populações contribuiu para explicar mais adequadamente os comportamentos sexuais de risco e aumentar a eficácia preditiva do modelo.</p>
<p>Modelo da ação racio-</p>	<p>Afirma que a mudança do comportamento é vista, em primei-</p>

<p>nal Ajzen & Fishbein, 1980</p>	<p>ro lugar, como uma mudança na estrutura cognitiva subjacente ao comportamento em questão (Cardoso, 1999). Tem três componentes fundamentais: a seleção dos comportamentos a serem alterados (<i>a utilização do preservativo para uns pode ser um comportamento e para outros um objetivo</i>), as intenções como determinantes dos comportamentos (<i>o comportamento de usar preservativo depende da intenção do sujeito em utilizar ou não</i>) e as atitudes e normas como determinantes das intenções (<i>a intenção de usar ou não preservativo depende da atitude favorável/desfavorável, das crenças e da pressão por parte de pessoas normativas</i>).</p>
<p>Teoria do comportamento planeado Ajzen & Madden, 1986 Ajzen, 1991</p>	<p>Sugere que a intenção de uma pessoa para executar um comportamento é o determinante fundamental desse comportamento, porque reflete o nível de motivação da pessoa para implementar esforços no desempenho do comportamento. A intenção, por sua vez, é determinada pela atitude, pela norma subjetiva e pela percepção de controlo do comportamento.</p>
<p>Teoria da motivação protetora Rippetoe & Rogers, 1987</p>	<p>Refere que as estratégias adaptativas e desadaptativas para lidar com uma ameaça de saúde resultam de dois processos avaliativos: a avaliação da ameaça e a avaliação das estratégias de <i>coping</i>. A avaliação da ameaça baseia-se na percepção de suscetibilidade à doença e na percepção de gravidade da ameaça à saúde. A avaliação das estratégias de <i>coping</i> é o processo de avaliação das alternativas comportamentais que podem diminuir a ameaça. O modelo assume, ainda, que o processo de <i>coping</i> se baseia em dois componentes: a expectativa individual de que o desempenho do comportamento pode diminuir a ameaça e, a crença na capacidade individual para desempenhar adequadamente esse comportamento, a autoeficácia.</p>
<p>Modelo das etapas de mudança Prochaska, DiClemen-</p>	<p>Refere que as mudanças comportamentais ocorrem pela movimentação entre diferentes estádios de prontidão para a ação. Estes diferentes estádios de mudança tem uma dimen-</p>

te & Norcross, 1992	<p>são temporal informa sobre modificações particulares que podem ocorrer nas atitudes, nas intenções e no comportamento. Assim, os indivíduos não passam diretamente de comportamentos antigos para comportamentos novos. Existe uma progressão através de uma sequência de estádios: (1) a pré-contemplação (não se pretende fazer qualquer mudança), (2) a contemplação (considera-se a possibilidade de mudar), (3) a preparação (realização de pequenas mudanças) e a ação (empenhamento ativo num novo comportamento) e (4) a manutenção da mudança.</p>
<p>Modelo de redução de risco da SIDA Catania, Kegeles & Coates, 1990</p>	<p>Defende que são necessários três estádios para a redução das atividades sexuais de risco: (1) reconhecimento que essa atividade torna a pessoa vulnerável à contração do VIH; (2) tomada a decisão de alterar os comportamentos sexuais de risco e compromisso com essa decisão (através da mudança de atitudes em relação ao uso de preservativos ou do aumento da autoeficácia em relação ao uso dos mesmos) e (3) a determinação, em são ultrapassadas as barreiras para promover essa decisão (problemas de comunicação sexual, procura de ajuda para aprender estratégias de redução de comportamentos de risco). Estes estádios são dinâmicos, dado que o indivíduo pode, em qualquer um deles, retroceder, voltando ao comportamento antigo.</p>
<p>Modelo informação-motivação-aptidões comportamentais Fisher & Fisher, 1992</p>	<p>Postula que os comportamentos preventivos estão dependentes tanto da informação como da motivação e, para além destes, são necessárias determinadas aptidões comportamentais do indivíduo para executar o comportamento requerido. Assim, para que o conhecimento, informação relativa à prevenção, se traduza em ação, tem que existir motivação e, para além destes, a execução depende da capacidade comportamental de ser capaz de executar determinadas rotinas. Para além disso, prevê a existência de uma relação direta entre a motivação e o desempenho de comportamentos preventivos.</p>

Neste modelo, a motivação para desempenhar ações preventivas inclui três componentes: as atitudes (avaliação que o indivíduo faz do comportamento alvo), as normas subjetivas (avaliação individual do grau de aprovação ou desaprovação do desempenho de determinado comportamento por parte de outros significativos) e as intenções comportamentais (julgamentos da probabilidade subjetiva do modo como o indivíduo tenciona comportar-se). Os comportamentos preventivos em relação à transmissão do VIH, conversas sobre sexo seguro, acesso aos preservativos, uso de preservativos e a realização do teste dos anticorpos do VIH, respeitam à avaliação da ocorrência do desempenho comportamental, algum tempo após a avaliação.

Nota. Adaptado de Carvalho & Batista, 2017.

A relação entre os conhecimentos, atitudes e comportamentos tem sido estudada por vários modelos, com o objetivo de compreender os determinantes dos comportamentos de risco associados à transmissão do VIH/SIDA. Os comportamentos que reduzem o risco de transmissão do VIH/SIDA são influenciados pelas atitudes em relação a esses comportamentos, mas também por variáveis cognitivas e afetivas (Reid & Aiken, 2011). É consensual na literatura que o conhecimento sobre o VIH/SIDA está associado a uma redução nos comportamentos de risco de transmissão e é uma componente essencial nas intervenções comportamentais.

1.12. Objetivos

Com o presente estudo pretendeu-se avaliar a percepção da autoeficácia em pessoas infectadas com o VIH/SIDA, face à negociação do preservativo, dada a sua importância reconhecida pela literatura na prevenção da transmissão da infeção.

Este trabalho surgiu da necessidade de perceber se a população infetada com o VIH/SIDA apresenta autoeficácia em geral e autoeficácia face aos respetivos comportamentos sexuais de risco, designadamente o uso do preservativo.

Assim, o desenvolvimento deste estudo foi orientado pelos seguintes objetivos específicos:

1. Compreender a importância da autoeficácia geral na adoção de comportamentos sexuais de risco por indivíduos portadores de VIH/SIDA;
2. Explorar a associação entre autoeficácia em geral e autoeficácia na negociação do uso do preservativo em indivíduos portadores de VIH/SIDA.
3. Refletir sobre a importância da autoeficácia na adoção de medidas preventivas para a transmissão do VIH/SIDA.

1.12.1. Hipóteses

Reconhecendo a importância que tem, para as pessoas infetadas, a percepção de autoeficácia em geral e face ao uso do preservativo em particular na prevenção face ao VIH/SIDA ao nível dos comportamentos de risco com a realização deste estudo pretendeu-se testar as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – existe uma influência do género na autoeficácia geral e face à negociação do preservativo;
- Hipótese 2 – existe uma influência da idade na autoeficácia geral e face à negociação do preservativo;

- Hipótese 3 – existe correlação positiva e significativa entre a autoeficácia geral e autoeficácia na negociação do preservativo.

1.12.2. Variáveis

Tendo em conta os objetivos propostos, as variáveis em estudo são:

- Autoeficácia geral – tem uma função motivacional, ou seja, é a crença nas capacidades, para controlar ou executar uma tarefa específica.
- Autoeficácia face à negociação do uso do preservativo – crença do sujeito sobre a sua capacidade em negociar o uso de preservativo.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Para a realização desta investigação foi constituída uma AMOSTRA de 44 indivíduos de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos (N=23 feminino e N=21 masculino) com idades compreendidas entre os 21 e 44 anos, portadores do VIH/SIDA, utentes do Hospital Joaquim Urbano no concelho do Porto, que aceitaram participar no presente estudo. Os sujeitos da amostra foram avaliados individualmente, num único momento, através do preenchimento de um questionário de auto-relato.

2.2. Procedimentos

Para iniciar a recolha de dados foi solicitada autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética do Hospital Joaquim Urbano, com uma breve descrição do projeto de investigação. Depois de autorizada a aplicação dos questionários, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Como critérios de inclusão, temos ser portador de VIH/SIDA. Como critérios de exclusão consideraram-se o não ser portador de VIH/SIDA e a presença de qualquer perturbação mental.

Os questionários foram aplicados de forma individual, num único momento de avaliação, e mediante o consentimento informado dos participantes. No momento de aplicação dos questionários, foram esclarecidos os objetivos do estudo e o caráter voluntário e gratuito da sua participação, solicitado o consentimento informado e a garantia de confidencialidade dos mesmos. Todos os instrumentos foram aplicados na presença da investigadora.

A presente investigação assume-se como um estudo correlacional, voltado para a compreensão e predição dos fenómenos, através da formulação de hipóteses sobre as relações entre as variáveis. O método correlacional de investigação situa-se entre os métodos descritivos, ou simplesmente compreensivos da realidade (estudos qualitativos), e os estudos experimentais. Em relação aos primeiros, este método consegue ir para além da mera descrição dos fenómenos, pois o investigador consegue já estabelecer relações entre as variáveis, quantificando inclusive tais relações. Em relação aos segundos, de referir que este método não permite estabelecer significado de causalidade ao nível das relações encontradas. Da análise de correlação entre variáveis, obtém-se o coeficiente de correlação, que varia entre -1.00 e +1.00, sendo que zero, significa ausência de correlação, permitindo assim, informação sobre a intensidade da relação, a força e o sentido da sua interdependência, tendo em conta os instrumentos utilizados. Para a realização da referida análise nesta investigação utilizaram-se dois tipos distintos de metodologia: uma do tipo descritivo e outra do tipo correlacional. A análise de tipo descritivo foi utilizada para a caracterização/descrição dos inquiridos que compõem a amostra. Para a análise global dos índices relativos aos instrumentos utilizados, recorreu-se a uma análise do tipo correlacional que permite estudar a relação entre as diversas variáveis do estudo em causa (Almeida, 1997).

2.3. Descrição dos instrumentos utilizados

O Questionário Sociodemográfico permitiu recolher informação sobre sexo, idade, habilitações literárias dos sujeitos, comportamentos de risco (i.e., trabalho sexual, homossexualidade e toxicodependência), estado civil, tempo de infeção e tratamento farmacológico/antiretroviral.

O Questionário de Autoeficácia na Negociação do Preservativo foi desenvolvido por Hobfoll em 2002, e traduzido e adaptado por Eleonora em 2006, apresenta-se como uma escala de 5 itens, com o objetivo de avaliar a perceção de a autoeficácia dos sujeitos na negociação do preservativo. A escala varia entre 0 (nada confiante) e 9 pontos (totalmente confiante), com pontuações mais elevadas a indicar maior autoeficácia para a negociação do preservativo, assim como a capacidade de negociar o preservativo. Como itens ilustrativos da escala temos “Quão confiante se sente com o seu parceiro atual ou mais recente.... 1 ...de abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas? 2 ...de convencer o seu parceiro a usar preservativo mesmo que ele diga que não quer?” (Martins, 2012).

O Questionário de Autoeficácia Geral, versão traduzida e adaptada por Eleonora (2006) da *Self-Efficacy Scale* (General Self-Efficacy Scale - GSES; Schwarzer & Scholz, 2000), é constituído por 10 itens e tem por objetivo avaliar a perceção de competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações que provocam stress, em termos da crença de que é capaz de controlar os desafios que lhes são propostos, através da pontuação numa escala de Likert, que varia de 1 (Falso) a 7 (Verdadeiro). Pontuações mais elevadas nesta escala indicam a presença de elevada autoeficácia. Como itens ilustrativos da escala temos “1- Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar; 2 – Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero” (Martins, 2012).

Antes de passarmos à análise descritiva dos resultados dos questionários preenchidos pelos indivíduos da amostra, é de salientar que para a análise do *alpha* no Questionário de

Autoeficácia Geral foram retirados os itens mais problemáticos 3, 8 e 10, que possuem correlação item a item com um total negativo (respetivamente, -0.257, -0.378 e -0.304), para melhorar o valor da sua consistência interna do Questionário de Autoeficácia Geral.

3. Resultados

O presente estudo, representado pela Tabela 1, é composto por uma amostra de 44 indivíduos, isto é, 23 mulheres e 21 homens.

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica da amostra (N=44)

		Feminino		Masculino		Total	
		Total		Total		Total	
		n	%	n	%	n	%
Idade	< 30 anos	14	31.8	4	9.1	18	40.9
	Entre 31 e 40 anos	6	13.6	5	11.4	11	25
	> 40 anos	3	6.8	12	27.3	15	34.1
Habilitações literárias	Nenhuma	0	0	1	2.3	1	2.3
	1º CEB	7	15.9	6	13.6	13	29.5
	2º CEB	7	15.9	9	20.5	15	36.1
	3º CEB	4	9.1	0	0	4	9.1
	Ensino secundário	4	9.1	2	4.5	7	15.7
	Ensino superior	1	2.3	3	6.8	4	9.1
Estado civil	Solteiro(a)	8	18.2	7	15.9	15	34.1
	Casado(a)/união de facto	7	15.9	8	18.2	15	34.1
	Divorciado(a)	8	18.2	5	11.4	13	29.5
	Viúvo(a)	0	0	1	2.3	1	2.3
Total		23	52.3	21	47.7	44	100

Como se pode verificar pela tabela anterior, a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos com idade inferior a 30 anos (40.9%), com o 1ºCiclo (29.5%) ou o 2º Ciclo

(36.1%) do Ensino Básico, solteiros (34.1%), em união de facto (34.1%) e divorciados (29.5%).

É de salientar que a nível das habilitações literárias, cerca de 66% dos indivíduos têm apenas o 1º ou o 2º CEB, o que fica muito aquém da escolaridade obrigatória no nosso país.

Tabela 2.

Distribuição de fatores comportamentais de risco em portadores de VIH/SIDA (N=44)

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupo	Trabalhadores Sexuais	9	39.1	0	0	9	20.5
	Homossexuais	0	0	9	43	9	20.5
	Heterossexual	8	34.8	6	29	14	31.8
	Toxicodependência	6	26.1	6	29	12	27.3
Tempo de infeção	0-1 anos	3	13	2	9.5	5	11.4
	2- 4 anos	8	34.8	4	19	12	27.3
	4 - 6 anos	6	26.1	4	19	10	22.7
	6 ou mais	6	26.1	11	52.4	17	38.6
Tratamento Antiretroviral	Sim	12	52.2	17	81	29	65.9
	Não	11	47.8	4	19	15	34.1

Relativamente à presença de comportamentos sexuais de risco (cf., Tabela 2), 39.1% (N=9) das mulheres referiu identificar-se com o grupo das “prostitutas” e 26.1% (N=6) das “toxicodependentes”, sendo que cerca de um terço optou por se identificar com o grupo das “heterossexuais” (N=8). Ao nível dos homens, 43% (N=9) referiram ser “homossexuais” e 29% “toxicodependentes” (N=6), sendo que o grupo dos “heterossexuais” englobou 6 indivíduos (29%).

Relativamente ao tempo de infeção pelo VIH, verificou-se que um terço das mulheres tem a infeção diagnosticada entre 2 a 4 anos (34.8%) (sendo que 26.1% vivem com VIH há 4-6 anos ou há mais de 6 anos), ao passo que mais de metade dos homens (N=11, equivalente a 52.4%) tem a infeção há 6 ou mais anos. Na amostra total predominam por isso indivíduos com 6 ou mais anos de infeção (38.6%).

Por fim, no que concerne à toma de medicação, os valores apontam para o tratamento em 65,9% dos casos. Assim sendo, dos 21 participantes do sexo masculino inquiridos, 81% (N=17) encontravam-se a fazer a ARV, enquanto apenas 52,2% (N = 12) das 23 participantes do sexo feminino inquiridas se encontravam na mesma situação.

Tabela 3.

Médias quanto ao género – Questionário Autoeficácia Geral (N=44)

Género	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Feminino	23	3.73	1.22	1	4.45	0.41
Masculino	21	4.53	1.28			

Ao nível da autoeficácia geral (cf., Tabela 3), os homens tiveram uma média de resultados mais elevada ($M = 4.53$; $DP = 1.22$) do que as mulheres ($M = 3.73$; $DP = 1.22$), mas sem significado estatístico ($P=0.41$). Rejeita-se, por isso, a Hipótese 1, não se verifica um efeito significativo do género na autoeficácia geral.

Tabela 4.

Médias quanto ao grupo de risco – Questionário Autoeficácia Geral (N=44)

Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Prostitutas	9	3.31	1.10	3	2.97	0.43
Homossexuais	9	4.93	1.30			
Heterossexuais	14	4.32	1.29			
Toxicodependentes	12	3.11	1.16			

Quanto aos grupos referentes aos comportamentos de risco e respetiva relação com a autoeficácia geral, são os “toxicodependentes” ($M = 3.11$; $DP = 1.16$) e as “prostitutas” ($M = 3.31$; $DP = 1.10$) que apresentam menores valores de autoeficácia geral. Os “heterossexuais” ($M = 4.32$; $DP = 1.29$) e “homossexuais” ($M = 4.93$; $DP = 1.30$), por sua vez, apresentam maiores valores de autoeficácia geral, apesar de não se verificarem diferenças significativas entre os grupos ($p = .43$) (Tabela 4).

Tabela 5.

Médias quanto à idade – Questionário Autoeficácia Geral (N=44).

Idade	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl.</i>	<i>F</i>	<i>p.</i>
< 30 anos	18	3.84	1.29			
31 - 40 anos	11	3.51	1.19	2	4.99	0.01
> 40 anos	15	4.88	1.07			

Ainda no Questionário de Autoeficácia Geral (cf., Tabela 5), são os indivíduos portadores de VIH com idade acima dos 40 anos que apresentam valores mais elevados ($M = 4.88$; $DP = 1.07$), seguido dos que têm idade inferior a 30 anos ($M = 3.84$; $DP = 1.29$) e dos que têm idade compreendida entre 31 e 40 anos ($M = 3.51$; $DP = 1.19$). Nesta amostra, a idade (acima de 40 anos) evidencia um efeito estatisticamente significativo ao nível dos valores obtidos no Questionário de Autoeficácia Geral ($p = 0,01$). Aceita-se, por isso, a Hipótese 2.

Tabela 6.

Médias quanto ao género – Questionário Autoeficácia na Negociação do Preservativo (N=44)

Género	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Feminino	23	6.07	3.06			
Masculino	21	6.53	3.25	1	0.24	0.62

No que diz respeito à Autoeficácia na Negociação do Preservativo, os homens apresentam maiores pontuações ($M= 6.53$; $DP=3.25$) do que as mulheres ($M=6.07$; $DP=3.06$), apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($p=0.62$) (Tabela 6).

Tabela 7.

Médias quanto ao grupo de risco – Questionário Autoeficácia na Negociação do Preservativo (N=44).

Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl.</i>	<i>F</i>	<i>p.</i>
Prostitutas	9	3.80	2.09			
Homossexuais	9	6.78	3.38	3	2.75	0.55
Heterossexuais	14	7.20	2.87			
Toxicodependentes	12	6.73	3.24			

Ainda neste questionário, e relativamente aos grupos com possíveis comportamentos sexuais de risco, as “prostitutas” tiveram em média menor pontuação ($M=3.80$; $DP=2.09$) do que os “homossexuais” ($M=6.78$; $DP=3.38$) e “toxicodependentes” ($M=6.73$; $DP=3.24$) que apresentaram valores mais elevados de autoeficácia na negociação do preservativo. No entanto as diferenças encontradas não tiveram significância estatística ($p= 0.55$) (Tabela 7).

Tabela 8.

Médias quanto à toma de medicação – Questionário Autoeficácia na Negociação do Preservativo (N=44).

Medicação	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl.</i>	<i>F</i>	<i>p.</i>
Sim	29	6.97	2.95	1	4.26	0.05
Não	15	4.99	3.15			

Relativamente à relação entre a autoeficácia na negociação do preservativo e a toma da medicação, os indivíduos portadores de VIH que tomavam ARV tiveram maior pontuação no questionário ($M=6.97;DP=2.95$) do que os que não tomavam ARV ($M=4.99;DP =3.15$) e com significância estatística ($p= 0.05$) (Tabela 8).

Tabela 9.

Correlações entre as escalas utilizando o teste de Person (N=44).

	Autoeficácia na Negociação do Preservativo	Sig.
Autoeficácia Geral	0.40	0.01

Para procurar obter uma relação entre os resultados obtidos na autoeficácia geral e na autoeficácia na negociação do preservativo e testar esta hipótese recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo-se concluído que existe uma correlação positiva e significativa moderada entre os dois testes ($pearson= 0.40$). Aceita-se, por isso, a Hipótese 3, existindo uma correlação positiva e significativa moderada entre a autoeficácia geral e a autoeficácia na negociação do preservativo.

4. Discussão dos resultados

No presente estudo procurou-se obter inicialmente, algumas características sociodemográficas (idade, género, estado civil, escolaridade) e clínicas (tempo de infeção e toma de medicação), de uma amostra de indivíduos portadores de VIH/SIDA, de forma a comparar estas características com as obtidas no âmbito de estudos já realizados.

Relativamente às características sociodemográficas, esta amostra é composta maioritariamente por indivíduos com idade inferior a 30 anos ou superior a 40 anos, o que vai parcialmente ao encontro dos resultados obtidos pelo Relatório “Infeção VIH Sida: Portugal tem em 2015”, divulgado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, que a maioria dos

diagnósticos (99,9%) ocorreu em indivíduos com 15 ou mais anos de idade. No que diz respeito ao género, este relatório aponta para o diagnóstico de 2,7 casos em homens por cada caso identificado em mulheres, o que não se verifica na nossa amostra, que é composta aproximadamente pelo mesmo número de homens e de mulheres.

Por outro lado, no presente estudo, constatou-se que a maior parte dos indivíduos concluiu apenas o 1º ou 2º Ciclo, o que vai de encontro a outros estudos, que apontam a baixa escolaridade como característica predominante entre os portadores de VIH/SIDA (Dieter, et al., 2012).

Também de acordo com o Relatório “Infeção VIH Sida: Portugal em 2015”, a via sexual é o modo de infeção predominante (94,9% dos casos), com 54,4% a referirem transmissão heterossexual. As infeções associadas ao consumo de drogas equivalem a 4,6% dos novos diagnósticos em 2015. As características da amostra estudada parecem afastar-se um pouco dos dados relatados naquele relatório com uma prevalência de toxicoddependência mais expressiva do que a que foi ali reportada para a população infectada em Portugal, o que poderá estar associado à forte colaboração tradicionalmente existente entre esta unidade de saúde onde a amostra foi recrutada e as respostas específicas para a toxicoddependência ao nível do SNS. De referir ainda a elevada percentagem de participantes que na nossa amostra não se identificaram com o trabalho sexual ou com a homossexualidade, considerando-se heterossexuais. Isto apesar de, até há bem pouco tempo, se considerar que as relações “heterossexuais” eram um “fator protetor” para a infeção por VIH mas de facto, os últimos estudos epidemiológicos de âmbito nacional (à semelhança deste) não vão ao encontro destes dados.

No que concerne à infeção propriamente dita, e como referida no enquadramento teórico, em Portugal, a primeira meta a ser atingida foi identificar 90% das pessoas que vivem com VIH/sida diagnosticadas. Os outros dois objetivos definidos pela ONU Sida são, alcançar 90% dos diagnosticados em tratamento (o que não se observa neste estudo, com apenas

65,9% dos casos em tratamento com ARV) e 90% dos que estão em tratamento atingirem carga viral indetetável (o que torna muito baixa a possibilidade de transmitir a infecção). É de salientar que em Portugal existem já estudos sobre adesão ao tratamento (que não foi especificamente analisada neste estudo), que continuam a demonstrar a fraca adesão à terapêutica em geral, da população portuguesa infetada, bem como alguns dos motivos envolvidos passíveis de investimento por parte de profissionais (Villaverde Cabral & Silva, 2010). No entanto, pode equacionar-se a possibilidade, dados os presentes resultados, de na nossa amostra haver uma percentagem de indivíduos que tem conhecimento de ser portador de VIH/SIDA e que não adere á terapêutica. Para, além disso, um dos problemas referidos pelos estudos nacionais prende-se com o diagnóstico tardio, o que pode aumentar o risco de infecção de parceiros sexuais, por se desconhecer ser portador de infecção. No presente estudo, verificou-se que mais de metade dos homens são portadores de VIH há mais de 6 anos e que a maioria das mulheres também tem a infecção há pelo menos dois anos.

Relativamente à autoeficácia geral para prevenir o VIH, o presente estudo revelou que esta é maior nos homens, sejam hetero ou homossexuais, mas sem significância estatística. Por sua vez, as mulheres apresentam menor autoeficácia geral, e as “toxicodependentes” e as “prostitutas” apresentam também menores pontuações a este nível, igualmente sem significância estatística. Estes dados poderão eventualmente ser explicados pelo tamanho da amostra, pois com uma amostra maior seria mais fácil identificar efeitos estatisticamente significativos.

Quanto à autoeficácia para a negociação do preservativo, os homens referem adotar mais comportamentos sexuais seguros (obtendo maiores pontuações, apesar de não terem significância estatística), principalmente os que se identificam como “homossexuais” ou “toxicodependentes”, o que revela o seu maior conhecimento relativamente ao risco de infecção por VIH. São as que se identificaram como “prostitutas”, aquelas que menores pontua-

ções obtiveram neste questionário, revelando (apesar das várias campanhas em marcha junto desta população no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis) que estas têm relações sexuais (de risco) com múltiplos parceiros, sem usar ou pedir a estes para usarem preservativos. Os resultados relativos ao género, apesar de não serem estatisticamente significativos, poderão sugerir diferenças de poder subjacentes a estes grupos, espelhando as dificuldades acrescidas que as mulheres enfrentam, também neste domínio que envolve a sua sexualidade, o seu corpo e a respectiva protecção, com impacto significativo na sua saúde, mesmo tratando-se de uma esfera onde a profissionalização e a autonomia eventualmente associados ao trabalho sexual poderiam fazer prever outro tipo de controlo sobre si próprias, de sublinhar que os valores obtidos pelas mulheres da nossa amostra foram mais baixos, quer em relação ao questionário de avaliação da autoeficácia em geral quer mais especificamente em relação à autoeficácia na negociação do preservativo, reforçando uma leitura mais transversal destes valores. Acresce ainda que os indivíduos que tomam medicação, ou seja, que se encontram em tratamento para a infeção, são os que apresentam maior autoeficácia na negociação do preservativo, o que pode reflectir a sensibilização que é feita pelos profissionais de saúde, no domínio da prevenção, junto destes doentes. Estes dados, que se revelaram estatisticamente significativos, traduzindo um efeito relevante desta variável relativa ao tratamento na autoeficácia dos respectivos utentes, poderão reforçar os benefícios decorrentes da adesão ao tratamento farmacológico não só do ponto de vista das variáveis fisiológicas e relativas aos indicadores virais, mas também ao nível de variáveis psicológicas, como é o caso da percepção de autoeficácia geral e relativa à negociação do preservativo. Esta associação do tratamento farmacológico à percepção de autoeficácia dos respectivos utentes poderá assim apontar para a necessidade de se intencionalizar o acompanhamento terapêutico destes utentes, não só do ponto de vista dos respectivos ganhos terapêuticos, mas também dos benefícios psicossociais decorrentes da sua integração e acompanhamento no sistema de saúde. Estes

resultados são assim, especialmente relevantes face a uma condição clínica que, inequivocamente afecta não só o sistema imunitário mas a própria relação do indivíduo consigo próprio e com os outros, que importa assim também atender e empoderar. Isto se considerarmos, que é em larga medida pela adopção de comportamentos promotores de saúde e de protecção da transmissão, que a prevenção e o tratamento desta infecção dependem.

Este resultado poderá, no entanto, estar também associado a algumas características sociodemográficas destes doentes que poderão logo à partida potenciar estas vantagens terapêuticas, pois a indicação para o tratamento depende também do próprio estilo de vida, uma vez que a adesão à terapêutica implica condições de vida compatíveis com a toma diária e sistemática de uma medicação com custos económicos muito elevados, pelo que apenas quando as condições de vida e o estilo de vida o permitem, é que existe indicação para integrar o tratamento. Assim sendo, é possível considerar que estes utentes em tratamento são também aqueles que evidenciam condições de vida mais favoráveis, o que os predispõe simultaneamente para uma maior capacidade negocial e um empoderamento acrescido na gestão das suas relações sexuais e na protecção do seu corpo e da sua saúde. Em todo o caso, apenas um *design* metodológico experimental nos permitiria testar estas hipóteses causais, pelo que podemos apenas apontar possíveis associações e formular hipóteses explicativas que poderão merecer investigação futura.

5. Conclusão

Segundo a UNAIDS (2017), os dados a nível mundial revelam que o número de pessoas infectadas pelo VIH aumentou de 27.7 milhões de pessoas, no ano 2000, para 36.7 milhões no ano de 2016. Sabe-se que existe um conjunto de fatores de risco que aumentam a suscetibilidade à doença, como é o caso dos fatores de risco socioeconómicos (e.g., nível de escolaridade, nível económico), comportamentais (e.g., relações sexuais desprotegidas, ado-

ção de comportamentos sexuais de risco), psicossociais (e.g., problemas de saúde mental), sociocognitivos (e.g., autoeficácia) e socioculturais (normas e valores sociais) (Wingood & DiClemente, 2002; Grmek, 2004; Costa, 2006).

Estes dados suscitam preocupações na prevenção do VHI/SIDA, nomeadamente através da sensibilização para a adoção de comportamentos sexuais seguros, uma vez que, por exemplo, no nosso País, este é o principal meio de transmissão da doença. Têm sido elaboradas várias intervenções ao nível do comportamento e as mesmas têm revelado ter grande utilidade neste domínio (Costa, 2006), apesar da sua eficácia estar ainda aquém das expectativas dos investigadores e profissionais de saúde.

Sendo a autoeficácia uma variável considerada como fundamental para a adoção de comportamentos preventivos face ao VIH, procurou-se no presente, aprofundar algum conhecimento sobre esta nos indivíduos portadores de VIH/SIDA.

Neste estudo, verifica-se que a população tem pouca escolaridade, 1º e 2º ciclo, com número aproximado de ambos os géneros. A maior parte, são heterossexuais e toxicod dependentes e com o diagnóstico de HIV há mais de 2 anos. Os homens aderem mais ao uso de preservativo e o uso deste está diretamente relacionado à adesão ao regime terapêutico.

Deste modo, para promover mudanças eficazes de comportamento, é fundamental envolver a população no regime terapêutico, sendo os profissionais de saúde um veículo de promoção de comportamentos e estilos de vida adequados, de forma a minimizar os riscos e consequências da não vigilância destes indivíduos. É necessário apostar em medidas concretas de acompanhamento destes utentes, de forma a reduzir os riscos para a saúde pública e para a degradação do estado de doença, social e económico desta população.

5.1. Limitações do estudo e dos resultados obtidos

A maior parte das limitações deste estudo prende-se com questões metodológicas, desde logo, a amostra ser de tamanho reduzido e natural de um único serviço (não aleatória), prejudicando a generalização dos resultados à população geral. Por outro lado, e dado que a avaliação foi feita num único momento, não foi possível o acompanhamento dos participantes do estudo em relação à evolução das suas práticas sexuais ou do impacto da adesão ao tratamento, o que requereria um design experimental pré e pós adesão terapêutica, desejavelmente complementado por um design longitudinal que permitisse avaliar a evolução destas variáveis ao longo de um tratamento que é, por natureza, de longo prazo e que dado o carácter crónico da doença, deverá acompanhar estes utentes por toda a sua vida, justificando-se o estudo das suas implicações médicas mas também psicossociais, assumindo-se uma visão alargada e contextualizada da saúde e da doença, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS), define a saúde como sendo o estado completo de bem estar físico, mental e social.

Para além disso, os instrumentos utilizados caracterizam-se pelo autorelato, e, apesar de apresentarem uma boa consistência interna, não incluem outras dimensões em torno desta problemática, tais como entender se os conhecimentos sobre a doença eram anteriores ou posteriores à mesma, se os comportamentos de risco persistem após o conhecimento da infeção VIH e se existem diferenças de comportamento sexual, no sentido da prevenção da infeção.

Acrescenta-se ainda, que o facto de os indivíduos saberem que as suas respostas seriam parte complementar num estudo pode ter influenciado os resultados, e consequentemente terem procurado dar as respostas que consideravam mais adequadas para o estudo em questão, remetendo para questões de desejabilidade social.

Também o uso de um questionário sociodemográfico pouco explorador limitou os resultados. Por exemplo, poderiam ter sido estudadas as relações entre preditores da autoefi-

cácia, tais como fatores religiosos, profissão, ambiente familiar (e.g., existência de filho/s, ocorrência de separações), reação da família à doença, cuidados tomados com os outros após ter tido o conhecimento da doença e violência por parte do parceiro (Cianelli, et al., 2012).

5.2. Sugestões e investigações futuras

Mesmo com as limitações supracitadas, o resultado do presente estudo torna-se relevante para a compreensão dos comportamentos de risco das pessoas infectadas com VIH/SIDA.

Dessa forma, o desenvolvimento de investigações similares em diferentes regiões geográficas, com diferentes abordagens metodológicas, é importante para subsidiar o trabalho dos psicólogos e dos profissionais de saúde, na deteção de possíveis comportamentos de risco e no planeamento de estratégias de prevenção e controlo adequadas para essa população específica.

6. Bibliografia

- Adjei, J., Gyimah, S. & Tenkorang, E. (2010). Perceptions of HIV/AIDS risk and sexual risk-taking of young people in Ghana. *Canadian Journal of Development Studies*, 31 (3), 439-457. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/288703003>
- Aldiz, I., & Doroana, M. (2006). *25 perguntas frequentes sobre a infeção por VIH*. Lisboa: Permanyer.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Almeida, R. (2010). *Avaliação dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA da população geral*. (Tese de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/53368>
- Alvarez, M.J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Antunes, F. (2004). Terapêuticas Anti-retrovirais: Sucessos e limitações. In H. Lecour & R. Sarmiento-Castro (Eds.), *Infeção VIH/SIDA: 2º Curso de Pós-Graduação* (pp. 317-324). V. N. Famalicão: GlaxoSmithKline.
- Antunes, F. (2008). *Manual sobre SIDA* (3ª Ed.). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Antunes, L., Camargo, B., & Bousfield, A. (2014). Representações sociais e estereótipos sobre AIDS e pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16 (3), 43-57.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV Infection. In R.J. DiClemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum.
- Barbará, A., Sachetti, V.A., & Crepaldi, M.A (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 331-339.

- Belza, M., Fernandez-Balbuena, S., Fuente, L., Hoyos, J., Ruiz, M. & Sordo, L. (2013). Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society*, 16 (1), 237-239. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651516/>
- Bertolli, J., Lapidus, J., McGowan, K., & Sullivan, P. (2006). HIV-related risk behaviors, perceptions of risk, hiv testing, and exposure to prevention messages and methods among Urban American Indians and Alaska Natives. *AIDS Education and Prevention*, 18(6), 546-559. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17166080>
- Bharti, A., Meena, L., Pandey, S., Rai, M. & Sunder, S. (2012). Knowledge, attitude, and practices (kap) study on HIV/AIDS among HIV patients, care givers and general population in north-eastern part of India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2 (1), 36-42. Disponível em: <https://www.ejmanager.com/mnstemps/67/67-1346932325.pdf?t=1412696748>
- Cade, J., Clapp., Smith., L., Reily, T., & Woodruff, S. (2010). Unsafe sex among HIV positive individuals: Cross-sectional and prospective predictors. *Journal Community Health*, 2 (1), 115-123. Disponível em: http://www.thomreillypublications.com/docs/unsafe_sex...J_Comm_health.pdf
- Caetano, M. (2001). *Lições de SIDA – Lições de vida*. Porto: Âmbar.
- Cardoso, A. (1999). *Prevenção da SIDA em Jovens*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Faculdade de Ciências de Educação, Universidade do Porto.
- Carvalho, M., & Baptista, A. (2017). Modelos teóricos acerca dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, 1 (1), 163-181. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rlmente/article/view/968>

- Cianelli R, Villegas N, Gonzalez-Guarda R, Kaelber L, Peragallo N. HIV susceptibility among Hispanic women in south Florida. *Journal of Community Health Nursing*. 2010, 27 (4), 1-9. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07370016.2010.515458>
- Chen, Y., Raymond, F., McFarland, W., & Truong. H. (2010). HIV risk behaviors in heterosexual partnerships: Female knowledge and male behavior. *AIDS and Behavior*, 14, 87-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19365720/>
- Costa, E.C.V. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da Sida e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o HIV*. (Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde). Braga, Universidade do Minho.
- Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., & Cardoso, S. M. (2016). VIH/SIDA: Situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. *Debater a Europa*, 14, 141-174. Disponível em: <http://impactum-journals.uc.pt/debatereuropa/article/view/3702/2910>
- Dieter, A., Grobler, A, Loggerenberg, F., Mlisana, K., Sobieszcyk, M. & Werner, L. (2012). HIV Prevention in High-Risk Women in South Africa: Condom Use and the Need for Change. *Plos One*, 7, 1-7. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0030669>
- Diniz, A., Matos, M., Rameiro, L. Reis, M. (2013). Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health & Medicine*, 19 (5), 614-624. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2013.845299>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). *Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2*. Versão 1.0. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-versao-10-2015.aspx>

Dimbuene, Z. & Defo, B. (2011). Fostering accurate HIV/AIDS knowledge among unmarried youths in Cameroon: Do family environment and peers matter? *BMC Public Health*, 11, 1-12. Disponível em:

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-348>

DGS - Direção-Geral da Saúde (2012-2016). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016*. Disponível em: <http://www.pnvihsida.dgs.pt/>

DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). *Recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2, versão 1.0 2015*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-versao-10-2015.aspx>

Essén, B., Högberg, U., Ugarte, W. & Valladares, E. (2013). Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 37 - 44. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575612000523>

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2014). *Thematic report: Eastern Europe unlikely to reach 90-90-90 target by 2020. 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS)*. Barcelona.

Ferreira, M., & Rodrigues, E.V. (2012). A infecção VIH/SIDA e o mundo do trabalho: desenvolvimentos teóricos e intervenção. In I. Dias (Coord.), *Diagnóstico da infecção VIH/SIDA: Representações e efeitos nas condições laborais* (Cap. 1., pp. 7-20). Lisboa: LIDEL.

- Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (2011). Handbook of sexuality-related measures (3Eds Edition). New York: Taylor & Francis.
- Gómez. O., & Pérez. M. (2009). Historia Y teorías de la aparición del vírus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38 (3-4), 63-72.
- Grmek, M. (1995). O enigma do aparecimento do AIDS. *Estudos Avançados*, 9 (24), 229-239.
- Grmek, M. (2004). *História da SIDA*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Hayes, R., Kapiga, S., Padian, N., McCormack, S. & Wasserheit, J. (2010). HIV prevention research: Taking stock and the way forward. *AIDS*, 24 (SUPPL 4):S81-S92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154649/>
- Herek, G. & Capitano, J.P. (1993). Public reaction to AIDS in the United States: A second decade of stigma. *American Journal of Public Health*, 83 (4), 574-577. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.83.4.574>
- Herzuch, C., Pierret, J. (1988) Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 15, 71-101.
- Idris, K., Othman, J. Kaugama, H., & Uli, J. (2012). HIV/AIDS prevention: Influence of HIV knowledge, self-efficacy, parent and peer influence, social support, culture and government policy in preventive health behavior in Jigawa State, Nigeria. *International Journal of Basic and Applied Sciences*, 1 (4), 477-489. Disponível em: <https://www.sciencepubco.com/index.php/ijbas/article/view/381>
- INSA (2014). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013*. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2448/3/INSA-Relatorio_Infecao_HIV-SIDA_2013.pdf

- Joffe, H. (1995). Social representation of AIDS: Towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representation*, 4 (1), 29-40. Disponível em: http://www.psr.jku.at/PSR1995/4_1995Joffe.pdf
- Lammers, J., Sweder, J., Willebrands, V. & Wijnbergen, D. (2013). Condom use, risk perception, and HIV knowledge: A comparison across sexes in Nigeria. *HIV/AIDS. Research and Palliative Care*, 3, 283-293. Disponível em: Lotfi, R., Hajizadeh, E. <https://www.dovepress.com/condom-use-risk-perception-and-hiv-knowledge-a-comparison-across-sexes-peer-reviewed-article-HIV>
- Louw, J., Peltzer, K. & Chirinda, W. (2012). Correlates of HIV risk reduction self-efficacy among youth in South Africa. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23251106>
- Mansinho, K. (2007). As viagens de Gulliver pelos territórios do VIH: Da patogénese à prevenção. Boletim do Centro de Informação do Medicamento. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2275.pdf
- Martins, A.L. (2012). *Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em mulheres Moçambicanas: Estudo de preditores de Comportamentos de Risco e Teste da Eficácia de uma Intervenção Psicossocial*. Braga: Universidade do Minho.
- Miller, S. (2011). *Managing HIV: Self-efficacy, mindfulness, optimism, and meaning*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Norte do Texas. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7270/4b8bf8045f9f04a66f6b8eea81bcea7b5fb5.pdf>
- Moliner, P., & Vidal, J. (2003). Stéréotype de la catégorie et noyau de la représentation sociale. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1, 157-175.
- Montagnier, L. (1994). *Vírus e homens: O combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Moreno, M. J. C. (2004). *VIH 2004*. Flying Publisher.
- Oliveira, A. (2014). *VIH/SIDA e Comportamentos de Risco: Monotorizar a Evolução*. (Tese de Doutoramento), Universidade de Medicina, Coimbra.
- Paiva, V. & Alonso, L. (1992). *Em tempos de AIDS viva a vida*. São Paulo: Summus.
- Reid, A. E., & Aiken, L. S. (2011). Integration of five health behaviour models: Common strengths and unique contributions to understanding condom use. *Psychology & Health*, 26, 1499-1520.
- Sontag, S. (1989). *A Doença como Metáfora. A Sida e as Suas Metáforas*. São Paulo: Quetzal Editores.
- Schoub, B. (1994). *AIDS e HIV in perspective: A guide to understand the virus and its consequences*. (2 ed.) Cambridge: University Press.
- Teles, L. & Amaro, F. (2006). *A SIDA em Portugal e o contexto sociopolítico*. Lisboa: Fundação N.S. do Bom Sucesso.
- Tehrani, F. & Yaghmaei, F. (2012). Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: A qualitative study from Iran. *Women`s Health*, 12, 1-10. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-12-13>
- Tura, L. F. R. (1998). *Aids e estudantes: A estrutura das representações sociais*. In D. Jodellet & M. Madeira (Orgs.), *Aids e representações sociais: A busca de sentidos* (pp. 121-154). Natal: Edufrn.
- Treisman, G. J. & Angelino, A. F. (2004). *The psychiatry of AIDS. A guide to diagnosis and treatment*. The John Hopkins University Press. Baltimore and London: JHU Press.
- UNAIDS (1999). *Sexual risk behavioural change for HIV: Where have theories taken us?* Disponível em: <http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/>

- UNAIDS (2007). *Combination HIV Prevention: Tailoring and coordinating Biomedical Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf
- UNAIDS (2012). *2012 UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf
- UNAIDS (2014). *90-90-90*. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141025_SP_EXD_Vietnam_launch_of_909090_en.pdf
- UNAIDS (2016). *Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)*. Disponível em: <https://unaids.org.br/2016/11/novo-relatorio-do-unaids-mostra-que-182-milhoes-de-pessoas-estao-em-terapia-antirretroviral-em-todo-o-mundo/>
- UNAIDS (2017). *Strengthening HIV Primary Prevention*. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/five-thematic-discussion-papers-global-HIV-prevention-roadmap_en.pdf
- Villaverde Cabral, M.V., & Silva, P.A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Volberding, P.A. (2004). Início da terapêutica para VIH. *Postgraduate Medicine*, 22 (1), 83-90.