

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**Mudanças na Vida Sexual Após O Sorodiagnóstico Para o**  
**HIV: Uma Comparação Entre Homens e Mulheres**

**Lígia Polistchuck**

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção  
do título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração:  
Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Professor Dr. Ivan França Junior

**São Paulo**  
**2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

## Apresentação

“Parece às vezes que desperto  
E me pergunto o que vivi;  
Fui claro, fui real, é certo,  
Mas como é que cheguei aqui?”

Fernando Pessoa.

Falar do nosso percurso não é uma tarefa fácil. Parece impossível não deixar de fora partes do caminho. Mas aí deve ser porque a parte do caminho que ficou na memória é a parte que atentamos e que marcou nossa vida. Até hoje não esgotei as explicações em relação às minhas escolhas. Prefiro então procurar alguns dos caminhos que me levaram às escolhas e os desdobramentos destas escolhas. Muito confuso? Vamos ver.

Fui para a faculdade de Psicologia, na USP, e pra isso me mudei de Santo André pra São Paulo. Não dá nem pra contar como mudança, de tão próximas as cidades. Mas eu senti. A liberdade, a felicidade, o medo, a responsabilidade, os exageros, as frustrações, enfim. O mundo se mostrava infinito. E eu queria agarrar tudo o que aparecia na minha frente: várias optativas, vários estágios, vários esportes. No meio do caminho, óbvio, algumas coisas se perdiam. Tive que aprender a abrir mão de algumas coisas. Fiz muitos estágios, em diversas áreas, mas na área de Saúde Pública ou relacionada a DST e/ou HIV não. Prestei alguns aprimoramentos, passei na Casa da Aids e na Faculdade de Saúde Pública. Quando escolhi, com dificuldade extrema, fiquei na Casa da Aids, onde já havia iniciado. Os aprendizados que vieram de tal escolha me levaram a outros lugares. Meus pacientes questionavam os limites; o médico disse, o remédio faz isso, pode desse jeito, não pode mesmo do outro jeito? Muitas dessas questões eram relacionadas à vida sexual. Dúvidas, dificuldades de adaptação, passividade frente ao discurso médico, mas uma resistência importante ao se deparar com a vida real. *A camisinha me faz brochar, minha esposa já tem o vírus, eu não tenho, mas homem não pega de mulher, eu não peguei até agora....eu não vou mais fazer sexo, eu tenho medo de infectar alguém...eu tenho nojo do meu parceiro que fez isso comigo....por que eu tenho que falar de camisinha se o outro não fala? Ele é quem tem que se responsabilizar pela própria saúde...*

Essas são algumas das falas lembradas, falas que me instigavam sobre o meu papel como psicóloga, bem como os pedidos dos infectologistas para que conscientizássemos os pacientes que deveriam começar a tomar a medicação sobre este início. E a ginecologista que queria que fizéssemos algo com as mulheres que sumiam e voltavam grávidas. E o grupo de adesão para os pacientes com problemáticas em aderir ao tratamento, ou quaisquer outras problemáticas. Esse era o único grupo estabelecido naquela época, era difícil mesmo ter para onde encaminhar. Fora quando eu era chamada porque um paciente estava chorando durante a consulta com infecto. Afora as questões que não quero me ater nesse momento, uma demanda frente à vida sexual estava sendo realizada, pelos pacientes, pela ginecologista. Do que estava se falando?

No consultório e durante o aprimoramento, o encontro com sexualidades diversas, não hegemônicas e os questionamentos trazidos frente à vida sexual de pacientes positivos ou não, mas tendo a aids como uma das preocupações em ambos os casos, me “empurraram” para muitos dos questionamentos que deram luz a este trabalho.

A monografia do aprimoramento me colocou em contato com os estudos de gênero, já que o tema se relacionava com sexualidades masculinas e HIV/Aids. Esse contato me despertou interesse, tal como a pesquisa científica. Procurei algum caminho para o mestrado e encontrei com o Ivan, quer dizer; pedi muito insegura, que ele lesse meu projeto, quando eu fazia um trabalho de declaração de gastos para a Fapesp de um de seus projetos. Para minha surpresa e alegria, ele devolveu a um projeto cru e sem brilho uma proposta super interessante e cheia de desafios. Ao menos pra mim, que confesso não ter na pesquisa quantitativa muito *know how*, assim como a grande parte dos psicólogos. Não sendo um *outlier*, penei para aprender a estatística necessária para realizar o estudo. Hoje sei mais de estatística e de Stata do que jamais poderia sonhar. Não sei muito, sem afobações, mas eu sabia bem pouquinho.

Foi um esforço, admito, mas faria tudo de novo, e sei que poderia ter feito melhor. No final, cada um faz o que pode, e eu continuo tentando.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao meu orientador, Ivan França Junior, por ter acreditado que eu conseguiria realizar este trabalho, pela generosidade na forma como ensina, com que ouve, compreende as aflições e diz “vai dar certo” quando é só isso que eu precisava ouvir. Pelo bom-humor leve, pelas conversas, por tentar me ensinar a dar o peso cabido às coisas. Obrigada por me ensinar como se ensina.

Agradeço aos membros da banca e também responsáveis pelos bancos de dados, primeiramente por autorizarem o uso dos dados para o estudo. Ao José Ricardo Ayres, pelas sugestões ricas na qualificação e pré-banca, pela maneira compreensiva com a qual enxerga o esforço de quem começa seu trajeto acadêmico e ainda pelo encontro breve e incrível com a Filosofia, aulas incríveis e de uma didática que impressiona.

À Vera Paiva, por ter me apresentado ao Ivan, pelas sugestões cruciais na qualificação e pré-banca, pelas aulas que contribuíram imensamente para este trabalho e pela firmeza com a qual ensina.

Ao Carlos Tavares, pelo auxílio na parte estatística do trabalho.

À Claudinha, pelo auxílio também na parte estatística do trabalho, por conseguir ouvir minhas dúvidas muitas vezes esdrúxulas e por compartilhar muitas das angústias acadêmicas que vivenciei. Tenho certeza que será uma professora extraordinária. Na verdade, você já é.

À Andréa, que me auxiliou nas categorizações, pelo tempo curto mas sempre gostoso de convivência.

À professora Sabina, que me ensinou estatística como quem ensina a andar, com uma paciência de mãe.

À Cely, que mesmo com o tempo e a distância está sempre disponível pra ajudar e ensinar. Que sorte de seus alunos.

Aos queridos da secretaria, Iara, Leandro e Lívia, que me receberam tão bem no departamento, que sempre me salvaram quando eu tinha dúvidas de funcionamento dos trâmites da pós. Em especial à Iara, pelos papos de corredor, pela conversa tão solta e boa.

Aos meus amigos, grandes presentes desta jornada, Ju e Thiago, pelas trocas incríveis, pela possibilidade de construirmos idéias, por compartilhar comigo coisas bobas do mestrado, por entender minhas inseguranças e pela amizade tão boa, regada a conversas no bar e muitas, muitas risadas. Muito obrigada por terem revisado o trabalho!

À Nati e à Má, amigas queridas, por fazerem parte da minha vida, compartilhar questões tão complexas da nossa existência, pelas conversas deliciosas e sem fim.

Aos meus pais, que me apoiaram incondicionalmente nas minhas escolhas e investimentos acadêmicos. À minha mãe, pelo carinho, pelo colo, e por sempre achar uma bobagem todas as minhas angústias, pois tudo o que eu faço é sempre lindo para ela. Ao meu pai, por sempre achar que eu consigo fazer tudo a que me proponho, porque, afinal, sou filha dele.

À outra mãe/tia que ganhei, à Sônia, pelo carinho, pela amizade, pela disponibilidade, pelo apoio e por cuidar tão bem de todos nós.

Aos meus irmãos. Ao Deco, pela amizade, pelas conversas, pelo carinho, pelo orgulho mútuo que compartilhamos. Ao Dani, pela amizade, pelo carinho, por me ajudar a instalar o Stata no meu notebook.

A todos os meus amigos queridos que de alguma forma fizeram parte dessa jornada: Ni, Lan, Lí, Sara, Rê, Lê, Edu, TC, Fe, e outros que talvez eu não me lembre porque minha memória anda incrível neste momento.

Ao grande amor da minha vida, companheiro das aventuras trilhadas e ainda por vir, do cotidiano que ele transforma em leveza, que me apóia e me ama do jeito que eu sou. Obrigada por me entender, me deixar brigar quando precisei, me deixar trabalhar nos fins de semana, me mimar tanto e por ser assim, do jeito que você é; tão lindo, sensível, generoso e amoroso. Tenho sorte de você ter me ensinado que a vida é um caminho, e ter me escolhido para caminhar ao seu lado. Samar, querido, amo você todos os dias, todos os dias.

*Este trabalho contou com o apoio financeiro do CNPq e da FAPESP.*

## Resumo

Polistchuck L. **Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: uma comparação entre homens e mulheres.** São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública]

Após a disponibilização dos antirretrovirais (ARV), a sexualidade dos portadores de HIV/Aids passou a ser mais frequentemente estudada, especialmente com enfoque na prevenção e no risco. *Objetivos:* Descrever a vida sexual de portadores de HIV/Aids e identificar as associações da piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV com variáveis relativas às características socioeconômicas, à vida sexual, ao uso do ARV e dos serviços de saúde. *Métodos:* Os dados utilizados procedem de dois estudos transversais com 250 homens e 729 mulheres portadores de HIV/Aids (amostras consecutivas), realizados em dois centros de referência para o HIV/Aids da cidade de São Paulo, entre setembro de 1999 e fevereiro de 2002. A resposta para a questão sobre a mudança na vida sexual, após o diagnóstico de HIV/Aids de cada questionário, foi avaliada e categorizada como piora ou não. A comparação foi realizada entre os grupos de homens e mulheres em relação à piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV. Fatores associados foram estimados por regressão múltipla de Poisson. Os testes foram conduzidos em nível de significância de 5%. *Resultados:* Os homens relataram mais mudança negativa que as mulheres – 59% e 41%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). Para mulheres, os fatores associados às mudanças negativas na vida sexual, após o diagnóstico, foram: passar por dor ou desconforto físico no atendimento recebido no serviço de saúde, não ser atendida por enfermeiro, dificuldade de falar com ginecologista sobre a vida sexual, desejo de ter filhos/estar grávida, ausência de desejo de ter filhos e abstinência sexual. Fatores negativamente associados foram: renda entre 2 e 4 salários mínimos, via sexual de infecção para o HIV. Para homens, os fatores associados a mudanças negativas na vida sexual após o diagnóstico foram: desemprego e facilidade moderada de falar com psicólogo sobre a vida sexual. Fatores negativamente associados foram: número de parcerias sexuais durante a vida (pelo menos 6) e uso prévio de maconha. *Conclusões:* Os resultados parecem apontar para uma vulnerabilidade programática elevada das mulheres portadoras em relação ao desfecho, bem como vulnerabilidades individuais e sociais que acompanham roteiros de gênero específicos.

**Descritores:** pessoas vivendo com HIV/Aids, sexualidade, gênero, mudanças negativas, estudo transversal, vulnerabilidade.



## Abstract

Polistchuck L. **Changings in Sexual life after HIV serodiagnosis: a comparison between men and women. São Paulo; 2010.** [MSc Dissertation – Faculty of Public Health]

After Highly Active AntiRetroviral Treatment (HAART) became available, the sexuality of people living with HIV/Aids has been more frequently studied, especially focusing prevention and risk. *Objectives:* Describe sexual life of people living with HIV/Aids and identify the associations between worsening in sexual life after serodiagnosis and variables such as sociodemographic, related to sexual life, use of HAART, use and relation to healthcare services. *Methods:* The data came from two previous cross-sectional studies with 729 women and 250 men living with HIV/Aids in São Paulo (consecutive samples), carried out in two reference centers in the city, between September 1999 and February 2002. The answer to the question about changing in sexual life after the diagnosis of HIV/Aids in each questionnaire was rated and categorized as worsening or not. Comparison was done between men and women groups that showed worsening of sexual life after serodiagnosis. Associated factors were estimated by Poisson's Multiple Regression. The tests were conducted with a 5% significance level. *Results:* Men reported more negative changes in sexual life after diagnosis than women – 59% and 41%, respectively ( $p < 0.001$ ). Associated factors for women were: experiencing pain or physical discomfort when being attended by healthcare services, not being attended by a nurse, difficulty in talking about sexual life with the gynecologist; desire to have children/being pregnant, absence of desire to have children and sexual abstinence. Negatively associated factors were: monthly income of 2-4 minimum wages, sexual infection for HIV. In men, the associated factors were: unemployment, moderate easiness to talk to a psychologist about sexual life. Negatively associated factors were; sexual partnership through life (at least 6), previous or current use of marijuana. *Conclusions:* The results seem to point out to a high programmatic vulnerability of women regarding the outcome, as well as individual and social vulnerabilities of men and women, that accompany specific gender scripts.

**Keywords:** people living with HIV/Aids, sexuality, gender, cross-sectional study, vulnerability.

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>Introdução</b> .....	<b>4</b>
1.1	A magnitude da epidemia de HIV .....	4
1.2	Sexualidade e HIV/Aids.....	5
1.3	Períodos da Epidemia .....	8
1.4	Saúde Sexual.....	13
1.5	Sexualidade na era dos antirretrovirais .....	15
1.6	Mudanças negativas na vida sexual de portadores .....	16
1.7	Disfunções sexuais e ARV .....	20
1.8	Vulnerabilidades e progressão da epidemia .....	21
1.9	Gênero, Sexualidades e HIV/Aids .....	24
1.10	Mulheres, homens, história do HIV. ....	28
1.11	Sujeitos sexuais, mundo positivo. ....	30
<b>2</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Metodologia</b> .....	<b>37</b>
3.1	Desenho do estudo: .....	37
3.2	Locais dos estudos: .....	37
3.3	População de estudo .....	38
3.4	Variáveis .....	40
3.4.1	Variável dependente .....	40
3.4.2	Variáveis independentes .....	42
3.4.3	Descrição da amostra .....	44
3.4.4	Procedimento de análise dos dados .....	46
3.4.5	Aspectos éticos .....	47
<b>4</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>48</b>
4.1	Diferenças entre homens e mulheres .....	48
4.2	Fatores associados às mudanças negativas na vida sexual.....	48
4.2.1	Mulheres.....	49

4.3	Fatores associados às mudanças negativas na vida sexual.....	60
4.3.1	Homens.....	60
<b>5</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>69</b>
5.1	Mulheres.....	73
5.2	Homens.....	79
<b>6</b>	<b>Considerações finais.....</b>	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>85</b>

## TABELAS

**Tabela: 1.**Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV/Aids, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 1999 e 2001 .....**51**

**Tabela: 2.**Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001 .....**57**

**Tabela: 3.**Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 2000 e 2002. ....**61**

**Tabela: 4.**Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001 .....**66**

## ANEXOS

**Anexo A** – Questionário Mulheres

**Anexo B** – Questionário Homens

**Anexo C** – Aprovação CaPPesq Homens

**Anexo D** – Aprovação CaPPesq Mulheres

## **Anexo E – Aprovação CEP- FSP**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A MAGNITUDE DA EPIDEMIA DE HIV

Até 2009, estimava-se que aproximadamente 33,4 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo [entre 33,1-35,8]<sup>1</sup>. Embora a porcentagem global de pessoas vivendo com HIV tenha se estabilizado desde 2000, o número absoluto de pessoas portadoras tem aumentado como resultado do crescente número de novas infecções a cada ano e maior acesso à terapia antirretroviral.

Segundo o *Report on the Global Aids Epidemic* (UNAIDS) de julho de 2008, a prevalência de adultos de 15 a 49 anos que vivem com HIV no Brasil é de 0,6% [0,5 – 0,8]. No Brasil, de 1980 a junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de aids. Neste período, 271.091 pessoas faleceram em decorrência da doença. A estimativa é que existam 630 mil pessoas infectadas no país<sup>2</sup>.

Com relação à categoria de exposição, entre homens adultos há maior transmissão pela via heterossexual (45,1%). Entre mulheres, o predomínio da forma de transmissão é heterossexual desde o início da epidemia<sup>3</sup>.

No período de 1995 a 1999, a taxa de letalidade da aids caiu para 50%<sup>4</sup>. A partir de 2000, o coeficiente de mortalidade vem se mantendo estável no país, em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes. Nos últimos oito anos, o número de mortes por aids caiu entre os homens, mas em mulheres mantiveram-se estáveis. Em 2000, foram registrados 3,7 óbitos por aids em cada 100 mil mulheres. Em 2008, o coeficiente foi de 4,1 (este aumento não é considerado estatisticamente significativo). Entre homens, observou-se a diminuição de óbitos a partir de 1998 (de 9,6 registros por 100 mil habitantes, em 1998, para 8,1, em 2008)<sup>5</sup>.

## 1.2 SEXUALIDADE E HIV/Aids

A epidemia parece marcar o mundo entre positivos e negativos e, ainda, principalmente num primeiro momento, entre as pessoas em risco e as restantes. Muitas pessoas, não identificadas como pertencentes aos “grupos de risco” primeiramente apontados com a descoberta da epidemia, não se percebiam vulneráveis à infecção pelo HIV (mulheres casadas, homens heterossexuais, jovens, idosos, etc.)<sup>6</sup>.

No que se refere à sexualidade, segundo Costa (1995)<sup>7</sup>, “a epidemiologia da aids trouxe a público a homossexualidade: governos e instituições médicas tiveram que reconhecer a existência das relações homossexuais”. Desta forma, muitos estudos relativos às formas de intervenção para prevenção foram destinados a estes que foram chamados “grupos de risco”. “Felizmente, logo se percebeu que culpar os homossexuais pela difusão da aids faz tanto sentido quanto culpar o ato de respirar pelas doenças da poluição”<sup>8</sup>. Constrói-se a sensação de que vivemos numa cultura na qual sempre precisamos achar algum culpado.

Desde o início da epidemia até os dias de hoje, uma grande parte dos estudos destinou-se a pesquisar o HIV/Aids relacionado à homossexualidade masculina<sup>9,10,11</sup>. Provavelmente, isto se deve a um número de casos, ainda considerado alto, de infecção por via sexual homossexual e ao risco elevado atribuído ao contato sexual por via anal<sup>12</sup>. Em sua maioria, estes estudos foram realizados com objetivo de promover discursos e práticas de prevenção frente à transmissão do HIV. Outra variável de interesse para os estudos de prevenção é a modificação do comportamento – e se de fato isto ocorreu – após o advento e uso da terapia antirretroviral (ARV). Rice et al<sup>13</sup> realizaram um estudo comparando sexo “não protegido” entre homens jovens vivendo com HIV antes e depois do advento da terapia (época pré-terapia: 1994 a 1996; época pós-terapia: 1999 a 2000). Eles relataram um aumento da prevalência de sexo desprotegido entre a amostra pós-ARV, equivalente a mais da metade da

prevalência na amostra pré-ARV (62% vs. 25%). Em estudo posterior<sup>14</sup>, realizado após um ano de uso de ARV numa coorte de adultos no Kenya, encontrou-se diminuição de sexo desprotegido, embora uma proporção significativa da coorte não tenha adotado práticas de prevenção.

Greco et al (2007)<sup>15</sup> realizaram um estudo transversal em uma coorte de homo e bissexuais HIV negativos, no qual descreveram que as situações de risco para o HIV foram mais freqüentes entre homens que relataram atividade sexual com homens e mulheres. Os comportamentos sexuais e de proteção dos bissexuais diferiram conforme sexo e vínculo com o parceiro(a). Maiores proporções de sexo desprotegido foram relatadas nas relações sexuais com mulheres. Ou seja, parece que com as mulheres (como parceiras) e entre as mulheres (como sujeitos da prática sexual) as práticas preventivas foram menos prevalentes neste estudo. Outro estudo exploratório com mulheres relacionou os efeitos do uso do preservativo no prazer da relação e observou que estes efeitos podem ser considerados fatores preditores do uso inconsistente do preservativo<sup>16</sup>. Outro estudo relacionou também a baixa proporção de uso de preservativo entre as mulheres com uma baixa percepção de risco em relação à DST/Aids, mulheres estas em uniões estáveis ou casadas<sup>17</sup>.

No Brasil, embora haja mais notificações de casos de aids relativos às pessoas do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia vem se mostrando maior entre as mulheres do que entre os homens.<sup>18</sup>

Estudos relativos a mulheres vêm ganhando maior espaço<sup>19,20</sup>, tendo em vista o número crescente de infectadas por via heterossexual<sup>21</sup> e, em especial, o aumento do número de infecções entre mulheres de relacionamentos estáveis. Isso abre espaço para discussões sobre o papel das mulheres e dos homens dentro dos casamentos e relacionamentos; os significados de cada um frente ao sexo; as possibilidades de negociação e as relações de poder que se estabelecem nos relacionamentos. As relações de gênero atravessam os cenários sexuais e, por esta razão, alguns estudos investigam de que forma

estes cenários podem ser mudados, e as relações reformuladas, de maneira mais balanceada em muitos sentidos.

Santos et al<sup>22</sup> descreveram um estudo exploratório realizado com 148 mulheres portadoras que responderam a um questionário contendo questões sobre variáveis sociodemográficas tais como idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, dependência financeira, além de questões sobre comportamento sexual e reprodutivo, entre outras. Apenas 19% das mulheres se sentiam confortáveis em relação ao sexo e a maioria delas disse que o HIV mudou sua vida sexual, dado o medo de infectar os parceiros.

Com relação aos homens que fazem sexo com mulheres, observou-se uma grande proporção de pesquisas que buscaram descobrir formas mais eficazes de introduzir os métodos de prevenção dentro de um cotidiano que, entre outras coisas, define a masculinidade como nunca recusar uma mulher, ser imune a doenças, acreditar que homem tem maior necessidade de sexo que mulher e que tal desejo é incontrolável<sup>23</sup>. Nessas pesquisas são discutidas relações de poder, pois a masculinidade pode, muitas vezes, estar associada e arraigada a uma impossibilidade de recusar uma relação sexual ou forçá-la, o que dificulta a inserção de elementos que envolvam escolha, tal como o uso de preservativo<sup>24</sup>. Contudo, tais investigações se atêm aos homens heterossexuais soronegativos. A sexualidade de homens que fazem sexo com homens e homens que fazem sexo com mulheres é tematizada com vistas à prevenção do HIV. Quer dizer, grande parte dos estudos enfoca evitar a transmissão do HIV e, não necessariamente, as questões relacionadas à vida sexual das pessoas. Os comportamentos sexuais são parte dos estudos, apenas por ser a maneira pela qual se pode prevenir.

Hoje, alguns estudos questionam o papel e a visibilidade dos homens heterossexuais no discurso preventivo. Chamam a atenção para a reprodução de papéis masculinos que se referem a um modelo hegemônico de masculinidade, ao homem que não quer e/ou não pode se responsabilizar por



sua saúde. Os programas de prevenção e espaços institucionais, de forma bastante coerente, ao focalizarem os esforços na vulnerabilidade das mulheres, possibilitando maior flexibilidade de papéis do feminino; de maior empoderamento; menor vulnerabilidade e maior instrumentalização frente a situações de negociação, acabam por reproduzir o padrão masculino hegemônico, não incluindo os homens em posições de cuidado à própria saúde e de sua(s) parceira(s)<sup>25</sup>.

No entanto, ainda existem poucos estudos que analisaram a influência de fatores psicossociais, assim como a experiência de viver com HIV, suas repercussões e as repercussões do tratamento associado às dificuldades sociais.

### **1.3 PERÍODOS DA EPIDEMIA**

No primeiro período da epidemia, de 1981 a 1984, houve uma busca por fatores de risco associados à nova doença, ainda desconhecida em sua etiologia e distribuição, através de estudos epidemiológicos. Rapidamente, surge a noção de grupos de risco.<sup>26</sup>

As primeiras campanhas feitas em Nova York e São Francisco em 1983 relacionavam o terror do desconhecido em relação ao HIV e o sexo. As descrições epidemiológicas identificavam alguns grupos nos EUA em maior risco para o desenvolvimento da aids. Embora a causa da doença ainda permanecesse desconhecida, o serviço de Saúde Pública recomendava que “o contato sexual com pessoas suspeitas, ou sabidamente com aids, deveria ser evitado. Membros de grupos de alto risco deveriam ser alertados de que a múltipla parceria sexual aumentava a probabilidade de desenvolvimento da aids.”<sup>27</sup>

Os grupos de alto risco referidos nos EUA eram os homossexuais, hemofílicos, haitianos e os usuários de heroína. Estes, em especial os dois

primeiros, passaram a ser os primeiros alvos das estratégias de prevenção e de exclusão, quer dizer, basicamente, as estratégias se referiam à abstinência e isolamento. Abstinência de relações sexuais, de uso de drogas injetáveis e não doação de sangue.

A abstinência sexual como estratégia preventiva, contudo, não se restringiu ao início da epidemia. A política do ABC (*abstinence, be faithful, condom use*) implementada em Uganda, por exemplo, teria redundado em mudanças positivas de comportamento com um papel na redução das taxas do HIV no país.<sup>28</sup> Mas, ao contrário das asserções sociais conservadoras de que o caso de Uganda provou que uma mensagem de “abstinência somente” é o que faz a diferença, há controvérsias de que tal mensagem foi um fator significativo em Uganda.<sup>29</sup>

Em estudo realizado por Jemmott III et al (1998)<sup>30</sup>, 659 adolescentes afro-americanos foram recrutados para uma pesquisa que visava avaliar os efeitos da abstinência e do sexo seguro na redução do risco para o HIV. Observou-se que ambas as intervenções podem reduzir comportamentos de risco para o HIV, mas a intervenção relativa ao sexo seguro pode ser especialmente efetiva com adolescentes já sexualmente ativos e pode ter efeitos mais duradouros.

De maneira interessante, as intervenções em relação ao uso de drogas injetáveis e aos sujeitos a que se referiam foram as últimas a acontecer nesse período. Com relação aos haitianos, a entrada no país foi dificultada e a imigração proibida. Tais estratégias tiveram implicações morais importantes, criando um processo de estigmatização, preconceito e foco no comportamento individual<sup>31</sup>. Em 1983, em artigo de Vieira et al.<sup>32</sup>, surge um ponto de vista diferente do que havia sido apresentado até o momento, já que descrevia 10 casos de haitianos heterossexuais, não-usuários de drogas, que apresentavam a doença:

"A ocorrência de imunodeficiência adquirida em pacientes que não são homossexuais nem drogaditos sugere que a imunidade não é garantida pela virtude de

um estilo de vida tradicional. A possibilidade de que a síndrome seja causada por um agente transmissível deve dissipar qualquer atitude imobilista de que esta seja uma epidemia de homossexuais ou haitianos e que não traz potencialmente sérios problemas de saúde pública para todos".

Inicialmente, a aids começa a ser mencionada nos meios de comunicação brasileiros como uma doença “vinda do exterior”, basicamente dos Estados Unidos da América e, em especial, de Nova Iorque. No ano de 1984, foram notificados 134 casos de HIV no Brasil, sendo destes 64 em homossexuais, 7 em heterossexuais e 11 em usuários de drogas injetáveis (UDIs). No ano de 1985, foram notificados 553 casos, sendo 256 em homossexuais, 28 em heterossexuais e 38 em UDIs. Nesse ano surge a notificação dos 2 primeiros casos de transmissão vertical.<sup>33</sup>A ênfase nestes grupos se faz clara pelo não esclarecimento dos números de notificações restantes; já haviam mulheres e crianças infectadas desde o início da epidemia.

Num segundo período da epidemia, de 1985 a 1988, as primeiras respostas alternativas à simples abstinência começam a aparecer e o caráter pandêmico da aids se torna claro. O caráter transmissível se delimita e o agente etiológico é isolado<sup>34</sup>. Fica nítida a epidemia massiva na África.

Em 1985, foi a primeira vez que o *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) recomendou a possibilidade do uso de preservativo como uma estratégia de prevenção que não era a da abstinência. Neste ponto, vale frisar que esta possibilidade já havia sido veiculada como estratégia de prevenção pelas ONGs ligadas ao movimento gay desde o início da epidemia.<sup>35</sup> Neste mesmo ano, na primeira Conferência Internacional sobre aids recomendou-se, pela primeira vez, informar ao público que a transmissão do HIV se dava por via sexual, fosse ela homossexual ou heterossexual, e pelo compartilhamento de agulhas. A múltipla parceria foi enfatizada como fator de

risco. Só a partir de 1988 o uso do preservativo passou a ser visto pela Saúde Pública como importante estratégia de prevenção das DSTs em geral e da aids<sup>36</sup>.

No Brasil e no mundo, estratégias de abstinência foram acompanhadas por estratégias de redução de risco, difusão de informação, controle de bancos de sangue, estímulo e adestramento do uso de preservativo e outras práticas de sexo seguro, além de estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, distribuição ou troca de agulhas e seringas.<sup>37</sup> De um cenário onde só havia a abstinência como alternativa, surge então o sexo seguro.

Ao conceito de grupos de risco foi contraposto o de comportamento de risco – conceito este que se propunha a retirar o peso do estigma dos grupos atingidos pela noção inicial, já que universalizava a preocupação com o problema e colocava o indivíduo como sujeito ativo de sua prevenção. Ainda, “o conceito comportamental traz para dentro das discussões sobre as determinações do risco novas abordagens que, para além do enquadramento clínico-individual, apontam para conteúdos populacionais e, portanto, mais relacionados a dimensões culturais, políticas, sociais e históricas subjacentes aos comportamentos e aos riscos a eles relacionados”<sup>38</sup>.

Mas este conceito mantinha um caráter regulador e propunha um conjunto de medidas restritas de comportamento. “O comportamento das pessoas ganha um *status* de sinal ou sintoma ou mesmo doença a ser diagnosticado e tratado - via aconselhamento - no contexto do atendimento clínico individual ao mesmo tempo em que é fator de risco populacional no plano epidemiológico”<sup>39</sup>.

E, ao mesmo tempo, esta noção poderia culpabilizar o indivíduo pela falha na prevenção<sup>40</sup>. Digno de nota é que as estratégias de abstinência não foram substituídas pelas novas estratégias, as primeiras continuam a existir até os dias de hoje.

Em 1988, no Brasil, já havia sido notificado 1458 casos de HIV entre homossexuais, 531 casos entre heterossexuais e 685 casos entre os UDIs<sup>41</sup>

Outro momento da epidemia pode ser caracterizado de 1989 até 1999, período marcado pela percepção dos limites das estratégias de mudanças comportamentais. A partir deste momento, talvez tenha ficado mais claro que a soma de informação e motivação não necessariamente garantiria a mudança. “Os comportamentos de risco não se encerram na individualidade de quem os pratica”<sup>42</sup>. Além disso, ocorreu uma explosão visível da epidemia nos segmentos mais vulneráveis da sociedade – pessoas mais pobres, mulheres, negros e jovens. Surge a noção de vulnerabilidade, colocada por Mann et al (1992)<sup>43</sup> – “[...]considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”. Ela propõe uma nova maneira de desenvolver os discursos relacionados à epidemia e à prevenção.<sup>44</sup>

Período marcado também pelos avanços tecnológicos, pelas ações comunitárias, pela maior participação de movimentos sociais organizados – estes que se mostraram como agentes privilegiados desde o início da epidemia, participantes ativos das mudanças estruturais necessárias para que todos os recursos disponíveis fossem utilizados e o controle da infecção e da doença fossem efetivamente explorados<sup>45</sup>.

Em 1996, ocorreu outra mudança importante nos rumos da epidemia: o início da disponibilização da terapia antirretroviral. Como implicava na ingestão de muitos comprimidos, essa terapia apresentava-se, inicialmente, como uma opção de difícil adesão, além de cara. Pioneiramente, o Brasil começou a distribuição universal e gratuita, como um direito. O uso de antirretrovirais, entre outros, foi um dos principais fatores associados à diminuição de mortalidade por aids desde então. Desde 1998, muitas pessoas infectadas apresentavam carga viral indetectável no Brasil<sup>46</sup> e, até 1999, houve uma queda na taxa de incidência de doenças oportunistas<sup>47</sup>. Emerge, então, um sexo tematizado pela

vulnerabilidade, como parte de um contexto no qual o indivíduo está inserido e, ainda, o sexo como direito humano.

Um quarto momento que pode ser considerado vai do ano de 2000 até a presente data, período da massificação dos antirretrovirais. A incidência de mortalidade por aids diminuiu; as pessoas passaram a viver com HIV; aumentou a prevalência de pessoas com HIV na população. As primeiras pesquisas que levaram em conta determinantes socioculturais e afetivos da infecção pelo HIV foram publicadas a partir de 1990. Mas estas só ganharam peso relevante quando as pesquisas realizadas pela perspectiva do conceito de vulnerabilidade ganharam espaço e se mostraram extremamente relevantes no tocante à prevenção e às estratégias que a acompanhavam. Surgiram espaços de discussão para outra realidade, *a do viver com o HIV*, com a medicação, com seus efeitos colaterais. Os espaços de discussão e saber privilegiam então um novo momento histórico. A urgência não é somente a diminuição de transmissões – apesar de esta ser uma pauta constante e necessária – mas também as possibilidades relativas ao viver. A aids passou então a ser vista também em termos biomédicos, como doença crônica<sup>48</sup>.

## 1.4 SAÚDE SEXUAL

Após a Conferência de Cairo (Conference on Population and Development)<sup>49</sup>, fez-se a alusão ao conceito de saúde sexual, quando, em seu documento central, se conceituou saúde reprodutiva "[...] A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura [...]" (Nações Unidas, 1994, parágrafo 7.2: 41). Além de ter reafirmado questões apresentadas na Conferência de Cairo (1994), a Conferência de Beijing (Fourth World Conference on Women, 1995) estabeleceu, pela primeira vez em documento internacional, os direitos sexuais da mulher como os direitos “de ter controle e de decidir de forma livre e

responsável sobre as questões atinentes a sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual, sem coerção, discriminação ou violência”.

A definição mais atual, formulada pela WHO (2004)<sup>50</sup>, é a de que saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Requer um caráter de respeito em relação à sexualidade e às relações sexuais, tal como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, livres de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos. Ter o direito à saúde sexual garantido não significa, necessariamente, ter uma vida sexual ativa, mas que é possível escolher livremente sobre sua vida sexual e reprodutiva, escolha esta que abarca, fundamentalmente, o contexto no qual o indivíduo se insere.

A utilização do termo “saúde sexual” foi ampliada e intensificada pelo surgimento e expansão da epidemia de HIV/Aids.<sup>51</sup> As doenças sexualmente transmissíveis e, em especial a aids, acabaram por dar visibilidade e maior relevância à saúde sexual e a debates acerca de sua promoção.<sup>52</sup> O campo construcionista, referencial teórico que será adotado neste trabalho, não formula um conceito do que é saúde sexual, pois o sexo e a sexualidade estão dentro de um contexto de cultura e sociedade que atravessam tal saúde.

Vale salientar também que o objetivo deste trabalho não passa pela construção de resoluções sobre como deve ser tratada a vida afetiva e sexual dos portadores. Existem resoluções já dadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde sobre os direitos dos portadores em relação à vida sexual. Os questionamentos feitos neste trabalho buscam problematizar a possibilidade de promoção de saúde e cuidado que integrem também esta esfera da vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.

A sexualidade de portadores tem sido especialmente tematizada em sua relação com o risco de transmissão do HIV pela via sexual<sup>9,10</sup>. Quer dizer, o

que deve ser feito para que as pessoas infectadas não transmitam o vírus para outras pessoas e para que as pessoas não infectadas não se infectem. As comparações e investigações referentes ao comportamento sexual têm sido feitas em relação ao que representa maior ou menor risco de infecção pelo vírus e quais os fatores importantes para a mudança de comportamento<sup>53,54</sup>. As investigações se referem, principalmente, aos comportamentos de risco e ao uso consistente de preservativo. Neste caso, destaca-se o contexto do uso de drogas e dificuldades de negociação e relações de poder presentes na relação, seja ela hetero ou homossexual<sup>55</sup>.

É importante salientar que, assim como a epidemia vem passando por fases diferentes, o mesmo ocorre com os discursos sobre a sexualidade nestes diferentes contextos. Ou seja, a forma como a sexualidade é compreendida hoje, em relação ao HIV/Aids, não necessariamente é a mesma do início da epidemia<sup>56</sup>. Hoje podemos falar da existência de uma abordagem da sexualidade que tem como pano de fundo não somente o risco e os comportamentos de risco, mas que pode ser enxergada dentro de um contexto mais complexo, levando em conta a história de cada pessoa, seus valores, suas escolhas, a cultura e a sociedade na qual está inserida. Uma sexualidade não destacada da vida, e não reduzida à via pela qual doenças podem ser transmitidas.

## **1.5 SEXUALIDADE NA ERA DOS ANTIRRETROVIRAIS**

Dado a crença de que a aids não mata mais com o advento dos antirretrovirais, derivam questionamentos sobre se esta crença diminui comportamentos preventivos frente à infecção<sup>57</sup>. Mesmo que o risco de ser infectado por alguém que toma a medicação e tem carga viral baixa/indetectável tender a ser estatisticamente menor<sup>58</sup>.



Por outro lado, em artigo recente, Vernazza et al (2008)<sup>59</sup> relataram que as pessoas que viviam com HIV e que não sofriam de nenhuma outra DST, as quais seguiam tratamento antirretroviral de forma efetiva e apresentavam carga viral indetectável, não transmitiram o HIV por via sexual. Um dos estudos citados nesse artigo descreveu 393 casais heterossexuais sorodiscordantes, sem soroconversões, num período de 14 anos<sup>60</sup>. Em estudo ainda mais recente, Donnell et al (2010)<sup>61</sup> descrevem que baixa contagem de CD4 e alta concentração de níveis plasmáticos de HIV-1 podem guiar o uso de ARV para que se alcance uma melhor prevenção entre casais sorodiscordantes. Especulam que esta pode ser também uma estratégia efetiva em níveis populacionais.

Será que, após os vinte anos de epidemia, há a possibilidade de os portadores exercerem a sexualidade de outra forma, ou seja, não pautada pela perspectiva do risco? Será possível advogar uma sexualidade segura, prazerosa e livre de coerção para os portadores?

## **1.6 MUDANÇAS NEGATIVAS NA VIDA SEXUAL DE PORTADORES**

Mudanças negativas na vida sexual podem ser abordadas de diversas maneiras, inclusive pelo referencial médico, que tende a compreender tais mudanças como disfunções erétil, anorgasmia, entre outras. Embora o presente trabalho não utilize tais nomenclaturas nem tenha a pretensão de falar desse ponto de vista específico, considera, a fim de dialogar com a literatura científica disponível, a grande proporção de artigos que fazem uso deste referencial.

As disfunções sexuais foram descritas com alta prevalência entre as mulheres na população em geral<sup>62</sup> e os conflitos relacionais têm impacto

importante na função sexual. Ainda, em mulheres portadoras foi detectada alta prevalência de disfunção sexual<sup>63</sup>.

Em estudo realizado com mulheres soropositivas<sup>64</sup>, foi descrito que as portadoras de HIV são confrontadas com múltiplos estressores psicossociais em todas as fases da infecção. Certos estressores alteram o estilo de vida e exigem adaptações. Alguns autores<sup>65</sup> salientaram que o medo da transmissão sexual aumentou com a aids, tanto em sujeitos infectados, como não infectados. É comum encontrarmos indivíduos que suspenderam as atividades sexuais ou pessoas que fazem sexo e, de alguma maneira, têm a atividade sexual prejudicada.

Os sentimentos em relação ao sexo, à sexualidade e ao HIV são complexos e, muitas vezes, conflituosos. Os efeitos que se pode esperar desses conflitos são diversos, mas em vários estudos se reporta a dificuldade em relação ao exercício da sexualidade, frente ao diagnóstico positivo para o HIV. Para muitas pessoas, a primeira resposta, depois de receber tal diagnóstico, leva a decisões como abstinência e a percepção da infecção pelo HIV como perda da sexualidade<sup>66</sup>. A sexualidade dos portadores, frente à perspectiva de risco adotada por muitas pesquisas e profissionais e à resposta social dada ao HIV, se revela e se constrói, muitas vezes, de forma estigmatizada.

O estigma associado ao HIV é um produto social; e qualquer tipo de estigma exerce a função de reduzir a pessoa em algum sentido. Goffman (apud Aggleton et al)<sup>67</sup> descreve uma pessoa estigmatizada como alguém que possui uma diferença indesejada. Estigma é conceituado pela sociedade como algo que constitui uma diferença ou desvio, resultando em identidades “danificadas” nestas pessoas, sobre as quais são aplicadas regras e sanções<sup>68</sup>. O estigma e a discriminação associados ao HIV/Aids estão mais próximos do estigma sexual. Provavelmente, isso se dá devido a esta ser a forma mais prevalente de transmissão e, ainda, pelo fato de o início da epidemia, sua descoberta e os

primeiros discursos, estarem associados à população homossexual masculina e, portanto, às sexualidades não hegemônicas, não normativas e estigmatizadas.

Desta maneira, o estigma e a discriminação associados ao HIV/Aids se apropriam de estigmas pré-existentes – associados às doenças sexualmente transmissíveis, homossexualidade, promiscuidade, “desvios sexuais” e uso de drogas injetáveis<sup>69</sup> – reforçando-as. A crença de que algumas populações têm culpa por terem se infectado, uma vez que exercem determinados comportamentos considerados socialmente inadequados, ainda persiste. Tal como a idéia de que as mulheres se infectam por terem comportamentos promíscuos, ainda que dados de vigilância epidemiológica mostrem que a maior taxa de infecção se dá entre as mulheres em relações estáveis.<sup>70</sup>

Em estudo de Paiva et al.(2002)<sup>71</sup> sobre a sexualidade de mulheres soropositivas atendidas em três grandes centros de referência em DST/Aids no estado de São Paulo, 24% declararam que a vida sexual após o diagnóstico ficou igual, para 28% ficou diferente, para 26% piorou e, por fim, 8% declararam que a vida sexual melhorou depois do diagnóstico. Em estudo de Bova & Durante (2003)<sup>72</sup>, realizado no nordeste dos Estados Unidos com mulheres soropositivas a partir de 18 anos, identificou-se que a maioria das mulheres continuou a ser sexualmente ativas depois do diagnóstico positivo para o HIV e o funcionamento sexual não mudou como resultado da progressão do HIV. Ainda, o estágio da doença e a contagem de células CD4<sup>1</sup> não foram significativamente diferentes para mulheres ativas e não ativas sexualmente. Desta amostra, 31% relataram que a vida sexual ficou igual após o diagnóstico, 21% disseram que melhorou e 11% descreveram que piorou. Neste mesmo

---

<sup>1</sup> Células CD4, ou T CD4+, são células do tipo glóbulos brancos, de grande importância na monitoração de pacientes soropositivos, e sua contagem é um dos indicadores de como está funcionando o sistema imunológico da pessoa que vive com HIV. A contagem de CD4 e a carga viral são os critérios mais comuns para decidir quando começar o tratamento antirretroviral.

estudo, 51% das mulheres relataram não acreditar que questões de saúde pudessem limitar seu interesse em relação ao sexo. Por outro lado, em estudo de Scrooten et al (2001)<sup>73</sup>, realizado com mulheres e homens em centros para tratamento de HIV e ONGs de 10 países europeus, encontrou-se associação significativa entre sintomatologia para a doença e menor interesse em relação ao sexo.

Nos primeiros estudos citados acima, em especial no estudo brasileiro, foi possível observar uma proporção considerável de mulheres que atestam piora da vida sexual após o diagnóstico. Além disso, chama atenção a proporção de mulheres que disseram que a vida sexual melhorou após o diagnóstico, em especial no segundo estudo. Neste, as autoras observaram que poucas mulheres atribuem a piora da vida sexual ao diagnóstico somente. O diagnóstico, então, passa a ser parte de um contexto complexo da vida dos portadores e é mais um fator a ser levado em conta na construção de sentidos.

Keegan et al (2005)<sup>74</sup>, em estudo qualitativo com mulheres soropositivas, pacientes de clínicas para o tratamento do HIV em dois hospitais londrinos, descreveram que os temas dominantes em relação à sexualidade, após o diagnóstico de HIV, foram: dificuldades de funcionamento sexual, diminuição da libido e medo de infectar os parceiros.

Algumas pesquisas sugerem que as mulheres que se descobrem soropositivas podem experienciar significantes mudanças no desejo sexual, libido e funcionamento orgásmico, principalmente sua diminuição<sup>75</sup>. Os indivíduos que se descobrem portadores estariam mais preocupados com os sintomas que podem surgir (febre, diarreia, doenças oportunistas, depressão, discriminação e tensão) do que com o seu desejo sexual. Devido ao receio quanto ao aparecimento desses sintomas, a diminuição do desejo e das atividades sexuais, ou mesmo a abstinência sexual, podem começar a fazer parte de sua conduta.

Outro estudo brasileiro<sup>76</sup> realizado com pacientes de ambos os sexos referiu que o medo da transmissão do HIV por via sexual e o receio de contatos sociais que evidenciam a rejeição e a discriminação ao revelarem sua infecção pelo HIV, levaram os participantes a referirem disfunções sexuais tais como: insuficiência erétil e distúrbios de ejaculação para os homens; falta de lubrificação, anorgasmia, vaginismo e dispareunia (dor durante o coito) para as mulheres; e inapetência (perda do desejo) para ambos.

Outros estudos ainda afirmam que as disfunções em mulheres são causadas freqüentemente, e principalmente, por fatores psicológicos<sup>77</sup>.

Algumas pesquisas têm sido feitas com casais sorodiscordantes<sup>78,79</sup>. Há relatos de participantes destes estudos sobre as dificuldades de revelação do diagnóstico, estigmatização sofrida após o diagnóstico e invisibilidade do parceiro soronegativo, que não encontra muitos espaços de suporte.

Gayle et al<sup>80</sup>, em estudo com homens HIV positivos, referiram que disfunções sexuais foram prevalentes entre estes homens. As associações encontradas no estudo foram em relação a baixos níveis de testosterona e a sintomas psicológicos. Grande parte das pesquisas relativas a problemas sexuais em homens soropositivos busca testar associação com o uso de antirretrovirais, como será relatado a seguir.

## **1.7 DISFUNÇÕES SEXUAIS E ARV**

Vários estudos descreveram as disfunções sexuais em homens em tratamento antirretroviral e discutiram se os tratamentos que contêm inibidores de protease (IP) aumentam a disfunção sexual<sup>81,82,83,84</sup>.

Schrooten et al<sup>85</sup> identificaram associação entre a ocorrência de disfunção sexual e o uso de inibidores de protease em oito centros de tratamento para o HIV e 4 ONGs em 10 cidades européias, por meio de um modelo multivariado. Trinta e sete por cento dos participantes relataram diminuição do interesse

sexual, (38% dos homens e 29% das mulheres). Os fatores associados a esta diminuição foram: o uso da terapia e infecção sintomática para o HIV. O tempo de diagnóstico, contagem de CD4 e níveis de carga viral não se mostraram associados à disfunção sexual. Ainda, os autores relatam que homens que utilizam IP na terapia têm maior probabilidade de apresentar disfunção erétil. Para Collazos et al<sup>86</sup>, a disfunção sexual é comum entre homens portadores que recebem tratamento antirretroviral, em particular PIs.

Em outro estudo<sup>87</sup>, realizado com homens HIV+ positivos atendidos em sete centros de tratamento para o HIV de cidades europeias, os autores referiram que tanto a disfunção erétil como a diminuição do desejo sexual são comuns em indivíduos HIV+ que utilizem ou não ARV, mas que o uso prolongado de ARV se mostra associado com a disfunção erétil, independentemente dos componentes. As mudanças se mostraram independentemente associadas com idade acima de 40 anos, depressão e etnia afro-americana.

Ainda que a associação de disfunções sexuais em homens e o uso de ARVs tenha sido encontrada em alguns estudos, em outros, diferentes variáveis também (ou somente elas) se mostraram associadas às disfunções. Isso indica que, na tentativa de dar conta do tema, outros aspectos da vida dos portadores devem ser levados em conta.

## **1.8 VULNERABILIDADES E PROGRESSÃO DA EPIDEMIA**

De acordo com publicação recente<sup>88</sup>, a epidemia da aids está presente em todas as regiões do Brasil e sua disseminação tem diminuído nos últimos anos, refletindo o impacto positivo da combinação de vários fatores. Questões como: equidade de gênero, respeito à diversidade sexual e a promoção de direitos sexuais e reprodutivos ganharam força e importância no programa de trabalho para o governo e em vários movimentos sociais.

Segundo Ayres<sup>89</sup>, no último milênio, ocorre a emergência de vários novos discursos relativos à saúde pública. Entre os aspectos que se encontram privilegiados, está a promoção da saúde e o olhar da vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade busca revisar o conceito de responsabilidade, retirando a responsabilidade individual como a única causadora ou determinante de um desfecho ou resultado específico.

O uso desta conceituação permite que o indivíduo seja visto como sujeito de sua própria mudança, mas não necessariamente como o único responsável. Essa questão se coloca de maneira dúbia: como um indivíduo não é totalmente responsável pelas mudanças ou acontecimentos que se passam consigo? Esse conceito considera as várias instâncias sociais como concorrentes na constituição de fenômenos.<sup>90</sup>

As análises da vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados. Primeiro, o componente individual – que diz respeito ao grau e qualidade de informações que os indivíduos dispõem sobre o problema; o quanto é possível para tais indivíduos incorporarem estas informações aos repertórios cotidianos. O segundo eixo, o componente social, diz respeito à obtenção de informações, acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, possibilidade de influência política, direitos políticos, etc. E o terceiro, o componente programático, aborda a presença ou não de monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao viver e morrer por HIV/Aids. A análise epidemiológica de risco também faz parte da análise de vulnerabilidade<sup>91</sup>.

Segundo Ayres (2004)<sup>92</sup>, “a responsabilidade possui inseparável sentido de responder por si e responder para si, e o cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza”. Ainda que o cuidado de si esteja relacionado a um trabalho, a uma vigilância, e seja historicamente formulado especialmente por médicos. A higiene pública e a

higiene social cederam rapidamente lugar a uma higiene centrada na tradução científicista, centrada nas tecnologias de cuidado em saúde.

“A partir do século XIX a racionalidade que orientou o horizonte normativo da saúde pública passou mais e mais a ater-se a uma racionalidade estritamente científica e as suas correspondentes estratégias reguladoras orientaram-se também progressivamente para uma gestão individual dos riscos à integridade e desempenho funcional do corpo<sup>93</sup>”

Se por um lado, os avanços da medicina trazem diversos ganhos, produzem também um distanciamento de uma atenção mais abrangente, parecem criar uma carência de um olhar que não enfoca apenas a técnica, o “como fazer para” prevenir, curar, melhorar, etc. Ainda, segundo o autor, é preciso lembrar que

“nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico (...) É forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência”.

Esta frase parece orientar o discurso de cuidado à saúde para o sujeito. Parece simples, mas o discurso técnico-científico, detentor de saber, muitas vezes não opera nessa linha. A aids, bem como outras doenças crônicas, trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de escutar o paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente<sup>94</sup>.

Ao transpor essa discussão para a vida sexual de pessoas que vivem com HIV, talvez valha perguntar qual é o projeto de felicidade<sup>95</sup> destas pessoas e



como a vida sexual, até aí e deste então, figurava neste projeto. A forma pela qual as pessoas se relacionam com a sexualidade e vida sexual varia. Os significados associados são construídos em suas trajetórias de vida e podem ser reconstruídos ou ressignificados após o diagnóstico.

A cidadania, baseada no respeito pela diversidade, equidade e garantia de direitos, se tornou um objetivo a ser alcançado por todos. Fatores que contribuem para este objetivo incluem a implementação de medidas preventivas como: promoção de uso de preservativo e distribuição gratuita de preservativo feminino e masculino; mudança de comportamento de certos segmentos da população; ações de intervenção e promoção de acesso ao diagnóstico de controle da doença, tais como disponibilidade de testes de HIV, profilaxia de transmissão vertical e tratamento antirretroviral<sup>96</sup>.

Para que o processo de distribuição e progressão da epidemia possa ser compreendido de maneira mais ampla, num país que é marcado por iniquidades sociais, algumas questões devem ser levadas em conta, tais como: acesso e possibilidade de adesão à prevenção; acesso ao tratamento e ao cuidado do HIV/Aids. Para que as intervenções e propostas citadas possam ter efeito, uma abordagem focada nas vulnerabilidades deve ser adotada. Há que se levar em consideração diferenças de poder entre os gêneros, discriminação sexual e estigma relacionado a pessoas que vivem com HIV/Aids.

## **1.9 GÊNERO, SEXUALIDADES E HIV/Aids**

Como sinalizado anteriormente, o referencial teórico que auxiliará nas discussões acerca dos resultados deste trabalho será o referencial construcionista, mais especificamente os questionamentos trazidos pelos estudos de gênero.

Segundo Parker (2009)<sup>97</sup>, foi apenas entre as décadas de 70 e 80 que os conceitos de cultura e sociedade começaram a emergir como ferramenta

importante para se pensar a sexualidade. Eles surgem em importante oposição aos conceitos naturalizantes e essencialistas. A possibilidade de pensar a sexualidade como construção – como todas as outras experiências humanas, como resultado de processos sociais, culturais e históricos – possibilita uma discussão mais produtiva sobre as questões relacionadas à sexualidade e uma maior plasticidade de compreensão, trazendo luz não somente à experiência sexual em si, mas à interpretação e compreensão do significado da experiência.

Desta forma, faz-se mais importante compreender o contexto onde as interações sexuais ocorrem – interações que são, necessariamente, sociais e que envolvem negociações complexas entre indivíduos diferentes<sup>98</sup>.

O que significa ser homem e mulher, ser masculino e feminino, pode variar em contextos sociais e culturais diferentes, sendo a identidade de gênero não reduzível a qualquer fundamentação dicotômica biológica<sup>99</sup>. É durante um processo de socialização sexual que os indivíduos aprendem ou se dão conta de seus desejos sexuais, sentimentos, papéis e práticas que são, de alguma forma, típicas do contexto onde estão inseridos, do lugar social que ocupam, podendo buscar as alternativas sexuais que a cultura possibilita.<sup>100</sup>

As relações afetivas e sexuais são estruturadas e atualizadas por sistemas de significados, dados pela cultura, determinados pelos padrões de gênero, diferenças de ordem socioeconômica e especificidades de cada região<sup>101</sup>. O conceito de *script erótico*<sup>102</sup> permite compreender como diferentes contextos estruturam as possibilidades de interação sexual. Possibilita falar do como se faz, de cada arcabouço relacionado à forma de se colocar numa cena sexual<sup>103</sup> ou erótica.

Ainda, a noção dos meios pelos quais as estruturas sociais estruturam as possibilidades de contato sexual mostra determinadas diferenças de poder – social, cultural e suas representações – que não podem ser negligenciadas. A forma como uma sociedade organiza desigualdades, baseadas em classe,

etnia, gênero, organiza também as maneiras pelas quais os indivíduos se relacionam no contexto sexual.

Quando homens e mulheres falam de sexo, não estão, necessariamente, falando de sexo no mesmo sentido ou da mesma maneira. Do ponto de vista ocidental hegemônico, os discursos femininos ficam comumente centrados na contextualização romântico-afetiva, nas sensações; os discursos masculinos se referem ao desempenho, à prática do ato sexual em si.<sup>104</sup>

Em todo o mundo, o status social desigual das mulheres as coloca em maior risco de infecção para o HIV<sup>105</sup>. As construções socioculturais realizadas a respeito do que é ser mulher, muitas vezes as colocam numa posição que possibilita pouca negociação. Em muitas situações, o provedor da relação é o parceiro e este significado extrapola a questão meramente financeira e de sustento. As decisões em âmbitos diversos, como o sexual, se tornam parte do papel do homem.

Podemos referir as construções de gênero como a maneira pela qual determinada sociedade enxerga o que é ser homem e ser mulher: as normas, os papéis sexuais, os scripts eróticos, as expectativas em relação a cada um. Segundo Scott,<sup>106</sup> gênero é também a forma de significar as relações de poder e meio pelo qual o poder é articulado. Vance<sup>107</sup> estabelece a conexão histórica da dominação masculina e propõe que a sexualidade é mediada por fatores históricos e sociais. Segundo Moore<sup>108</sup>, tanto o sexo como o gênero são socialmente construídos, um em relação ao outro. Corpos, processos psicológicos e partes do corpo não têm sentido fora de suas compreensões socialmente construídas. Para a autora, gênero seria o que as diferentes culturas fazem em relação ao sexo, este último sendo uma construção particular relacionada aos corpos. Para Weeks<sup>109</sup>, as diferenciações sociais foram e são construídas nas relações que se estabelecem nos diferentes contextos. A abordagem construcionista compreende estas diferenciações

como construções e, como tais, podem ser questionadas e re-construídas, reescritas de acordo com o que o tempo e o contexto histórico possibilitam.

Segundo Gagnon<sup>110</sup>, somos socializados, num primeiro momento, como aprendizes, espectadores da cena sexual contada, vista de alguma forma. Na medida em que é preciso que encenemos roteiros, modificamos o que aprendemos de acordo com as exigências concretas com as quais nos encontramos.

Da mesma maneira, Bozon<sup>111</sup> entende a sexualidade humana como uma construção social, que coordena uma atividade mental com outra corporal, as quais são aprendidas ao longo de processos culturais. Segundo o autor, “os seres humanos não só necessitam de um aprendizado social para saber de que maneira, quando e com quem agir sexualmente, como não conseguem agir sem dar sentido aos seus atos”.

Segundo Leal & Knauth<sup>112</sup>, no domínio específico da sexualidade, o homem estaria mais próximo das questões instintuais, de um instinto natural sexual, a ser domado pelas mulheres. A força das mulheres estaria então no plano moral, na habilidade de manter-se “moralmente correta” e não sucumbir aos “instintos” ou “pulsões”. Os homens, por outro lado, devem saber de sexo, falar de sexo, fazê-lo o máximo possível e com o maior número de parceiras, para que se coloquem em seu contexto de forma viril e poderosa, já que estes saberes se mostram envolvidos de significados de poder para o masculino<sup>113</sup>. No Brasil e em grande parte das sociedades latino-americanas, a construção de uma identidade masculina está associada à valorização da sexualidade, ser homem seria ser sexual, desfrutar da sexualidade e fazer com que esta fique em evidência<sup>114</sup>. Para Nogales (apud Gomes)<sup>115</sup>, em pleno sec. XXI, ainda o homem se mostra muito ligado a mitos ou construções sociais que se mantêm, tal como o tamanho do pênis, a obrigatoriedade de providenciar ereção imediata, ter alto número de parcerias e a limitação de uma sexualidade muito genitalizada.

Em estudo de Silva (2002)<sup>116</sup>, realizado com homens da região metropolitana de São Paulo, o uso do preservativo tinha lugar nas relações extra-conjugais, já que com a esposa a proteção se dava pela confiança no amor e companheirismo. O uso do preservativo está, portanto, associado à percepção de risco numa relação com uma pessoa que não tem o mesmo vínculo do que o oferecido pela esposa no casamento.

## **1.10 MULHERES, HOMENS, HISTÓRIA DO HIV.**

Segundo Higgins et al (2010)<sup>117</sup>, de acordo com o paradigma da vulnerabilidade, nomeado pelos autores, as mulheres são suscetíveis ao HIV por diferenças biológicas de suscetibilidade, além da vulnerabilidade social nas quais se encontram por iniquidades de poder nas relações. Quando finalmente as mulheres tornaram-se visíveis para a epidemia, foram consideradas “vetores”, quer dizer, ou eram responsáveis pela transmissão vertical ou pela transmissão heterossexual, através da prostituição<sup>118</sup>. A visibilidade da vulnerabilidade das mulheres estava associada à noção de que a transmissão heterossexual também ocorria, o que demorou a ser focado ou reconhecido pelo CDC e pesquisadores<sup>119</sup>.

Os autores colocam o paradigma da vulnerabilidade discutindo que, embora os esforços tenham sido realizados para que o foco de programas de prevenção sejam as mulheres, os homens heterossexuais que participam desta conjuntura não recebem este mesmo grau de investimento ou intervenção. Os homens são vistos como agentes da transmissão e não agentes ativos de prevenção. Os programas de saúde pública e esforços políticos não oferecem aos homens muitas ferramentas que os auxiliem a controlar seus riscos ao HIV. Complementam que os homens são crucificados por seu comportamento e que não recebem ferramentas e habilidades para que se protejam ou protejam suas

parceiras. O que os autores sugerem é que o paradigma da vulnerabilidade, utilizado até então, falha em colocar aos homens o quanto alguns modelos de masculinidades podem ser danosos para sua própria saúde. O que se fala é que o uso do conceito de vulnerabilidade, neste sentido, possibilita uma outra construção do feminino, dentro das associações a questões do feminino tais como responsabilidade, fidelidade, moral – que propõe uma posição da mulher que se protege, em última instância, dos comportamentos que o homem pode vir a ter, que podem ser danosos para a saúde da mulher.

Com os homens, tal paradigma nega a possibilidade de que este possa se responsabilizar pela própria saúde, nega espaços dedicados a este tema, já que, de acordo com o conceito hegemônico do masculino, os homens não possuem construções que permitam tal postura. Ou seja, este paradigma reproduziria exatamente o que os significados associados ao masculino fazem para que os homens sejam mais vulneráveis a doenças e acaba por manter esta vulnerabilidade.

O aumento do número de casos de HIV/Aids entre as mulheres obrigou os países e as pesquisas a incluí-las nas pautas de pesquisa e investigarem a razão pela qual este fenômeno ocorria. Com este movimento também surgiram as possibilidades associadas às inequidades de gênero: a camisinha feminina é uma tentativa de emancipação feminina, já que a colocação do preservativo independe do parceiro. No entanto, as questões associadas ao não uso do preservativo, tais como os significados relacionados às masculinidades, ao casamento, continuam representando um impasse à adoção do sexo seguro.

Em estudo de base populacional com mulheres, realizado por Carreno & Costa<sup>120</sup>, os resultados mostraram que 3 em cada 10 mulheres fez uso de preservativos nas relações sexuais. Ainda, que as mulheres mais vulneráveis a DST pertenciam ao grupo de mulheres em relações estáveis. Apesar de alguns estudos relacionarem o não uso do preservativo pelas mulheres a razões como diminuição de prazer ou estética<sup>121</sup>, a maior parte dos estudos indicou que

iniqüidades nas relações de poder são os fatores que mais influenciaram neste comportamento.<sup>122,123,124</sup>

Estes estudos reafirmam as questões importantes de diferenças de poder relacionadas ao gênero e auxiliam na mobilização do discurso preventivo que enquadra os riscos das mulheres dentro do quadro de desigualdades de gênero. Mas, ao mesmo tempo, podem vir a mascarar algumas questões importantes relacionadas ao feminino. As mulheres, na adoção desta perspectiva, são vistas como vítimas com desvantagens sociais e sem suspeita de possíveis traições do parceiro. Por este prisma, a mulher é infectada pelo comportamento do seu parceiro, sempre. E este quadro pode vir a reforçar uma falsa crença de que os homens não se infectam nas relações sexuais com mulheres, além de negar a possibilidade de infidelidade por parte das mulheres, reforçando uma construção social hegemônica do feminino.

O que os autores propuseram como questionamento a este paradigma é que as mulheres são vulneráveis e suscetíveis à infecção ao HIV, mas os homens também o são.

É interessante pensar que, pela perspectiva dos homens ou das mulheres, ambos acabam por fazer parte de contextos de maior vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis em razão dos valores que constroem acerca das relações: fidelidade, risco, proteção. Ou seja, discutir tecnologias de prevenção de DST e aids eficazes e promoção de saúde inclui discussões sobre masculinidades e feminilidades, o modo como gênero se articula no cuidado com a saúde.

## **1.11 SUJEITOS SEXUAIS, MUNDO POSITIVO.**

Segundo Marks et al (2005), pessoas que vivem com HIV têm uma responsabilidade prática e ética de auxiliar no controle da epidemia através do comportamento sexual. Intervenções comportamentais têm significado uma

contribuição importante para a mudança do comportamento sexual entre pessoas que vivem com HIV<sup>125</sup>.

Este ponto de vista se coloca como problemático no momento em que responsabiliza pelo controle da epidemia apenas as pessoas que vivem com HIV. O controle da epidemia é mais do que uma responsabilidade; é uma questão que diz respeito a todos. Trata-se de se atentar para o fato de que todos vivem num mundo em que o HIV existe, que todos vivem com o HIV, infectados ou não, mais ou menos vulneráveis, em cada contexto, situação, cultura ou sociedade. Esta possibilidade traz mudanças, de perspectivas, de implicação e de postura.

Afinal, como se constroem os sujeitos sexuais após a aids? Já que somos sujeitos históricos, é importante levar em conta que, antes da descoberta da aids, as sexualidades se construíam sem ter que levar em conta a doença. Não havia esta preocupação, isso não fazia parte dos discursos ou questionamentos sobre o sexo. Este é um elemento que obriga as pessoas a se construírem como sujeitos sexuais levando em consideração (ou negando, o que implica ainda assim num movimento em relação à questão) este fato, além de todos os significados e implicações que ele carrega.

Existe, então, uma sexualidade que se constrói a partir da descoberta da aids e isto ocorre para soropositivos e soronegativos, de uma maneira (prevenindo-se ou não, para não se infectar) ou de outra (prevenindo-se de outras doenças ou se precavendo para não infectar outros). Soma-se a isto o medo associado à soropositividade, a vergonha ou insegurança frente à revelação. Ainda, as construções relativas a este mesmo dado não são universais ou comuns a todos os indivíduos, assim como as vulnerabilidades de cada indivíduo variam em razão de uma combinação complexa do contexto que incluem acesso à informação, gênero e educação.<sup>126</sup>

E como se constituem os sujeitos sexuais que se descobrem soropositivos? A sexualidade, segundo Vance<sup>127</sup>, é mediada por fatores



históricos e culturais. O que dizer de uma construção histórica que coloca o sujeito como portador de uma doença que carrega um estigma como o da aids? Como é possível se construir como sujeito sexual num contexto histórico que reedita as construções de certo e errado, normal e natural, no momento em que as preocupações se ocupam de prevenir as pessoas soronegativas patologizando e estigmatizando os portadores?

Em artigo de revisão recente, o termo prevenção positiva é explicado como tendo sido “cunhado para descrever a prevenção ao HIV que tem como foco as pessoas vivendo com o diagnóstico do HIV”<sup>128</sup>. A questão é que este termo, colocado desta maneira, separa o mundo em grupos, entre positivos e negativos, e preconiza a prevenção como sendo responsabilidade e preocupação das pessoas que fazem parte do grupo infectado, as que proporcionariam o risco de infecção. Assim, parece ocorrer a sensação de que a aids é uma questão apenas de um grupo específico, o grupo dos infectados. Interessante pensar que a infecção em si, por via sexual, ocorre com a participação de, pelo menos, dois.

Segundo Terto Jr<sup>129</sup>, há diversas maneiras de se tornar soropositivo, mas as duas concepções majoritárias baseiam a construção de identidade da pessoa vivendo com HIV/Aids e sua organização social. Uma delas, mais universalista, preconiza que *peessoas vivendo com aids* se refeririam a toda humanidade, uma vez que todos estariam direta ou indiretamente implicados ou afetados pela epidemia e, também, sob o risco de contrair o HIV. Em outra concepção, as pessoas vivendo com aids seriam as infectadas pelo HIV, que têm o vírus no corpo ou estão doentes de aids.

A primeira concepção tem sido utilizada para mobilizar diferentes setores sociais e também na tentativa de afirmar a solidariedade como um dos instrumentos mais eficazes no combate e enfrentamento da epidemia, pois coloca a aids como um problema de todos<sup>130</sup>. Neste mesmo sentido, a possibilidade de uma concepção de prevenção positiva que se utiliza desta

concepção trouxe maiores possibilidades de diálogo entre o sujeito soropositivo e a necessidade de uma nova construção de identidade dentro de seus contextos. Beloqui <sup>131</sup> discutiu a importância da responsabilidade compartilhada na prevenção, partindo do princípio de que as pessoas devem se precaver e estimulando a sua autonomia. Ainda, esta concepção endossou o direito de pessoas que vivem com HIV terem uma vida sexual saudável e acesso a estratégias de suporte de sua saúde sexual.

Segundo Aggleton et al. (2003)<sup>132</sup>, a aids foi capaz de revelar o melhor e o pior das pessoas. Mostrou o melhor quando, de maneira solidária, indivíduos formaram (e ainda formam) grupos para combater a negação de seus direitos e para oferecer suporte e cuidado para indivíduos infectados e afetados pela epidemia (tal como os órfãos de pais que morreram de aids). Revelaram o pior quando as pessoas foram estigmatizadas, sofreram isolamento e foram maltratadas por aqueles que os cercavam, pessoas amadas, suas famílias e comunidades. Tais ações, frequentemente, resultaram em discriminação e desrespeito aos direitos humanos. Os autores citam a frase de Peter Piot (2001, *Plenary of the World Conference Against Racism, Durban*), na qual diz que os estigmas associados à aids vêm de uma poderosa combinação entre vergonha e medo; vergonha porque o sexo ou o uso de drogas injetáveis que transmite o HIV são cercados de julgamentos morais e tabus; e medo porque a doença é relativamente nova e fatal.

Terto Jr. <sup>133</sup> discutiu a possibilidade de organização de uma vida com HIV, citou algumas dificuldades associadas ao cotidiano, tal como a incerteza em relação ao futuro, às questões sobre sexo seguro, direitos, família. Ainda, citou autores como Carricaburu e Pierret (1992), Altman (1995b) e Daniel (1989), “que demonstram que as maneiras de se organizar uma vida com HIV estão relacionadas aos segmentos sociais a que se pertence, à classe social, à identidade sexual e social, a interesses e objetivos individuais, aspectos subjetivos, entre outros.” Para as primeiras autoras, “para os homossexuais

masculinos a reafirmação de componentes da identidade homossexual é determinante para a convivência com a soropositividade, ainda porque a história coletiva destes indivíduos com o HIV facilita o reconhecimento e a aceitação do homossexual soropositivo numa comunidade mais solidária e experiente para lidar com o HIV”. Outros grupos, tais como homens heterossexuais e mulheres em geral, por ainda não pertencerem a grupos que possuem uma história coletiva com o HIV, podem encontrar mais dificuldades de aceitação e reconhecimento, da parte de si mesmo e dos outros que os cercam. As pessoas se reorganizam e concebem suas vidas com aids de formas distintas, de acordo com suas procedências e singularidades, seguindo diferentes cursos de vida e modos diversos de tornar-se soropositivo e de como adotar uma identidade de pessoa vivendo com aids<sup>134</sup>.

É importante lembrar que as questões de gênero que permeiam as relações não se ausentam, e que as vivências são particulares neste aspecto também. Neste sentido, percebe-se que alguns lugares são propostos ou negados dependendo do gênero ao qual se pertence. Se para as mulheres falar de reprodução torna-se uma questão em razão da soropositividade, esse espaço não se faz muito presente para os homens<sup>135</sup>. Os espaços aparecem de forma particular para cada gênero, mas em geral os espaços para discussão da sexualidade se mostram escassos. E para as mulheres, portadoras ou não, falar de sexualidade, invariavelmente, aparece dentro da temática da reprodução.

Segundo Donini<sup>136</sup>, olhando diretamente para o exercício cotidiano de um serviço, nos últimos anos não ocorreram grandes mudanças no que diz respeito ao contexto de atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids quando se fala de sexo, relação sexual, preservativo. Os espaços para promoção de saúde sexual ainda são escassos. A abordagem do risco, ainda presente,

“retraduz continuamente a interpretação de seus limites como necessidade de um “saber como” ainda mais rigoroso, isto é, fazendo coincidir toda idéia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico. Se o que se sabe sobre uma associação de risco é pouco, ou se o que se sabe não permite intervenções muito eficazes, parte-se para o controle, mais uma vez nomológico, da incerteza, ou para o controle técnico dos fatores que se associam regularmente ao mau resultado. Sempre a argüição sobre o como fazer, raramente sobre o que se está fazendo.”<sup>137</sup>

Alguns estudos mostraram que a prevalência de comportamentos sexuais com risco de transmissão do HIV diminuiu, substancialmente, após o conhecimento do diagnóstico<sup>138</sup>. Isso mostra que, saber seu diagnóstico, produz algumas mudanças, de ordem comportamental, mas também expressa a possibilidade de adotar outra postura frente à sexualidade.

Nesta nova etapa da epidemia, o tratamento com ARV é direito; políticas públicas contra o estigma e discriminação são realizadas. Talvez esta etapa possa ser vista como uma possibilidade de reinvenção do corpo, da sexualidade e dos papéis exercidos por cada sujeito. O momento propicia esta reinvenção, já que esses indivíduos se deparam com um desalojamento em suas vivências.

É importante que a possibilidade de expressão da sexualidade, assim como os direitos reprodutivos de indivíduos soropositivos sejam assegurados, já que estes indivíduos não deixaram de ser desejantes ou de terem relações sexuais<sup>139</sup>.

É também importante que se preveja o uso de preservativo e de sexo seguro não pela visão da ameaça e do risco, mas pela possibilidade de

vivenciar a sexualidade de forma segura e livre de coerção. O exercício da sexualidade deve ser assegurado independentemente da condição sorológica.

As exigências que a epidemia da aids trouxe para a intimidade parecem entrar em conflito com algumas questões relacionadas à constituição dos relacionamentos sexuais no universo feminino hegemônico, marcados por um modo de vivenciar o sexual englobado pelo ideal de plenitude amorosa<sup>140</sup>. Nele, a entrega total e o desejo de fusão com o outro, simbolizados no ato sexual, chocam-se com a prescrição normativa do uso do preservativo, que representa uma barreira simbólica na qual a “desconfiança”, avessa ao pacto amoroso, é colocada. Dessa forma, o discurso do “sexo seguro” parece encontrar uma ressonância instável dentro dessa ordenação simbólica. Entre as mulheres bissexuais ou homossexuais, estes significados não necessariamente são os mesmos e, em um contraponto interessante, não existem programas ou propostas (ou se existem são pouco visíveis) de prevenção em relação à vida sexual destas mulheres. Ainda, são escassos ou inexistentes os espaços para que estas mulheres possam falar sobre a vida sexual ou sobre desejos reprodutivos que incluam outras mulheres. Se existe a dificuldade de promover o cuidado entre as que se enquadram no discurso hegemônico de feminino, aquelas que não se enquadram podem ser consideradas quase invisíveis.

Nas pesquisas sobre as mudanças na sexualidade após o diagnóstico, grande parte descreveu as associações entre uso de antirretrovirais e disfunções sexuais<sup>141</sup>, em particular em relação à associação do uso de inibidores de protease e disfunção sexual em homens<sup>142,143</sup>. Em artigo sobre as questões sexuais relativas a pessoas HIV-positivas que fazem uso de ARV, poucas evidências foram encontradas em relação a diferenças entre os sexos durante o uso de ARV<sup>144</sup>. Em estudo descritivo sobre o sexo e a sexualidade de portadores, os autores observaram que após o diagnóstico se instaura um estado de anormalidade sexual, já que se catalisa a associação entre sexo e morte<sup>145</sup>.

Este trabalho buscou examinar as possibilidades relativas à vida sexual de homens e mulheres vivendo com HIV. Após o sorodiagnóstico, quais são as possibilidades e dificuldades que se apresentam para a vida sexual de portadores?

## **2 OBJETIVOS**

Descrever as mudanças sexuais na vida de homens e mulheres após o diagnóstico de HIV/Aids.

Analisar a associação entre a piora na vida sexual com o perfil sociodemográfico, as variáveis relativas à vida sexual, ao HIV, ao uso de drogas e aos serviços de saúde.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 DESENHO DO ESTUDO:**

Comparação de amostras oriundas de dois estudos transversais com homens e mulheres portadores de HIV/Aids.

### **3.2 LOCAIS DOS ESTUDOS:**

Ambos foram realizados em dois centros de referência para o HIV/Aids na cidade de São Paulo:

Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/Aids da Divisão de Clínica de moléstias infecciosas e parasitárias do Hospital das Clínicas da FMUSP (Casa da Aids). Fundado em 1994, o Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/Aids, Casa da Aids, é vinculado à

Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, referência na assistência multidisciplinar e ensino em HIV/Aids. Possui campo para desenvolvimento de atividades de ensino de graduação, pós-graduação (estrito e lato senso), para as áreas médicas e áreas afins. Atualmente, realiza atendimento integral ao paciente, oferecendo serviços em infectologia, ginecologia, psiquiatria, obstetrícia, endoscopia, saúde bucal, psicologia, assistente social, nutricionista e educação física. O Serviço possui atendimento aos pacientes em Hospital Dia, farmácia, arquivo de prontuários e Setor de Registro. Estão em acompanhamento 4.000 pacientes. Fica localizado na zona central da cidade.

Centro de Referência e Treinamento em doenças sexualmente transmissíveis e aids da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (CRT - DST/Aids). Unidade de referência normativa, de avaliação e de coordenação do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no Estado de São Paulo. Além de ser sede da coordenação do Programa Estadual de DST/Aids-SP desde 1995, o CRT-DST/Aids tem por finalidade: elaborar e implantar normas relativas às DST/Aids, no âmbito do SUS/SP; elaborar propostas de prevenção; prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/Aids; propor e executar ações de vigilância epidemiológica e controle das DST/Aids; desenvolver programas de formação, treinamento e aperfeiçoamento, como também desenvolver e apoiar pesquisa científica em seu campo de atuação e promover o intercâmbio técnico-científico com outras instituições nacionais e internacionais. Desde a sua implantação, matricularam-se no CRT DST/Aids 5000 pacientes. Localizado na zona sul da cidade.

### **3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

A coleta de dados para a primeira pesquisa, intitulada *VULNERABILIDADE E O CUIDADO COM AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/Aids – UM ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/Aids NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DA CIDADE SÃO PAULO* (ECI –Enhancing Care Initiative), foi realizada no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000.

Foram entrevistadas 729 mulheres vivendo com HIV/Aids, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidas nos dois serviços descritos acima. Elas foram convidadas a participar conforme a ordem de chegada aos serviços para consulta com infectologista. Os questionários utilizados continham perguntas relativas à caracterização sócio-demográfica, constituição familiar, tipo de parceria atual, vida sexual e reprodutiva, uso de preservativo, métodos anticoncepcionais, testagem para HIV, percepção de risco, uso de drogas, investigação sobre os cuidados recebidos nos serviços de saúde onde recebe tratamento e sua relação com estes serviços.

A coleta de dados para a segunda pesquisa, intitulada *PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DE HOMENS VIVENDO COM HIV QUE FAZEM SEXO COM MULHERES NA CIDADE DE SÃO PAULO*, foi realizada no período de outubro de 2001 a fevereiro de 2002.

Foram entrevistados 250 homens vivendo com HIV/Aids, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos nos mesmos serviços descritos acima. Estes pacientes foram selecionados a partir de um convite feito na sala de espera aos pacientes que compareceram à consulta médica agendada, mediante resposta afirmativa à pergunta: “Você faz sexo com mulheres?”. Os pacientes que se identificaram exclusivamente como homossexuais não foram incluídos no estudo. Os questionários utilizados continham perguntas referentes à caracterização sócio-demográfica, constituição familiar, tipo de parceria atual, vida sexual e reprodutiva, histórico de abuso sexual, uso de preservativo, métodos anticoncepcionais, testagem para HIV, percepção de risco, uso de



drogas, investigação sobre os cuidados recebidos nos serviços de saúde onde recebe tratamento e sua relação com estes serviços.

As entrevistas de ambas as pesquisas foram realizadas por profissionais de saúde treinados e em espaços reservados.

As amostras são de conveniência, do tipo consecutivas.<sup>146</sup>

### **3.4 VARIÁVEIS**

Os questionários utilizados para as entrevistas incluíram questões abertas e fechadas sobre: caracterização sócio-econômica, caracterização demográfica, tipo de parceria atual, vida sexual e reprodutiva, uso de camisinha, métodos anticoncepcionais, testagem para HIV, percepção de risco, uso de drogas, além de investigação sobre os cuidados que vêm recebendo e sua relação com os serviços em que recebem tratamento.

#### **3.4.1 Variável dependente**

As respostas dadas às questões referentes à sexualidade foram categorizadas e analisadas. Depois, foi realizada uma comparação entre os grupos de mulheres e homens em relação ao desfecho: piora da vida sexual após diagnóstico de HIV.

Para tanto, foi utilizada uma questão de cada questionário, alusiva à vida sexual das mulheres e dos homens após o diagnóstico de HIV. No questionário das mulheres, a pergunta aparece desta forma:

**Como está sua vida sexual atualmente, comparando com a de antes de ter o resultado positivo para o HIV? Por quê?**

**1-ficou igual**

**2-piorou**

**3-melhorou**

**4-ficou diferente**

No questionário dos homens, a pergunta aparece desta forma:

**Você sentiu diferença na sua vida sexual depois de descobrir que tinha HIV? Por quê? Qual?**

Para que houvesse possibilidade de comparar as respostas dos homens com a das mulheres, categorizou-se as respostas dos homens de modo que estas contemplassem as categorias FICOU IGUAL, MELHOROU OU PIOROU. Para que a categorização das respostas do questionário das mulheres fosse também esta, as respostas das mulheres referentes à alternativa FICOU DIFERENTE também foram categorizadas em uma das duas últimas categorias acima citadas. As respostas categorizadas posteriormente são dadas nas últimas partes da pergunta. No caso das mulheres, as respostas dadas ao “Por quê?”; e no caso do questionário dos homens, as respostas dadas a “Por quê? Qual?”.

Com relação às respostas das mulheres, as categorias FICOU IGUAL e MELHOROU foram categorizadas como NÃO, quer dizer, a vida sexual após o diagnóstico não piorou. Foram categorizadas como SIM, piorou a vida sexual após o diagnóstico, as categorias PIOROU e as respostas categorizadas como piora na categoria FICOU DIFERENTE. Esta categorização foi realizada por duas avaliadoras, incluindo a autora do presente estudo.

Exemplos de categorização de piora na vida sexual após o diagnóstico:

Mulheres: **Como está sua vida sexual atualmente, comparando com a de antes de ter o resultado positivo para o HIV?**

Alternativa assinalada: FICOU DIFERENTE

**Por quê?**

“Ficou com medo de se envolver”, “Hoje não quero ter sexo”, “Devido ao HIV”, “Perdeu mais o interesse”.

Homens:

**Você sentiu diferença na sua vida sexual depois de descobrir que tinha HIV?**

Resposta: SIM.

**Por quê? Qual?**

“Tenho mais medo da prática (sexual)”, “Esposa distante, não é como antigamente”, “Tenho medo de pegar outras doenças”, “Tenho medo de infectar os outros”.

As categorizações se basearam no quanto o diagnóstico impactou de maneira negativa na vida sexual dos entrevistados. Em caso de outras mudanças, tais como o uso de preservativo, tornar-se mais precavido (a) para não se infectar com outras doenças ou infectar o parceiro; que não se tratam necessariamente de mudanças negativas na vida sexual, a categorização foi mantida como *ficou diferente*. Sendo assim, essas respostas não compõem a variável desfecho, e se tornam não piorou, como todas as outras categorizações que não sejam de *piora da vida sexual após o diagnóstico*.

Ainda, nos casos em que as respostas indicam processo, como uma mudança negativa e depois uma adaptação, foram categorizadas como *piora*, pois após o diagnóstico houve *piora* em algum momento.

### **3.4.2 Variáveis independentes**

Para mulheres:

**sócio-demográficas:** idade, cor/etnia, escolaridade, estado civil, ter filhos ou não, tipo de moradia, vínculo empregatício, renda mensal per capita;

**relacionadas à vida sexual e reprodutiva:** idade da primeira relação sexual, número de parcerias sexuais na vida, parceria (fixa ou não), se o parceiro atual é HIV+, se o parceiro atual sabe que a entrevistada é HIV+, se faz sexo com preservativo, desejo de ter filhos, se já foi vítima de algum tipo de violência;

**associadas ao HIV:** se pensou ter HIV antes do teste, contagem de CD4, carga viral, tempo de diagnóstico, se toma antirretrovirais, adesão ao tratamento, a via pela qual se infectou;

**uso de drogas:** consumo de bebida alcoólica, uso de maconha, uso de crack;

**relacionadas ao uso do serviço de saúde:** se já foi atendida por ginecologista, enfermeiro, psicólogo, facilidade de falar da vida sexual com infectologista, com ginecologista e com psicólogo, se já foi atendida sem ser olhada, se já se sentiu discriminada ou tratada com preconceito no serviço de saúde, se já foi destrutada ou humilhada no serviço de saúde, se já passou por dor ou desconforto físico por erro do serviço.

Para homens:

**sócio-demográficas:** idade, cor/etnia, escolaridade, estado civil, ter filhos ou não, tipo de moradia, número de pessoas que dormem no mesmo cômodo além do entrevistado, vínculo empregatício, renda mensal per capita;

**relacionadas à vida sexual e reprodutiva:** idade da primeira relação sexual, orientação sexual, número de parcerias sexuais na vida, parceria fixa, se o parceiro atual é HIV+, desejo de ter filhos, se sofreu abuso sexual antes dos

15 anos; se pensou ter HIV antes do teste, contagem de CD4, tempo de diagnóstico, se toma antirretrovirais, a via pela qual se infectou

**associadas ao HIV:** se pensou ter HIV antes do teste, tempo de diagnóstico, se toma antirretrovirais, a via pela qual se infectou, se considera difícil começar uma nova relação por ter que falar sobre o HIV;

**uso de drogas:** uso de maconha, consumo de álcool, uso de crack;

**relacionadas ao uso do serviço de saúde:** se já foi atendido por enfermeiro, por psicólogo, facilidade de falar da vida sexual com infectologista, com psicólogo, se já se sentiu discriminado ou tratado com preconceito no serviço de saúde, se já foi destrutado ou humilhado no serviço de saúde, se já foi atendido sem ser olhado no serviço de saúde, se já passou por dor ou desconforto físico por erro do serviço.

### 3.4.3 Descrição da amostra

#### Mulheres

A idade média das mulheres foi de 36,6 anos (DP=11,06) e se concentrava entre 25-45 anos. Com base na cor auto-referida, a amostra se dividiu em branca e negro-parda. A maior parte relatou até 8 anos de escolaridade. A renda per capita foi de 1 a 5 salários mínimos para a maioria das mulheres, mas cinco em cada dez ganhava até um salário. Mais da metade das mulheres estava desempregada e a maioria residia em casa ou apartamento. Grande parte da amostra se declarou solteira.

Mais da metade relatou parceria fixa. O parceiro da maior parte delas era soronegativo e, ainda, a maioria dos parceiros sabia do diagnóstico. A maior parte relatou de 2 a 5 parcerias sexuais durante a vida, até aquele momento. Com relação ao início da vida sexual, a maioria das mulheres iniciou a vida sexual com, ao menos, 16 anos. A maioria relatou ter relações sexuais com

preservativo e duas em cada dez relataram não ter tido mais relações sexuais após o diagnóstico. Poucas mulheres não tinham filhos e a grande maioria relatou não querer ter filhos (outros ou pela primeira vez). Duas em cada dez mulheres já haviam sido vítimas de algum tipo de violência.

A contagem de CD4 da maioria estava acima de 350 mm<sup>3</sup>. Cinco em cada dez mulheres apresentavam carga viral abaixo de 20.000 cópias de RNA/ml. Quase todas faziam uso de medicação antirretroviral no momento da entrevista, bem como tomava a medicação como indicado. Grande parte delas sabia do diagnóstico há, pelo menos, 3 anos. A maior parte das mulheres relatou a prática sexual como via de transmissão para a infecção pelo HIV. Com relação à percepção de risco, a maior parte não pensava estar infectada antes do resultado da sorologia.

Uma parte significativa já havia feito uso de maconha, ao contrário de outras drogas – crack, LSD, cola, bolinha, injetáveis – as quais a maioria nunca havia feito uso.

No que tange à instituição de saúde, mais da metade das mulheres já haviam sido atendidas por ginecologista, grande parte já havia sido atendida por enfermeiro (a) e parte significativa já havia sido atendida por psicólogo (a). A maioria das mulheres nunca passou por dor ou desconforto físico por erro de serviço, nem se sentiu destratada, humilhada, discriminada ou tratada com preconceito. A maior parte disse ter facilidade de falar da vida sexual com infectologista, ginecologista e psicólogo.

## Homens

A idade média foi de 39,6 entre os homens (DP=9,94) e se concentrava entre 35-45. A maior parte se declarou branco e tinha, ao menos, 9 anos de escolaridade. Quase metade era composta por solteiros, com a segunda maior porcentagem de casados. A maioria trabalhava e ganhava entre 1 e 5 salários

mínimos; quase todos residiam em casa ou apartamento e a maioria dividia o quarto com até 1 pessoa.

A maioria relatou parceria fixa, assim como parceria soronegativa. Com relação à vida sexual, a grande maioria dos homens relatou mais de 6 parcerias sexuais durante a vida e a maior parte iniciou a vida sexual com idade de até 15 anos. A proporção de heterossexuais se mostrou maior. Grande parte tinha filhos e quase metade da amostra expressou desejo de ter filhos. Aproximadamente, dois em cada dez homens relataram ter sofrido abuso sexual antes dos 15 anos.

Quase metade dos homens sabia do sorodiagnóstico há, pelo menos, 5 anos, e a maior parte dos participantes não pensava estar infectado antes do resultado da sorologia. A prática sexual foi a via de transmissão mais comumente referida. Quase todos faziam uso de antirretrovirais. Sete em cada dez homens da amostra consideraram difícil começar uma nova relação por causa do HIV.

Grande parte já havia feito uso de maconha, uma parte significativa já havia feito uso de crack. Mais da metade relatou o hábito de consumir bebida alcoólica.

Com relação à instituição de saúde, a maioria já havia sido atendida por enfermeiro(a), pouco menos da metade já haviam sido atendidos por psicólogo e a maioria nunca havia passado por dor ou desconforto físico por erro do serviço, nem atendido sem ser olhado ou sentiu-se discriminado ou humilhado. Mais da metade relatou ter facilidade de falar da vida sexual com o infectologista, mas dois em cada dez nunca se sentiam à vontade para fazê-lo. A maioria dos que foram atendidos por psicólogos tiveram facilidade de falar da vida sexual com este profissional.

#### **3.4.4 Procedimento de análise dos dados**

Como a mudança na sexualidade de portadores ainda é um tema pouco investigado, optamos por uma análise do tipo exploratória, na qual o procedimento utilizado foi manter as variáveis em grupos “temáticos”.

Todas as variáveis foram testadas em relação ao desfecho através do qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, para exame de diferenças na distribuição. A análise univariada de Poisson com estimação robusta de variância foi realizada e as variáveis com  $p \leq 0,20$  foram selecionadas para o modelo final.

Utilizou-se o modelo múltiplo de Poisson com estimativa robusta de variância<sup>147</sup>, a qual permite que variáveis com uma significância específica (no caso,  $p \leq 0,20$ ) entrem no modelo, em ordem pelo seu valor de pseudoverossimilhança. No modelo final, as variáveis consideradas significantes são as variáveis que possuem um intervalo de confiança (de 95%) do valor da razão de prevalência que não contenha o número 1. Além disso, utilizando o método *change-in-estimate*, foram mantidas as variáveis que no modelo final modificaram em 10% ou mais o valor da razão de prevalência de outra variável.<sup>148</sup>

Ainda, para aproveitamento máximo dos dados disponíveis, optou-se pela execução de **dois** modelos: um para mulheres e outro para homens. Desta maneira, buscou-se uma análise mais aprofundada em relação a cada sexo.

#### **3.4.5 Aspectos éticos**

Todos os pacientes foram entrevistados após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os protocolos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CRT-DST/Aids, pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa do Hospital das Clínicas de São Paulo – USP e o presente projeto, pelo CEP da Faculdade de Saúde Pública – USP.



## **4 RESULTADOS**

### **4.1 DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES**

No que diz respeito às variáveis comuns em ambos os sexos, algumas diferenças se mostram significativas:

As mulheres eram mais jovens, solteiras e com filhos ( $p < 0,001$ ). Os homens tinham mais escolaridade e vínculo empregatício ( $p < 0,001$ ).

Igualmente, os homens iniciaram a vida sexual mais cedo, tiveram mais parcerias sexuais durante a vida e declararam mais desejo de ter filhos ( $p < 0,001$ ).

A via de infecção mais comum foi a sexual, os homens declararam mais uso de drogas – crack, maconha e álcool ( $p < 0,001$ ).

As mulheres foram menos atendidas por enfermeiros ( $p < 0,001$ ) e os homens foram mais atendidos por psicólogos ( $p = 0,026$ ).

### **4.2 FATORES ASSOCIADOS ÀS MUDANÇAS NEGATIVAS NA VIDA SEXUAL**

Em relação às mudanças na vida sexual após o diagnóstico, uma proporção significativa dos participantes relatou piora na vida sexual – 45,6%. Encontrou-se maior proporção de relato de piora para os homens do que para as mulheres. (Fig. 1)

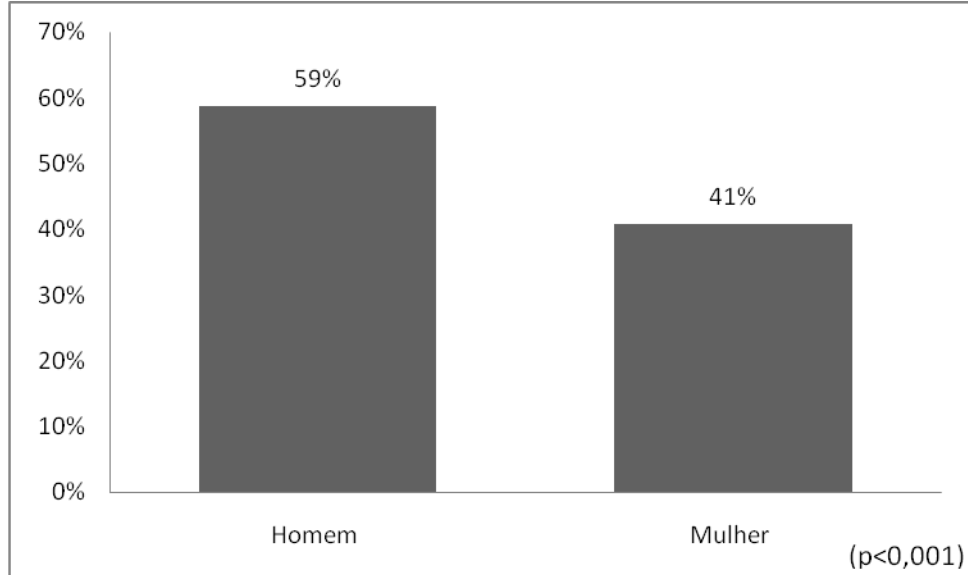


Figura: 1. Mudanças negativas na vida sexual após o diagnóstico de HIV, por sexo.

#### 4.2.1 Mulheres

Na tabela 1, que segue, são apresentados os valores de razão de prevalência (RP) não-ajustados. Foram selecionadas para o modelo final das mulheres as seguintes variáveis: a) **sócio-demográficas**: idade, estado civil, renda mensal *per capita*, cor/etnia; b) **relacionadas à vida sexual e reprodutiva**: parceria (fixa ou não), número de parcerias sexuais na vida, se faz sexo com preservativo, desejo de ter filhos; c) **associadas ao HIV**: a via pela qual se infectou; d) **uso de drogas**: consumo de bebida alcoólica, uso de maconha, uso de crack; e) **relacionadas ao uso do serviço de saúde**: se já foi atendida por ginecologista, enfermeiro, se já passou por dor ou desconforto físico por erro do serviço, se já foi destrutada ou humilhada no serviço de saúde, facilidade de falar da vida sexual com infectologista e com ginecologista.

As variáveis não selecionadas para modelagem por regressão múltipla foram: a) **sócio-demográficas**: escolaridade, filhos, moradia, vínculo

empregatício; b) **relacionadas à vida sexual e reprodutiva**: idade da primeira relação sexual, se o parceiro atual é HIV+, se o parceiro atual sabe que a entrevistada é HIV+, se já foi vítima de algum tipo de violência; c) **associadas ao HIV**: se pensou ter HIV antes do teste, contagem de CD4, carga viral, tempo de diagnóstico, uso de antirretrovirais, adesão ao tratamento; d) **relacionadas ao uso do serviço de saúde**: atendimento por psicólogo, facilidade de falar da vida sexual com infectologista e com psicólogo, se já foi atendida sem ser olhada, se já se sentiu discriminada ou tratada com preconceito no serviço de saúde.

**Tabela: 1. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV/Aids, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 1999 e 2001**

	<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>					
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Variáveis sócio-demográficas</b>						
<b>Idade</b>						
Até 35	342	64,91	35,09	1,00		
35 a +	375	53,87	46,13	1,32	(1,10; 1,58)	0,003
<b>Cor</b>						
Branco	380	61,58	38,42	1,00		
Negro/pardo/preto	331	56,50	43,50	1,13	(0,95;1,35)	0,169
<b>Escolaridade</b>						
9 a +	340	61,18	38,82	1,00		
0 a 8	377	57,29	42,71	1,10	(0,92;1,31)	0,293
<b>Estado Civil</b>						
Viúvo/Divorciado	255	54,51	45,49	1,00		
Solteiro	310	62,58	37,42	0,82	(0,68; 1,00)	0,052
Casada	152	59,87	40,13	0,88	(0,70; 1,12)	0,299
<b>Tem filho(s)</b>						
Não	168	57,14	42,86			
Sim	548	59,74	40,26	0,94	(0,77;1,15)	0,544
<b>Moradia</b>						
Casa/apto	694	58,93	41,07	1,00		
Moradia precária	23	65,22	34,78	0,85	(0,48; 1,49)	0,566
<b>Trabalho</b>						
Trabalha	335	60,30	39,70	1,00		
Desempregada	382	58,12	41,88	1,06	(0,88;1,26)	0,554
<b>Renda per capita (SM)</b>						
0 a 1	389	57,33	42,67	1,00		
2 a 4	175	66,86	33,14	0,77	(0,61; 0,99)	0,039
5 ou +	153	54,90	45,10	1,05	(0,86; 1,30)	0,605
<b>Variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva</b>						
<b>Idade da primeira relação sexual</b>						
16 ou +	538	57,81	42,19	1,00		
Até 15	174	63,79	36,21	0,86	(0,69;1,07)	0,174
<b>Numero de parcerias</b>						

**Tabela: 1. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV/Aids, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Até 5	480	57,29	42,71	1,00		
6 ou +	228	62,72	37,28	0,87	(0,72;1,06)	0,178
<b>Parceiro fixo</b>						
Não	311	49,20	50,80	1,00		
Sim	405	66,67	33,33	0,66	(0,55;0,78)	0,000
<b>Parceiro atual</b>						
<b>HIV+*</b>						
Sim	174	20,14	27,12	1,00		
Não	187	30,42	19,80	0,92	(0,68;1,23)	0,558
Não sabe	38	7,31	5,80	1,05	(0,68;1,61)	0,845
<b>Parceiro atual sabe que é HIV+*</b>						
Sim	375	59,20	42,32	1,00		
Não	27	4,25	3,07	0,90	(0,49;1,63)	0,720
Não sabe	7	0,68	1,18	0,86	(0,27;2,82)	0,808
<b>Faz sexo com preservativo</b>						
Sim, com preservativo	485	66,39	33,61	1,00		
Sim, sem preservativo	71	63,38	36,62	1,09	(0,78; 1,52)	0,611
Não tem mais relações sexuais após o diagnóstico	141	32,62	67,38	2,01	(1,69; 2,38)	0,000
<b>Desejo de ter filhos</b>						
Esterilizada	32	78,13	21,88	1,00		
Não	532	57,32	42,68	1,95	(1,01; 3,78)	0,048
Sim/grávida	117	62,39	37,61	1,72	(0,86; 3,45)	0,127
<b>Já foi vítima de algum tipo de violência</b>						
Não	537	58,10	41,90	1,00		
Sim	179	62,01	37,99	0,91	(0,73;1,12)	0,365
<b>Variáveis relacionadas ao HIV</b>						
<b>Pensou ter HIV antes do teste</b>						

**Tabela: 1. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV/Aids, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>			
Sim	231	58,01	41,99	1,00		
Não	485	59,79	40,21	0,96	(0,80;1,15)	0,648
<b>Contagem CD4</b>						
Acima de 350	511	60,47	39,53	1,00		
Até 350	206	55,83	44,17	1,12	(0,93; 1,35)	0,245
<b>Carga viral</b>						
Até 20.000	363	57,85	42,15	1,00		
Acima de 20.000	60	61,67	38,33	0,91	(0,65; 1,28)	0,588
Não sabe	267	60,30	39,70	0,94	(0,78; 1,14)	0,539
<b>Tempo de diagnóstico</b>						
4 a + anos	248	40,00	60,00	1,00		
Até 3 anos	469	40,72	59,28	0,95	(0,79; 1,15)	0,596
<b>Toma ARV</b>						
Não	80	65,00	35,00	1,00		
Sim	637	58,3	41,6	1,19	(0,87;1,63)	0,279
<b>Adesão</b>						
Sim	539	58,36	41,64	1,00		
Não	99	58,59	41,41	1,00	(0,77; 1,28)	0,967
Não toma ARV	80	65,82	34,18	0,82	(0,60; 1,13)	0,230
<b>Via pela qual se infectou</b>						
Outros	82	48,78	51,22	1,00		
Sexo	446	60,31	39,69	0,78	(0,61; 0,99)	0,038
Droga	18	66,67	33,33	0,65	(0,33; 1,29)	0,220
Droga+sexo	164	60,37	39,63	0,77	(0,58;1,03)	0,076
<b>Uso de drogas</b>						
<b>Consome algum tipo de bebida alcoólica</b>						
Sim	204	63,73	36,27	1,00		
Não	513	57,31	42,69	1,18	(0,96; 1,45)	0,125
<b>Já fez uso de maconha</b>						
Sim	574	57,84	42,16	1,00		
Não	143	64,34	35,66	0,85	(0,67; 1,08)	0,172
<b>Já fez uso de crack</b>						
Sim	673	58,40	41,60	1,00		

**Tabela: 1. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV/Aids, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Não	44	70,45	29,55	0,71	(0,45; 1,13)	0,149
<b>Variáveis relacionadas ao uso do serviço de saúde</b>						
<b>Já foi atendido por ginecologista no serviço de saúde onde se trata ou encaminhada</b>						
Sim	449	63,03	36,97	1,00		
Não	264	53,41	46,59	1,26	(1,06; 1,51)	0,010
<b>Já foi atendido por enfermeiro no serviço de saúde onde se trata ou encaminhada</b>						
Sim	320	65,31	34,69	1,00		
Não	393	54,45	45,55	1,31	(1,09; 1,58)	0,004
<b>Já foi atendido por psicólogo no serviço de saúde onde se trata ou encaminhada</b>						
Sim	236	61,44	38,56	1,00		
Não	475	58,53	41,47	1,08	(0,89; 1,31)	0,442
<b>Facilidade de falar com infectologista sobre a vida sexual</b>						
Sempre	414	62,80	37,20	1,00		
Às vezes	103	56,31	43,69	1,18	(0,91; 1,51)	0,212
Nunca	173	53,18	46,82	1,26	(1,03; 1,54)	0,026
Não se aplica	24	50,00	50,00	1,34	(0,88; 2,05)	0,167
<b>Facilidade de falar com ginecologista sobre a vida sexual</b>						
Sempre	261	68,20	31,80	1,00		
Às vezes	77	55,84	44,16	1,39	(1,02; 1,89)	0,037
Nunca	94	54,26	45,74	1,44	(1,08; 1,91)	0,012

**Tabela: 1. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico de HIV/Aids, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Não se aplica**	242	54,13	45,87	1,44	(1,15; 1,81)	0,001
<b>Facilidade de falar com psicólogo sobre a vida sexual</b>						
Sempre	133	63,16	36,84	1,00		
Às vezes	32	62,50	37,50	1,02	(0,62; 1,68)	0,945
Nunca	49	62,27	37,73	1,00	(0,65; 1,53)	0,989
Não se aplica**	500	57,80	42,20	1,15	(0,90; 1,46)	0,278
<b>Foi atendida sem ser olhada</b>						
Nunca	612	59,31	40,69	1,00		
Poucas vezes	81	60,49	39,51	0,97	(0,73; 1,29)	0,840
Muitas vezes	22	54,55	45,45	1,12	(0,70; 1,78)	0,643
<b>Sentiu-se discriminada ou tratada com preconceito</b>						
Nunca	671	59,76	40,24	1,00		
Poucas vezes	34	52,94	47,06	1,17	(0,81; 1,69)	0,405
Muitas vezes	11	45,45	54,55	1,36	(0,78; 2,34)	0,276
<b>Foi destrutada ou humilhada</b>						
Nunca	673	59,73	40,27	1,00		
Poucas vezes	38	50,00	50,00	1,24	(0,89; 1,73)	0,200
Muitas vezes	4	50,00	50,00	1,24	(0,46; 3,33)	0,667
<b>Já passou dor ou desconforto físico por erro do serviço</b>						
Nunca	647	59,51	40,49	1,00		
Poucas vezes	61	62,30	37,70	0,93	(0,65; 1,30)	0,677
Muitas vezes	8	12,50	87,50	2,16	(1,64; 2,85)	0,000

\* não foram consideradas as mulheres sem parceiro, \*\* nunca foi atendida ou missing.



Na tabela 2, são exibidas as variáveis incluídas no modelo final para mulheres. Na análise múltipla, as variáveis que se mostraram associadas negativamente, isto é, associadas a menos mudanças negativas em relação à vida sexual após o diagnóstico: 1) **possuir renda mensal de 2 a 5 salários mínimos** e 2) **referir a via sexual como via de transmissão do HIV**. Estas variáveis podem ser consideradas protetivas em relação ao desfecho.

Mostraram-se associadas positivamente à piora na vida sexual, após o diagnóstico, as seguintes variáveis: 1) **abstenção de relações sexuais após o diagnóstico**, 2) **não desejar ter mais filhos** ou 3) **desejar tê-los/estar grávida**, 4) **não ter sido atendida por enfermeiro**, 5) **nunca se sentir a vontade para falar sobre a vida sexual com ginecologista**, 6) **ter passado muitas vezes por desconforto físico**.

A variável *idade* e a variável *atendimento por ginecologista* não se mantiveram no modelo final por um efeito conjunto de variáveis.

A variável *parceria fixa* não permaneceu no modelo, retirada pela introdução da variável *faz sexo com preservativo*, esta última considerada variável de confusão (*change-in-estimate* na RP maior que 10%)<sup>149</sup>.

**Tabela: 2. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>
<b>Variáveis sócio-demográficas</b>							
<b>Idade</b>							
Até 35	342	64,91	35,09	1,00		1,00	
35 a +	375	53,87	46,13	1,32	(1,10; 1,58)	1,12	(0,91; 1,38)
<b>Cor</b>							
Branco	380	61,58	38,42	1,00		1,00	
Negro/pardo/preto	331	56,50	43,50	1,13	(0,95; 1,35)	1,14	(0,95; 1,36)
<b>Estado Civil</b>							
Viúvo/Divorciado	255	54,51	45,49	1,00		1,00	
Solteiro	310	62,58	37,42	0,82	(0,68; 1,00)	0,91	(0,73; 1,14)
Casada	152	59,87	40,13	0,88	(0,70; 1,12)	1,13	(0,87; 1,48)
<b>Renda per capita (SM)</b>							
0 a 1	389	57,33	42,67	1,00		1,00	
2 a 4	175	66,86	33,14	0,77	(0,61; 0,99)	0,76	(0,59; 0,98)
5 ou +	153	54,90	45,10	1,05	(0,86; 1,30)	1,03	(0,82; 1,30)
<b>Variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva</b>							
<b>Numero de parcerias</b>							
Até 5	480	57,29	42,71	1,00		1,00	
6 ou +	228	62,72	37,28	0,87	(0,72; 1,06)	0,92	(0,73; 1,16)
<b>Parceiro fixo</b>							
Não	311	49,20	50,80	1,00		1,00	
Sim	405	66,67	33,33	0,66	(0,55; 0,78)	0,82	(0,64; 1,04)
<b>Faz sexo com preservativo</b>							
Sim, com preservativo	485	66,39	33,61	1,00		1,00	
Sim, sem preservativo	71	63,38	36,62	1,09	(0,78; 1,52)	1,13	(0,81; 1,55)
Não tem mais relações sexuais após o diagnóstico	141	32,62	67,38	2,01	(1,69; 2,38)	1,66	(1,31; 2,10)
<b>Desejo de ter filhos</b>							
Esterilizada	32	78,13	21,88	1,00		1,00	

**Tabela: 2. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>
Não	532	57,32	42,68	1,95	(1,01; 3,78)	2,28	(1,19; 4,40)
Sim/grávida	117	62,39	37,61	1,72	(0,86; 3,45)	2,12	(1,07; 4,22)
<b>Variáveis relacionadas ao HIV</b>							
<b>Via pela qual se infectou</b>							
Outros	82	48,78	51,22	1,00		1,00	
Sexo	446	60,31	39,69	0,78	(0,61; 0,99)	0,73	(0,57; 0,94)
Droga injetável	18	66,67	33,33	0,65	(0,33; 1,29)	0,81	(0,43; 1,55)
Droga injetável+sexo	164	60,37	39,63	0,77	(0,58; 1,03)	0,76	(0,56; 1,04)
<b>Uso de drogas</b>							
<b>Consome algum tipo de bebida alcoólica</b>							
Sim	204	63,73	36,27	1,00		1,00	
Não	513	57,31	42,69	1,18	(0,96; 1,45)	1,03	(0,83; 1,29)
<b>Já fez uso de maconha</b>							
Sim	574	57,84	42,16	1,00		1,00	
Não	143	64,34	35,66	0,85	(0,67; 1,08)	1,06	(0,78; 1,44)
<b>Já fez uso de crack</b>							
Sim	673	58,40	41,60	1,00		1,00	
Não	44	70,45	29,55	0,71	(0,45; 1,13)	0,92	(0,54; 1,59)
<b>Variáveis relacionadas ao uso do serviço de saúde</b>							
<b>Já foi atendida por ginecologista no serviço de saúde onde se trata ou encaminhada</b>							
Sim	449	63,03	36,97	1,00		1,00	
Não	264	53,41	46,59	1,26	(1,06; 1,51)	1,41	(0,99; 2,00)
<b>Já foi atendida por enfermeiro no serviço de saúde</b>							

**Tabela: 2. Distribuição da amostra de mulheres segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>
<b>onde se trata ou encaminhada</b>							
Sim	320	65,31	34,69	1,00		1,00	
Não	393	54,45	45,55	1,31	(1,09; 1,58)	1,22	(1,01; 1,48)
<b>Facilidade de falar com infectologista sobre a vida sexual</b>							
Sempre	414	62,80	37,20	1,00		1,00	
Às vezes	103	56,31	43,69	1,18	(0,91; 1,51)	1,31	(0,99; 1,75)
Nunca	173	53,18	46,82	1,26	(1,03; 1,54)	0,99	(0,78; 1,26)
Não se aplica	24	50,00	50,00	1,34	(0,88; 2,05)	1,12	(0,74; 1,68)
<b>Facilidade de falar com ginecologista sobre a vida sexual</b>							
Sempre	261	68,20	31,80	1,00		1,00	
Às vezes	77	55,84	44,16	1,39	(1,02; 1,89)	1,18	(0,83; 1,68)
Nunca	94	54,26	45,74	1,44	(1,08; 1,91)	1,39	(1,01; 1,91)
Não se aplica**	279	53,41	46,59	1,47	(1,18; 1,82)	0,98	(0,67; 1,43)
<b>Foi destrutada ou humilhada</b>							
Nunca	673	59,73	40,27	1,00			
Poucas vezes	38	50,00	50,00	1,24	(0,89; 1,73)	1,35	(0,90; 2,01)
Muitas vezes	4	50,00	50,00	1,24	(0,46; 3,33)	0,91	(0,41; 2,01)
<b>Já passou dor ou desconforto físico por erro do serviço</b>							
Nunca	647	59,51	40,49	1,00		1,00	
Poucas vezes	61	62,30	37,70	0,93	(0,65; 1,30)	1,00	(0,70; 1,43)
Muitas vezes	8	12,50	87,50	2,16	(1,64; 2,85)	3,34	(2,01; 5,55)

\*\* nunca foi atendida ou missing.

## 4.3 FATORES ASSOCIADOS ÀS MUDANÇAS NEGATIVAS NA VIDA SEXUAL

### 4.3.1 Homens

Na tabela 3, são apresentados os valores de razão de prevalência (RP) não-ajustados. Foram selecionadas para o modelo final dos homens as seguintes variáveis: a) **sócio-demográficas**: cor/etnia, escolaridade, estado civil, vínculo empregatício; b) **relacionadas à vida sexual e reprodutiva**: orientação sexual, idade da primeira relação sexual, número de parcerias sexuais na vida, se sofreu abuso sexual antes dos 15 anos; c) **associadas ao HIV**: se pensou ter HIV antes de fazer o teste, se toma antirretrovirais, se considera difícil começar uma nova relação por ter que falar sobre o HIV; d) **uso de drogas**: uso de maconha; e) **relacionadas ao uso do serviço de saúde**: se já foi atendido por enfermeiro, facilidade de falar da vida sexual com infectologista, se já foi atendido sem ser olhado no serviço de saúde, se já passou por dor ou desconforto físico por erro do serviço.

As que não foram selecionadas para teste por regressão múltipla, foram: a) **sócio-demográficas**: idade, filhos, moradia, número de pessoas que dormem no mesmo cômodo além do entrevistado; b) **relacionadas à vida sexual e reprodutiva**: parceria fixa, se o parceiro atual é HIV+, desejo de ter filhos; c) **associadas ao HIV**: tempo de diagnóstico, via pela qual se infectou; d) **uso de drogas**: consumo de álcool, uso de crack; e) **relacionadas ao uso do serviço de saúde**: atendimento por psicólogo, se já se sentiu discriminado ou tratado com preconceito no serviço de saúde, se já foi destratado ou humilhado no serviço de saúde.

**Tabela: 3. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 2000 e 2002.**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
	<b>Não</b>		<b>Sim</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>p</b>
<b>Variáveis sócio-demográficas</b>						
<b>Idade</b>						
Até 35	79	40,51	59,49	1,00		
35 a +	168	40,48	59,52	1,00	(0,80; 1,25)	0,996
<b>Cor</b>						
Negro/pardo/preto	103	50,49	49,51	1,00		
Branco	142	33,80	66,20	1,34	(1,06;1,68)	0,013
<b>Escolaridade</b>						
9 a +	142	36,62	63,38	1,00		
0 a 8	104	46,15	53,85	0,85	(0,68;1,06)	0,143
<b>Estado Civil</b>						
Viúvo/Divorciado	36	61,11	38,89	1,00		
Solteiro	110	34,55	65,45	1,68	(1,09; 2,59)	0,018
Casado	100	40,00	60,00	1,54	(0,99; 2,40)	0,054
<b>Tem filho(s)</b>						
Não	119	39,50	60,50	1,00		
Sim	128	41,41	58,59	0,97	(0,79; 1,19)	0,760
<b>Moradia</b>						
Casa/apto	228	40,79	59,21	1,00		
Moradia precária	19	36,84	63,16	1,07	(0,74; 1,53)	0,726
<b>Quantas pessoas dormem no quarto além do entrevistado</b>						
Até 1	190	38,42	61,58	1,00		
2 ou mais	57	47,37	52,63	0,86	(0,65; 1,12)	0,257
<b>Trabalho</b>						
Trabalha	149	44,30	55,70	1,00		
Desempregado	98	34,69	65,31	1,17	(0,96;1,44)	0,126
<b>Renda per capita (SM)</b>						
0 a 1	102	46,08	53,92	1,00		
2 a 4	74	35,14	64,86	0,93	(0,70; 1,29)	0,141
5 ou +	55	41,82	58,18	1,12	(0,84; 1,48)	0,604
<b>Variáveis relacionadas à vida sexual e</b>						

**Tabela: 3. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 2000 e 2002.**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>Não</b>		<b>Sim</b>		<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>				
<b>reprodutiva</b>							
<b>Orientação sexual</b>							
Heterossexual	152	46,41	53,59	1,00			
Bissexual	94	30,85	69,15	0,78	(0,64;0,95)	0,013	
<b>Idade da primeira relação sexual</b>							
16 ou +	93	33,33	66,67	1,00			
Até 15	154	44,81	55,19	0,83	(0,68;1,01)	0,068	
<b>Numero de parcerias</b>							
Até 5	20	20,00	80,00	1,00			
6 ou +	201	41,79	58,21	1,37	(1,07;1,76)	0,012	
<b>Parceiro fixo</b>							
Não	58	37,93	62,07	1,00			
Sim	143	45,45	54,55	0,88	(0,68;1,13)	0,314	
<b>Parceiro fixo HIV+</b>							
Sim	48	41,67	58,33	1,00			
Não	189	40,21	59,79	1,03	(0,79;1,34)	0,865	
Não sabe	6	50,00	50,00	0,86	(0,37;1,98)	0,718	
<b>Considera difícil começar nova relação por ter que falar sobre o HIV</b>							
Não	58	52,08	47,92	1,00			
Sim	190	36,84	63,16	1,32	(0,96;1,81)	0,086	
<b>Desejo de ter filhos</b>							
Sim	108	42,59	57,41	1,00			
Não	128	38,28	61,72	1,08	(0,87;1,33)	0,504	
<b>Sofreu abuso sexual antes dos 15 anos</b>							
Não	203	43,35	56,65	1,00			
Sim	44	27,27	72,73	1,28	(1,03; 1,60)	0,025	
<b>Variáveis relacionadas ao</b>							

**Tabela: 3. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 2000 e 2002.**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>Não</b>		<b>Sim</b>		<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>				
<b><i>HIV</i></b>							
<b>Pensou ter HIV antes do teste</b>							
Sim	105	46,67	53,33	1,00			
Não	133	35,34	64,66	1,21	(0,97;1,51)	0,085	
<b>Tempo de diagnóstico</b>							
4 anos ou +	167	40,72	59,28	1,00			
Até 3 anos	80	40,00	60,00	1,01	(0,81; 1,26)	0,914	
<b>Toma ARV</b>							
Não	20	60,00	40,00	1,00			
Sim	227	38,77	61,23	1,53	(0,89;2,65)	0,128	
<b>Via pela qual se infectou</b>							
Outros	66	39,39	60,61	1,00			
Sexo	126	42,06	57,94	0,96	(0,75; 1,22)	0,378	
Droga	29	51,72	48,28	0,80	(0,52; 1,22)	0,836	
Droga+sexo	2	50,00	50,00	0,83	(0,20; 3,35)	0,719	
<b><i>Uso de drogas</i></b>							
<b>Bebe atualmente</b>							
Não	132	37,88	62,12	1,00			
Sim	115	43,48	56,52	0,91	(0,74; 1,12)	0,375	
<b>Já fez uso de maconha</b>							
Não	109	32,11	67,89	1,00			
Sim	137	47,45	52,55	0,77	(0,63;0,95)	0,015	
<b>Já fez uso de crack</b>							
Sim	197	39,09	60,91	1,00			
Não	49	46,94	53,06	0,87	(0,65;1,16)	0,345	
<b><i>Variáveis relacionadas ao uso do serviço de saúde</i></b>							
<b>Já foi atendido por enfermeiro no serviço de saúde onde se trata ou</b>							



**Tabela: 3. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 2000 e 2002.**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
	<b>Não</b>		<b>Sim</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>			
<b>encaminhado</b>						
Sim	211	43,13	56,87	1,00		
Não	36	25,00	75,00	1,32	(1,06;1,65)	0,015
<b>Já foi atendido por psicólogo no serviço de saúde onde se trata ou encaminhado</b>						
Sim	100	39,00	61,00	1,00		
Não	146	41,78	58,22	0,95	(0,78;1,18)	0,661
<b>Facilidade de falar com infectologista sobre a vida sexual</b>						
Sempre	156	43,59	56,41	1,00		
Às vezes	38	28,95	71,05	1,26	(0,99;1,61)	0,066
Nunca	52	40,38	59,62	1,06	(0,81;1,38)	0,681
<b>Facilidade de falar com psicólogo sobre a vida sexual</b>						
Sempre	58	43,10	56,90	1,00		
Às vezes	11	9,09	90,91	1,60	(1,19;2,14)	0,002
Nunca	31	41,94	58,06	1,02	(0,70;1,48)	0,915
Não foi atendido por psicólogo	146	41,78	58,22	1,02	(0,78; 1,33)	0,864
<b>Foi atendido sem ser olhado</b>						
Nunca	205	39,02	60,98	1,00		
Poucas vezes	32	53,13	46,88	0,77	(0,52; 1,13)	0,181
Muitas vezes	8	25,00	75,00	1,23	(0,81; 1,86)	0,329
<b>Sentiu-se discriminado ou tratado com preconceito</b>						
Nunca	233	39,91	60,09	1,00		
Poucas vezes	9	66,67	33,33	0,56	(0,22; 1,41)	0,215

**Tabela: 3. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, possíveis variáveis associadas, São Paulo, entre 2000 e 2002.**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>						
	<b>Não</b>		<b>Sim</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>			
Muitas vezes	4	25,00	75,00	1,25	(0,70; 2,22)	0,451
<b>Foi destrutado ou humilhado</b>						
Nunca	234	49,17	59,83	1,00		
Poucas vezes	10	50,00	50,00	0,84	(0,45; 1,57)	0,577
Muitas vezes	2	50,00	50,00	0,84	(0,21; 3,36)	0,801
<b>Já passou dor ou desconforto físico por erro do serviço</b>						
Nunca	215	39,07	60,93	1,00		
Poucas vezes	27	59,26	40,74	0,67	(0,42;1,07)	0,092
Muitas vezes	4	0,00	100,00	1,64	(1,47;1,83)	0,000

Na tabela 4, são exibidas as variáveis incluídas no modelo final para homens.

Na análise múltipla, as variáveis que se mostraram associadas negativamente à piora na vida sexual, após o diagnóstico, para homens foram: 1) **parcerias sexuais na vida de ao menos 6** e 2) **já ter feito uso de maconha**. Estas variáveis podem ser consideradas protetivas em relação à piora na vida sexual após o diagnóstico.

Mostraram-se associadas positivamente à piora na vida sexual, após o diagnóstico, as seguintes variáveis: 1) **estar desempregado**, 2) **facilidade para falar da vida sexual com psicólogo às vezes**.

As variáveis *estado civil*, *cor*, *abuso sexual antes dos 15 anos*, *orientação sexual*, *ter sido atendido por enfermeiro(a)* e *ter passado por dor ou desconforto físico por erro de serviço*, perderam significância por um efeito conjunto de variáveis.

**Tabela: 4. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001**

	Piora na vida sexual após o diagnóstico						
	N	Não %	Sim %	RP	(IC-95%)	RP	(IC-95%)
<b>Variáveis sócio-demográficas</b>							
<b>Cor</b>							
Negro/pardo/preto	103	50,49	49,51	1,00		1,00	
Branco	142	33,80	66,20	1,34	(1,06;1,68)	1,27	(1,00; 1,61)
<b>Escolaridade</b>							
9 a +	142	36,62	63,38	1,00		1,00	
0 a 8	104	46,15	53,85	0,85	(0,68;1,06)	0,80	(0,63; 1,04)
<b>Estado Civil</b>							
Viúvo/Divorciado	36	61,11	38,89	1,00		1,00	
Solteiro	110	34,55	65,45	1,68	(1,09; 2,59)	1,31	(0,80; 2,16)
Casado	100	40,00	60,00	1,54	(0,99; 2,40)	1,26	(0,78; 2,03)
<b>Trabalho</b>							
Trabalha	149	44,30	55,70	1,00		1,00	
Desempregado	98	34,69	65,31	1,17	(0,96;1,44)	1,26	(1,02; 1,58)
<b>Variáveis relacionadas à vida sexual e reprodutiva</b>							
<b>Orientação sexual</b>							
Heterossexual	152	46,41	53,59	1,00		1,00	
Bissexual	94	30,85	69,15	0,78	(0,64;0,95)	1,30	(1,00; 1,67)
<b>Idade da primeira relação sexual</b>							
16 ou +	93	33,33	66,67	1,00		1,00	
Até 15	154	44,81	55,19	0,83	(0,68;1,01)	1,08	(0,85; 1,37)
<b>Numero de parcerias</b>							
Até 5	20	20,00	80,00	1,00		1,00	
6 ou +	201	41,79	58,21	1,37	(1,07;1,76)	0,71	(0,52; 0,99)
<b>Sofreu abuso sexual antes dos 15 anos</b>							
Não	203	43,35	56,65	1,00		1,00	
Sim	44	27,27	72,73	1,28	(1,03; 1,60)	1,12	(0,87; 1,45)
<b>Variáveis relacionadas ao HIV</b>							

**Tabela: 4. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>
<b>Pensou ter HIV antes do teste</b>							
Sim	105	46,67	53,33	1,00		1,00	
Não	133	35,34	64,66	1,21	(0,97;1,51)	1,11	(0,88; 1,41)
<b>Toma ARV</b>							
Não	20	60,00	40,00	1,00		1,00	
Sim	227	38,77	61,23	1,53	(0,89;2,65)	1,65	(0,97; 2,80)
<b>Considera difícil começar nova relação por ter que falar sobre o HIV</b>							
Não	58	52,08	47,92	1,00		1,00	
Sim	190	36,84	63,16	1,32	(0,96;1,81)	1,27	(0,88; 1,85)
<b>Uso de drogas</b>							
<b>Já fez uso de maconha</b>							
Não	109	32,11	67,89	1,00		1,00	
Sim	137	47,45	52,55	0,77	(0,63;0,95)	0,76	(0,60; 0,96)
<b>Variáveis relacionadas ao uso do serviço de saúde</b>							
<b>Já foi atendido por enfermeiro no serviço de saúde onde se trata</b>							
Sim	211	43,13	56,87	1,00		1,00	
Não	36	25,00	75,00	1,32	(1,06;1,65)	1,34	(0,98; 1,82)
<b>Facilidade de falar com infectologista sobre a vida sexual</b>							
Sempre	156	43,59	56,41	1,00		1,00	
Às vezes	38	28,95	71,05	1,26	(0,99;1,61)	0,89	(0,65; 1,22)
Nunca	52	40,38	59,62	1,06	(0,81;1,38)	0,93	(0,67; 1,29)
<b>Facilidade de falar com psicólogo sobre a vida sexual</b>							
Sempre	58	43,10	56,90	1,00		1,00	
Às vezes	11	9,09	90,91	1,60	(1,19;2,14)	1,68	(1,15; 1,74)

**Tabela: 4. Distribuição da amostra de homens segundo a piora na vida sexual após o diagnóstico, variáveis associadas. São Paulo, entre 1999 e 2001**

<b>Piora na vida sexual após o diagnóstico</b>							
	<b>N</b>	<b>Não %</b>	<b>Sim %</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>	<b>RP</b>	<b>(IC-95%)</b>
Nunca	31	41,94	58,06	1,02	(0,70;1,48)	1,21	(0,81; 1,81)
Não foi atendido por psicólogo	146	41,78	58,22	1,02	(0,78; 1,33)	1,03	(0,76; 1,39)
<b>Foi atendido sem ser olhado</b>							
Nunca	205	39,02	60,98	1,00		1,00	
Poucas vezes	32	53,13	46,88	0,77	(0,52; 1,13)	0,86	(0,56; 1,31)
Muitas vezes	8	25,00	75,00	1,23	(0,81; 1,86)	0,87	(0,51; 1,48)
<b>Já passou dor ou desconforto físico por erro do serviço</b>							
Nunca	215	39,07	60,93	1,00		1,00	
Poucas vezes	27	59,26	40,74	0,67	(0,42; 1,07)	0,65	(0,41; 1,02)
Muitas vezes	4	0,00	100,00	1,64	(1,47; 1,83)	1,23	(0,83; 1,82)

## 5 DISCUSSÃO

Homens portadores relataram mais mudanças negativas na vida sexual, após o diagnóstico, do que as mulheres (Fig. 1). Este padrão de resultado, que aponta uma proporção de piora maior entre os homens, foi encontrado em apenas um artigo europeu sobre pessoas vivendo com HIV. Ainda, não foram encontrados estudos com os quais fosse possível uma comparação direta dos resultados, quer dizer, o presente estudo categoriza a piora na vida sexual como algo multifatorial, que conta com aspectos psicossociais e fisiológicos. Respostas sobre a piora referiram-se à dificuldade de ereção, impotência, falta de libido, bem como medo de infectar o parceiro, prazer diminuído em razão do uso do preservativo, entre outras. Os estudos com os quais foi realizada a tentativa de comparação enfocaram problemas ou disfunções sexuais.

Em relação à população em geral, os resultados encontrados não vão na mesma direção do presente estudo.

Estudo sobre a prevalência de problemas sexuais na população geral de Londres revelou que as mulheres relatam, proporcionalmente, mais problemas sexuais. Os mais freqüentes foram: lubrificação vaginal ausente ou diminuída durante o coito e orgasmo infreqüente<sup>150</sup>. Este estudo contou com uma amostra estratificada randômica de quatro centros de atendimento, (n=1396, 691 homens e 705 mulheres). No estudo, 34% dos homens e 41% das mulheres reportaram algum tipo de problema sexual. No estudo não foi descrito o teste de proporção de diferenças, mas foi possível realizá-lo e verificou-se que foi significativo (p=0,008).

Da mesma maneira, o estudo de Mercer et al<sup>151</sup> sobre problemas sexuais e procura de serviços de saúde realizado com uma amostra nacional probabilística estratificada por faixas etárias de 11.611 homens e mulheres da população na Inglaterra (taxa de resposta de 65,4%) observou que as mulheres

referiram mais problemas sexuais do que os homens, fossem eles de ordem física ou psicológica: 53,8% das mulheres e 34,8% dos homens que tiveram ao menos uma parceria heterossexual no ano anterior. Ainda, a persistência dos problemas sexuais era maior também em mulheres.

Ainda que com amostragens diferentes, ambos os estudos ingleses apontam na mesma direção, que mulheres referem mais problemas sexuais do que os homens. Talvez as diferenças encontradas em relação ao presente estudo residam nas diferenças metodológicas, por se tratar de não portadores. No entanto, em ambos os estudos, a abordagem em relação à vida sexual difere do presente estudo. No primeiro, problemas sexuais foram definidos como ao menos uma resposta afirmativa a uma lista de problemas sexuais específicos. No estudo de Mercer et al, foi considerado algum problema sexual que tivesse durado ao menos um mês no ano anterior, entre parcerias heterossexuais. No presente estudo, a mudança na vida sexual é referida a partir do diagnóstico de HIV, independente da duração ou da parceria.

O padrão encontrado no presente estudo – homens que referem mais mudanças negativas na vida sexual, após o diagnóstico, em comparação às mulheres – foi encontrado em um estudo sobre associação entre disfunção sexual e uso de ARVs contendo IP.

Schrooten et al<sup>73</sup> realizaram pesquisa com 1026 pacientes soropositivos que faziam uso de ARVs, em oito centros de tratamento para o HIV e quatro ONGs em dez países europeus. A disfunção sexual foi avaliada em questionário com perguntas sobre diminuição no interesse e na potência sexual desde o início do tratamento ARV. Dos participantes, 37% reclamaram diminuição no interesse sexual (38% homens e 29% de mulheres,  $p=0,023$ ). Apesar de diferir na forma como a questão sexual foi abordada, esta pesquisa vai de encontro aos resultados do presente estudo, pois os homens reportaram mais mudança negativa na vida sexual que as mulheres. As amostras dos

estudos são próximas (n=979 no presente estudo), e ambas foram realizadas em centros de tratamento para o HIV.

Em pesquisa sobre fatores associados de duas coortes italianas com amostras consecutivas de 11 centros de atendimento de pessoas soropositivas recrutadas em 1997, a prevalência de disfunção sexual (alteração na atividade sexual: leve, moderada ou severa) foi de 21% e sem diferença significativa entre os sexos: 15,3% dos homens e 12,4% das mulheres relataram leve alteração na atividade sexual, e 5,9% relataram alteração moderada/severa<sup>152</sup>. A amostra desse estudo contou com 72% de homens (de um total de 612 pacientes) e concluiu que pacientes que relatavam algum tipo de alteração sexual eram mais propensos a não serem aderentes ao tratamento.

Em pesquisa de fatores associados<sup>153</sup>, realizada com amostra randômica estratificada da população francesa de pessoas vivendo com HIV que eram atendidas em 102 departamentos em hospitais, 33,3% dos indivíduos, sem diferenças significantes entre os sexos, relataram estar insatisfeitos sexualmente no mês anterior.

Todas as amostras, apesar de diferentes, são amostras de pessoas atendidas em serviços médicos ou centros de tratamento, como a amostra do presente estudo. A maneira pela qual a questão sexual foi abordada difere em relação ao presente estudo. No estudo italiano, a disfunção sexual foi medida através de uma lista de sintomas que se referiam à atividade sexual, assinalados de ausentes a severos. No estudo francês, foi perguntado aos participantes se haviam sentido dificuldades sexuais no último mês.

A diferença pode permanecer na maneira como as questões foram categorizadas, ou mesmo na região onde as pesquisas foram realizadas. Levando em consideração o local dos estudos, quer dizer, centros de atendimento de referência aos portadores de HIV/Aids, é preciso lembrar que falamos de uma realidade específica, não necessariamente compartilhada por todos os centros de atendimento a esta população na cidade de São Paulo. No



caso do estudo de Scrooten et al, o estudo foi realizado em 10 países europeus. A localização dos centros de atendimento não consta no artigo, mas pode-se fazer uma hipótese, que assim como no nosso estudo, as entrevistas foram realizadas em centros de referência localizados em zonas mais centrais das cidades. No estudo italiano há 11 centros e no estudo francês 102 departamentos em hospitais. Pouco provável que sejam somente centros de referência. É possível que o presente estudo e o de Scrooten et al tenham alcançado resultados coerentes por contarem amostras de pessoas que são atendidas em centros de referência. Não sabemos se este resultado seria diferente se o estudo fosse realizado em centros de tratamento em regiões mais periféricas. Como Paiva et al<sup>154</sup> colocaram, a normatividade relacionada a atividade sexual deve ser compreendida em relação à cultura, sociedade e organização social local. Talvez os resultados se mostrassem diferentes em um centro de outra localidade.

De qualquer maneira, estes resultados parecem dizer de um discurso sobre o masculino que valoriza a vida sexual o suficiente para reclamar dela mais do que as mulheres. Os discursos sobre o masculino hegemônico falam de uma valorização da vida sexual para a formação da identidade masculina. A sexualidade feminina, hegemonicamente mais controlada, menos instintiva, talvez encontre menos necessidade de reclamar de mudanças na vida sexual, ou mesmo não as valorize da mesma maneira.

Ainda, vale lembrar que as pesquisas utilizadas para este trabalho datam de, aproximadamente, 10 anos atrás. Os dados foram colhidos em um momento da epidemia no qual o uso de ARV já era feito de maneira massificada e verificava-se como direito garantido nos locais das pesquisas. No entanto, as intervenções, tais como a campanha Nacional de Humanização nos hospitais e ambulatorios, datam de 2003<sup>155</sup>. Isso pode indicar um limite relacionado ao atendimento recebido pelos entrevistados na época, partindo do princípio de que este pode ter sido melhorado e a vulnerabilidade programática

pode ter sido diminuída neste aspecto. Pesquisas que verifiquem a qualidade do atendimento em relação a portadores, antes e após intervenções, como o HumanizaSUS, se fazem necessárias.

## 5.1 MULHERES

**Passar por dor ou desconforto físico por erro de serviço** mostrou-se a variável mais fortemente associada à piora na vida sexual após o diagnóstico. Esta variável pode estar relacionada diretamente com a qualidade do atendimento recebido nos serviços de saúde por onde passam estas mulheres. Esta associação denota uma vulnerabilidade de tipo programático e reduzi-la pode auxiliar as mulheres vivendo com HIV a alcançarem uma vida sexual mais satisfatória. Este atendimento mostra ser de grande importância, pois pode vir a ocupar um espaço de apoio significativo para os usuários.

Outras variáveis relacionadas à vulnerabilidade programática, que se mostram associadas a mudanças negativas na vida sexual após o diagnóstico, foram: **não ter sido atendida por enfermeiro(a) e ter dificuldade de falar da vida sexual com a(o) ginecologista**. Com relação ao atendimento por enfermeiro(a), este resultado causa estranhamento, já que os exames laboratoriais, considerados de rotina, são em sua maioria realizados por auxiliares ou técnicos de enfermagem ou mesmo por enfermeiros. Como não houve a diferenciação entre auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro, e é bastante comum uma confusão entre estes profissionais (considerando todos como enfermeiros), acreditamos que algumas mulheres talvez não tenham se dado conta que o atendimento despendido durante exames foi realizado por estes profissionais. O que não diminui o efeito do resultado, pois mesmo que

essa hipótese faça sentido, talvez seja importante questionar sobre o relacionamento estabelecido com as equipes de saúde, que podem não esclarecer algumas questões aos usuários, tal como qual profissional realiza qual atendimento.

Em estudo de Panozzo et al. (2003)<sup>156</sup>, as mulheres entrevistadas sentiam que os profissionais de saúde não conseguiam responder ou dar suporte às questões referentes a relacionamento, sexualidade e intenções reprodutivas. Segurado et al. (2003)<sup>157</sup> realizaram estudo sobre a avaliação do cuidado recebido por mulheres portadoras. Foi encontrada associação entre acesso a atendimento ginecológico e aconselhamento adequado sobre transmissão vertical durante o parto ou amamentação, adoção de práticas sexuais seguras, não necessidade de abstenção ao sexo, e existência de medidas contraceptivas adequadas para mulheres portadoras. Quer dizer, o acesso ao atendimento ginecológico possibilitava aconselhamento adequado em relação à transmissão vertical, bem como informação e adoção de práticas de sexo seguro, medidas contraceptivas adequadas e possibilidade de não se absterem sexualmente – provavelmente ligadas às informações que recebiam e à maneira como recebiam tais informações, como eram tratadas. Afirmaram também que o papel do (a) ginecologista no cuidado no contexto do HIV/Aids é crucial, pois é o profissional que as mulheres tendem a procurar quando precisam.

Todas estas variáveis apontam para a necessidade de melhorar a qualidade do vínculo estabelecido com o serviço de saúde. Pode ainda se relacionar com as sensações de negligência, estigma sentido e vivido, levando-se em conta que outros estudos têm discutido a frequência com que profissionais de saúde ainda tratem os pacientes HIV+ de maneira discriminatória<sup>158</sup>. Estes resultados, que associam a piora da vida sexual a questões relacionadas ao atendimento nos serviços de saúde, parecem indicar um papel importante dos serviços de saúde na vida destas mulheres.

Pode-se inferir também uma dificuldade de saber ou reclamar pela própria saúde, o que indica um grau de vulnerabilidade importante destas mulheres, pois parecem não se sentir no direito de saber de si, de reclamar de um serviço ao qual têm direito ou, ainda, de exigir que sejam tratadas de forma digna e respeitosa – já que a associação foi encontrada em relação a ter passado por dor ou desconforto por erro do serviço, bem como não ter sido atendida por enfermeiro e dificuldade de falar com ginecologista sobre a vida sexual.

As variáveis **desejo de ter filhos/estar grávida** e **não desejo de ter filhos** se associaram positivamente ao desfecho. O fato de duas variáveis polares terem resultado como associadas pode revelar a contradição no que tange à questão da reprodução para as mulheres.

Segundo estudo descritivo realizado com seis mulheres soropositivas em idade reprodutiva no Distrito Federal<sup>159</sup>, o diagnóstico para o HIV teve impacto negativo no desejo sexual e reprodutivo, impacto que pode causar adiamento ou extinção dos planos de ter filhos. Em outro estudo qualitativo<sup>160</sup>, a maioria das mulheres referiu que a soropositividade modificou o desejo de ter filhos. Os motivos mais freqüentes apontados foram o medo de transmissão para o bebê e a soropositividade com o sentido de morte atribuído. Há conexões entre as esferas reprodutiva e sexual.

O desejo de ter filhos, associado à piora na vida sexual após o diagnóstico, pode apontar outras questões. Em estudo realizado com as mesmas participantes incluídas nesta pesquisa (com exceção das mulheres esterilizadas), Paiva et al (2007)<sup>161</sup> referiram que as mulheres esperavam reações de desaprovação de seus médicos frente ao desejo de ter filhos após o diagnóstico. Embora, provavelmente, houvesse informação e treinamento adequado da equipe multiprofissional para lidar com questões como esta, já que se trata de serviços especializados em HIV/Aids, a prática não revela, necessariamente, o melhor suporte frente a esse desejo<sup>162</sup>. Ainda, esta situação não impede que as pessoas continuem a desejar ter filhos, mas a

impossibilidade de contar com o suporte do serviço de saúde pode atrapalhar o acesso a melhores possibilidades de escolha<sup>163</sup> e, talvez nesta mesma ordem, inibir melhores expectativas de escolha frente à vida sexual. As mulheres podem e continuam a ter filhos, o que pode ser considerado também uma resistência ao discurso médico (ou à fantasia do que o discurso médico pode ser) diante do desejo individual de engravidar. O desejo de ter filhos, frente ao olhar repreensivo do(s) profissionais (real ou sentido), pode fazer com que a vida sexual seja agravada ou com que estas mulheres se afastem do serviço de saúde, no sentido de vínculo de confiança e, simplesmente, só retomem o contato quando grávidas.

Grande parte dos discursos, frente à sexualidade de portadores, é frequentemente pautada pelo discurso preventivista, como já discutido neste trabalho. A possibilidade de acessar espaços onde a sexualidade possa ser discutida, sem que o sexo seguro seja a condição *sine qua non*, parece ser bastante reduzida. O sexo seguro pode vir a fazer parte (e é importante que faça), mas ao transformar esta questão em discurso de autoridade, sem dialogar com o cotidiano das pessoas, este discurso pode se tornar vazio. E desta maneira, tal como a impossibilidade de contar com o suporte institucional para falar do desejo de ter filhos, igualmente parecia ser pouco provável acessar um espaço onde fosse possível falar da vida sexual.

**O não desejo de ter filhos** também se mostrou associado à piora na vida sexual de mulheres após o diagnóstico. Um modo de compreender este resultado seria entender que, para um contingente de mulheres, o sexo é visto como ameaça. No sentido de que o sexo é, na maioria das vezes, visto como a possibilidade de resultar em uma gravidez, ou mesmo como forma de contrair DST. Mesmo as mulheres que não vinculam sexo à reprodução ou que não desejam ter filhos se deparam com o sexo como possibilidade de uma gravidez. Quando, para algumas pessoas, a conexão entre a reprodução e a sexualidade é tão próxima<sup>164</sup>, desejar ter filhos, sendo soropositiva, pode estar diretamente

associado à não possibilidade de desejar uma vida sexual. Para muitas mulheres, como foi por muito tempo, o sexo lícito está ligado à procriação<sup>164</sup>. Se a procriação não é possível, tampouco o sexo. Parece que aqui falamos de um efeito sinérgico, quer dizer, se a preocupação com a gravidez já existia antes mesmo do sorodiagnóstico para o HIV, tende a continuar a ser uma preocupação.

**A abstinência sexual após o diagnóstico** associou-se também à piora na vida sexual após o diagnóstico. A impossibilidade de construção de uma vida sexual em si poderia sinalizar uma piora da vida sexual. Em estudo de Lambert et. al (2005)<sup>165</sup>, realizado com 82 mulheres soropositivas em Londres, houve alta prevalência de relato de dificuldades sexuais, incluindo abstinência – relatada por 28% das mulheres. Na amostra do presente estudo, a abstinência sexual para mulheres foi de 8,5%, o que indica que grande parte das mulheres entrevistadas se mantiveram ativas sexualmente. Em estudo de Lansky et al. (2000)<sup>166</sup>, de uma amostra de quase cinco mil pessoas, quase metade declararam abster-se sexualmente após o diagnóstico. Estes e muitos outros estudos<sup>167,168,169</sup> enfocam a importância de se compreender os comportamentos sexuais de risco associados à prática sexual de pessoas que vivem com HIV. No entanto, o presente estudo busca compreender a associação de variáveis, tal como a abstinência, com a piora na vida sexual.

Siegel et. al (2006)<sup>170</sup>, em uma comparação entre duas amostras de mulheres no período pré e pós advento e uso dos antirretrovirais, encontrou resultados que coincidem com o presente estudo no seguinte sentido: não foram encontradas diferenças nos relatos de mudanças na vida sexual destas mulheres em relação ao uso dos antirretrovirais. Além disso, as mulheres frequentemente relataram diminuição de atividade sexual, perda de interesse sexual e, ainda, diminuição da sensação de que eram atraentes, após o diagnóstico para o HIV. Algumas delas decidiram se abster sexualmente. As razões relatadas para abstinência ou descontinuidade da atividade sexual foram

várias, incluindo medo de transmissão para o parceiro, perda de liberdade e espontaneidade durante o sexo, diminuição de interesse sexual e sentir-se pouco atraente.

Quando comparamos as proporções de abstinência entre os estudos acima e o presente trabalho, é possível perceber que a proporção de abstinência deste é, significativamente, menor. Levando em consideração a importância do sexo e da vida sexual na cultura brasileira<sup>171</sup>, estas diferenças se justificam e fazem sentido. Por outro lado, Heilborn (2006)<sup>172</sup> questionou esta abordagem em relação à sexualidade brasileira; analisou os mitos em relação a esta sexualidade, através de inquérito domiciliar com jovens de ambos os sexos, e buscou demonstrar que os comportamentos sexuais (reais) não correspondiam à imagem que é difundida sobre a sexualidade brasileira. Com este contraponto, resta lançar a hipótese de que mesmo abstendo-se sexualmente após o HIV, os discursos destas mulheres em relação à sexualidade se mantiveram consonantes com os mitos relatados por Heilborn. Teríamos, então, uma subnotificação da abstinência sexual? A sexualidade teria, neste caso, um lugar ainda importante nos discursos destas mulheres, mas, não necessariamente, se verificaria em suas vidas e rotinas.

A variável **renda per capita mensal de 2 a 4 salários mínimos** se mostrou negativamente associada a mudanças negativas na vida sexual.

O estrato de renda refere-se às mulheres que têm uma renda mediana, que adquirem certa independência financeira e, com isso, podem adquirir maior independência ou maior participação em outras esferas, bem como maior autonomia na cena sexual. Partindo do pressuposto de que a vulnerabilidade destas mulheres é diminuída neste aspecto, a possibilidade de gozar de uma vida sexual prazerosa parece maior. Coerentemente, Balaile et al. (2007),<sup>173</sup> em estudo com 10 mulheres HIV positivas que referiram desespero e frustração por não conseguir dar conta da vida diária por falta de recursos financeiros, relataram que o desejo sexual havia diminuído e, em alguns casos, até

desaparecido. A sexualidade era vista como fonte de doenças transmissíveis. Adicionalmente, em estudo de Santos et al. (2007)<sup>174</sup> sobre qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV em São Paulo, ter maior renda foi significativa na obtenção de maior escore em todos os domínios de qualidade de vida, o que inclui o âmbito sexual. Cabe também especular se o padrão de acesso das mulheres entrevistadas aos serviços é diferente do acesso dos outros estratos – renda mais baixa e mais alta – de maneira a fazer com que essas mulheres estejam em contato com informações importantes, sobre questões relativas à vida sexual, após o diagnóstico, possibilitando a elas uma vivência da atividade sexual com menor sofrimento.

Estudos que falam dos significados associados à via sexual de transmissão do HIV se referem a significados de morte ou ameaça desta<sup>175,176,177</sup>. Mulheres que se infectaram pela via sexual poderiam ter desenvolvido percepções negativas sobre o sexo. Contudo, neste estudo, encontrou-se um resultado que associa, negativamente, esta via em relação à piora da vida sexual, ou seja, ela se apresenta como uma variável protetiva. Talvez as participantes deste estudo, por estarem em terapia antirretroviral e em serviços especializados, pudessem atribuir outros sentidos ao sexo, mesmo que tenham se infectado com o HIV por transmissão sexual. Profissionais apresentam a aids como uma doença crônica e se ancoram no saber científico, apontando superação de antigas representações associadas à morte.<sup>178</sup> O mesmo talvez ocorra com estas mulheres.

## 5.2 HOMENS

A variável que se mostrou mais fortemente associada à piora na vida sexual, após o sorodiagnóstico para o HIV em homens, foi **desemprego**. As construções relacionadas ao masculino hegemônico, normalmente, se



relacionam com poder e força ou como ser provedor financeiro da família ou passível de se manter financeiramente<sup>179</sup>. A impossibilidade de se enxergar inserido nesta construção de masculino pode impedir que estes homens consigam estabelecer relações nas quais possam se sentir confortáveis, incluindo o âmbito sexual. Para alguns homens, é bastante comum o desconforto frente a uma parceira que possui uma renda mensal maior – o que dirá de uma situação na qual não possui renda mensal. O desemprego, neste sentido, parece aumentar a vulnerabilidade social dos homens.

Outra variável que se mostrou positivamente associada à piora na vida sexual, após o diagnóstico para o HIV, foi a **facilidade de, às vezes, falar sobre a vida sexual com psicólogo(a)**. Tal como no resultado para as mulheres, esta variável aponta para as relações com a instituição e seus profissionais de saúde, mas o faz no sentido oposto, já que aqui existe alguma possibilidade de falar sobre a vida sexual com o(a) psicólogo(a). Levando em consideração que o encaminhamento para o psicólogo pode ocorrer através do infectologista ou por demanda espontânea, estes homens parecem acessar este serviço e fazer uso dele de maneira diferenciada. De qualquer maneira, discutir a associação positiva em relação à piora da vida sexual, após o diagnóstico, nos leva a questionar: falar com um psicólogo sobre a vida sexual está, necessariamente, relacionado a uma piora na vida sexual, ou seja, a procura deste espaço seria para buscar acolhimento frente às questões associadas às mudanças após o sorodiagnóstico para o HIV. Neste caso, estamos falando de causalidade reversa.

**Ter tido ao menos 6 parcerias sexuais durante a vida** se mostrou negativamente associada à piora na vida sexual após o diagnóstico para o HIV, ou seja, protege em relação à piora. Esta variável parece estar relacionada a significados atribuídos a uma masculinidade hegemônica. Para Leal & Knauth<sup>180</sup>, “a relação sexual é principalmente uma relação social envolvendo relações de poder, hierarquias, expectativas e significados sociais”. Segundo as

autoras, em muitas sociedades latino-americanas, a construção de uma identidade masculina destaca a sexualidade, “(...) ser homem é ser essencialmente sexual – ou parecer essencialmente sexual – desfrutando da sua sexualidade, alardeando-a, sentindo-se orgulhoso dela e fazendo com que fique em evidência”. Ter várias parcerias sexuais durante a vida se mostra consonante com scripts sexuais bastante associados a uma masculinidade valorizada e, portanto, permite uma percepção da vivência sexual como prazerosa. Assim, o diagnóstico do HIV não piora a percepção da vida sexual desses homens.

O **uso de maconha** (prévio ou atual, não determinado) também se mostrou associado, negativamente, à piora na vida sexual após o diagnóstico para o HIV. Quer dizer, o uso de maconha protegeria homens portadores em relação à piora da vida sexual após o diagnóstico. Embora não existam estudos que falem a respeito desta relação, e grande parte dos estudos disponíveis trate dos efeitos colaterais do uso da *cannabis sativa*<sup>181,182</sup>, um estudo que analisou um fórum da internet sobre o assunto<sup>183</sup>, relatou que os usuários descreveram efeitos como relaxamento e criatividade. Tomando como base a cena sexual<sup>184</sup>, há, normalmente, uma cobrança em relação ao homem, que ele tenha ereção, que a mantenha durante o ato sexual; além de uma cobrança em relação a desempenho, que “seja bom de cama”, cobrança esta que pode ser interna (do próprio homem) e/ou da parceria. Os efeitos do uso de maconha podem fazer com que a prática sexual seja realizada de maneira mais relaxada, tornando-a mais prazerosa.

Estudo de Prentiss et al (2004)<sup>185</sup> examinou a prevalência e padrões de uso de maconha e os benefícios percebidos entre 252 pacientes soropositivos atendidos num serviço de saúde no norte da Califórnia. Entre os benefícios relatados figuraram: diminuição de ansiedade ou depressão, aumento de apetite, diminuição de dor e aumento de prazer (33%). O uso era comumente

justificado para diminuir os sintomas causados pelo HIV, tal como depressão; ou causados pelos ARV, como náusea e falta de apetite.

Em estudo de Asboe et al. (2007)<sup>186</sup>, o não uso de álcool se mostrou associado, positivamente, à disfunção erétil para homens. Talvez o uso de drogas e o abuso de álcool estejam mais relacionados aos significados, mas, em determinados grupos, o não uso álcool ou maconha estaria relacionado a quê? Se a masculinidade hegemônica encontra-se muitas vezes associada a correr riscos e a um saber sobre determinadas esferas, sejam elas sexuais ou marginais (como a esfera das drogas), o não uso pode estar associado a um não saber, a um não controle em relação a determinadas esferas. Desta forma, o uso de maconha pode estar associado, negativamente, à piora na vida sexual pela significação que este uso pode carregar: de experimentação, de vivência, de experiência, que pode auxiliar na construção de uma masculinidade que corrobora com a satisfação sexual. Este conjunto de associações pode mudar a percepção dos portadores em relação à vida sexual após o diagnóstico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho se propôs a explorar as variáveis que estivessem associadas à piora na vida sexual, após o diagnóstico, para homens e mulheres. Analisando a vulnerabilidade em relação a esta piora, as mulheres se mostraram mais vulneráveis na dimensão individual, pois associaram a piora: à abstinência sexual, ao desejo e não desejo de ter filhos. Nesta mesma dimensão, os homens se encontram mais protegidos, já que ter ao menos 6 parcerias durante a vida e o uso de maconha se mostraram protetivos em relação à piora da vida sexual.

No que diz respeito à dimensão programática, este quadro se repete. Não ter sido atendida por enfermeiro, passar por dor ou desconforto físico por erro do serviço, assim como ter dificuldade de falar sobre a vida sexual com ginecologista, figuram como elementos que não propiciam a estas mulheres transformar suas relações com a sexualidade. Em relação aos homens, ocorreu um caso de casualidade reversa em relação à variável. Isso significa que a piora não está associada à facilidade de, às vezes, falar com psicólogo, mas que a procura pelo psicólogo fala da própria piora da vida sexual.

A dimensão social é a única no qual o quadro se equivale. Ter renda mensal de 1 a 4 salários mínimos protege as mulheres em relação à piora da vida sexual, após o diagnóstico. Para os homens, o desemprego se associou, positivamente, à piora. A possibilidade de construir ou manter uma vida sexual que faça parte do projeto de felicidade destas mulheres e destes homens indica a importância da disponibilidade de recursos materiais e financeiros para ambos. Muito provavelmente, em termos de emancipação financeira, ser provedor se configura como papel importante nos roteiros de gênero hegemônicos, sobretudo para os homens,

A sexualidade de portadores, como assunto prevalente na literatura acadêmica desta área, não parece dialogar com as pessoas que vivem com

HIV/Aids, na medida em que enfocam, em sua grande maioria, aspectos comportamentais que envolvem o risco de infecção ou reinfecção. A saúde sexual de portadores é mais do que um risco, de infecção, de gravidez. Estes fatores fazem parte da situação de ser portador, mas não o definem nem o encerram. Mais do que isso: não são, necessariamente, vividos desta forma. Antes que se saiba e compreenda a vida sexual de portadores – que tende a ser mais do que prevalência de disfunções sexuais e de comportamentos de risco – não cabe e não faz sentido falar de prevenção.

As pesquisas que privilegiam as trajetórias de vida dos indivíduos, e se utilizam dos dados para formar um panorama das pessoas das quais falam, buscam, da mesma maneira que o estudo presente, contribuir para que se considere o indivíduo em sua totalidade, para que a promoção de sua saúde seja algo que faça sentido e seja incorporado ao seu cotidiano.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup>Unaid- Global Report. Aids Epidemic Update 2009. Disponível em: [//data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700\\_epi\\_update\\_2009\\_en.pdf/](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf)
- <sup>2</sup>Unaid- Global Report. Aids Epidemic Update 2009. Disponível em: [//data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700\\_epi\\_update\\_2009\\_en.pdf/](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf)
- <sup>3</sup>Unaid- Global Report. Aids Epidemic Update 2009. Disponível em: [//data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700\\_epi\\_update\\_2009\\_en.pdf/](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf)
- <sup>4</sup> Carmo EH, Barreto ML, SILVA JR. JB. Changes in the pattern of morbidity and mortality of the brazilian population: challenges for a new century. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2003, 12:63-75.
- <sup>5</sup>Unaid- Global Report. Aids Epidemic Update 2009. Disponível em: [//data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700\\_epi\\_update\\_2009\\_en.pdf/](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf)
- <sup>6</sup>Alves, RN; Kovács, MJ; Satall, R.; Paiva, V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*, 2002, 36: 32-39.
- <sup>7</sup> Costa, JF A construção cultural da diferença dos sexos. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, 1995, 3: 3-8.
- <sup>8</sup> Costa, JF A construção cultural da diferença dos sexos. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, 1995, 3: 3-8.
- <sup>9</sup> Mansergh G, Marks G. Age and risk of HIV infection in men Who have sex with men, *AIDS* 1998, 12:1119–1128
- <sup>10</sup> Bouhnik AD, Préau M, Schiltz MA, Lert F, Obadia Y, et al. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-non-concordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS*. 2007;21:S43–S48

- 
- <sup>11</sup> Sheon N, Crosby GM. Ambivalent tales of HIV disclosure in San Francisco. *Soc Sci Med* 2004; 58: 2105-2118.
- <sup>12</sup> Beloqui JA. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):437-42.
- <sup>13</sup> Rice E, Batterham P, Rotheram-Borus MJ. Unprotected sex among youth living with HIV before and after the advent of highly active antiretroviral therapy. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:162–167.
- <sup>14</sup> Luchters, S., Sarna, A., Geibel, S., Chersich, M. F., Munyao, P., Kaai, S., et al. (2008). Safer sexual behaviors after 12 months of antiretroviral treatment in Mombasa, Kenya: A prospective cohort. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 587–594.
- <sup>15</sup> Greco M, Silva AP, Merchán-Hamann E, Jeronymo ML, Andrade JC, Greco DB. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. *Rev Saude Publica*. 2007;41(Supl 2):109-17.
- <sup>16</sup> Higgins JA Hirsch JS, Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy, *American Journal of Public Health*, 2008; 98:1803-13
- <sup>17</sup> C Maia, D Guilhem, D Freitas. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável *Rev Saúde Pública* 2008;42:242-8
- <sup>18</sup> Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Tirza A, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saude Publica*, 2009, 14: 1085-99
- <sup>19</sup> Santos NJS, Buchalla CM, Ventura-Filipe E, Bugammelli L, Garcia S, & Paiva, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Publica*, 2002, 36:S4-11
- <sup>20</sup> Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Tirza A, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saude Publica*, 2009, 14: 1085-99.
- <sup>21</sup> Paiva V, Santos N, França Jr I, Filipe E, Ayres JCRM, Segurado A.. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care and STDs* 2007;21(4):268–77.
- <sup>22</sup> Santos NJS, Buchalla CM, Ventura-Filipe E, Bugammelli L, Garcia S, & Paiva, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Publica*, 2002, 36:S4-11
- <sup>23</sup> Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N., Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4 Supl):50-60
- <sup>24</sup> Hirsch JS, Higgins J, Bentley M, Nathanson CA. The social constructions of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease — HIV risk in a Mexican migrant community. *Am J Public Health* 2002; 92:1227-1237
- <sup>25</sup> Higgins JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking Gender, Heterosexual Men, and Women's Vulnerability to HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 2010, 100: 435-445
- <sup>26</sup> Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, pp. 49-72. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo, 1999.

- 
- <sup>27</sup> CDC. Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). report of inter-agency recommendation. MMWR,1983;32:101-4.
- <sup>28</sup> Singh S, Darroch JA, Bankole A. ABC in Uganda: The roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV Decline. Reproductive Health Matters 2004;12(23):129–131
- <sup>29</sup> Cohen. Beyond Slogans: Lessons from Uganda's experience with ABC and HIV/AIDS, Reproductive Health Matters 2004;12(23):132–135
- <sup>30</sup> Jemmott JB III, Jemmott LS, Fong GT. Abstinence and safer sex: HIV risk-reduction interventions for African American adolescents. JAMA 1998;279:1529-36.
- <sup>31</sup> Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, pp. 49-72. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo, 1999.
- <sup>32</sup> Vieira J, Elliot F, Spira TMJ, et al. Acquired immune deficiency in haitians. N Eng J M 1983;308:125-29.
- <sup>33</sup> Portal da saúde, Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. São Paulo; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>.
- <sup>34</sup> Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, pp. 49-72. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo, 1999.
- <sup>35</sup> Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. Tese de doutorado. Instituto de Medicina, Universidade de São Paulo. 1993.
- <sup>36</sup> CDC. Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. MMWR, 1988;37:133-37.
- <sup>37</sup> Bastos, FI. Ruína e construção: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ. Coleção História Social da AIDS, 1996.
- <sup>38</sup> Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. Tese de doutorado. Instituto de Medicina, Universidade de São Paulo. 1993.
- <sup>39</sup> Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. Tese de doutorado. Instituto de Medicina, Universidade de São Paulo. 1993.
- <sup>40</sup> Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, pp. 49-72. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo, 1999.
- <sup>41</sup> Portal da saúde, Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. São Paulo; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>.
- <sup>42</sup> Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. Tese de doutorado. Instituto de Medicina, Universidade de São Paulo. 1993.
- <sup>43</sup> Mann JM, Tarantola D, Netter TW. Aids in the world. Cambridge, Harvard University Press, 1992.
- <sup>44</sup> Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS, pp. 49-72. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo, 1999.



- 
- <sup>45</sup> Galvão. L., Diaz, J. (org). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1999.
- <sup>46</sup> Portal da saúde, Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. São Paulo; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>.
- <sup>47</sup> Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 34: 207-217, 2000
- <sup>48</sup> Granicha R, Crowleya S, Vitoriaa M, Smytha C, et al. Highly active antiretroviral treatment as prevention of HIV transmission: review of scientific evidence and update. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2010, 5:298–304
- <sup>49</sup> UNITED NATIONS. *Report of the International Conference on Population and Development*. Cairo: 1994: 5-13.
- <sup>50</sup> World Health Organization [homepage na internet]. Geneva; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/>
- <sup>51</sup> Corrêa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S (Org). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA; 2006
- <sup>52</sup> Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:7-17
- <sup>53</sup> Kalichman, SC. HIV transmission risk behaviors of men and women living with HIV/AIDS: Prevalence, predictors and emerging clinical interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2006, 7:32-47.
- <sup>54</sup> Golden MR, Wood RW, Buskin SE, Fleming M. Ongoing Risk Behavior Among Persons With HIV in Medical Care - *AIDS and Behavior*, 2007, 11: 726-35.
- <sup>55</sup> Panozzo L, Battegay M, Friedl A, Vernazza PL. High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner - two challenging issues. *Swiss Med Wkly* 2003; 133:124-127.
- <sup>56</sup> Sheon N, Crosby GM. Ambivalent tales of HIV disclosure in San Francisco. *Soc Sci Med* 2004; 58: 2105-2118.
- <sup>57</sup> Rice E, Batterham P, Rotheram-Borus MJ. Unprotected sex among youth living with HIV before and after the advent of highly active antiretroviral therapy. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:162–167.
- <sup>58</sup> Vernazza PL, Gilliam BL, Dyer J, et al. Quantification of HIV in sêmen: correlation with antiviral treatment and immune status. *AIDS* 1997, 11:987–993.
- <sup>59</sup> Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace transmettent pas le VIH par voie sexuelle*. *Bulletin des médecins suisses* 2008, 89 : 165–69
- <sup>60</sup> Castilla J, del Romero J, Hernando V, Marincovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40:96-101.
- <sup>61</sup> Donnell JM, Baeten JM, Kiarie J, Katherine KT, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis *The Lancet*, 2010; 375: 2092-2098

- 
- <sup>62</sup> Lara LAS, Silva ACJS, Romão APMS, Junqueira FPR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2008;30(6):312-21
- <sup>63</sup> Guelar AM, Villar J, Sorlí ML, et al. Sexual dysfunction in HIV-infected women: prevalence and related Factors. *Journal of the International AIDS Society* 2008, 11(Suppl 1):P302
- <sup>64</sup> Freitas MRI, Gir ER, Furegatto ARF. Dificuldade Sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. *Rev. latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, 2000; 8:76-83.
- <sup>65</sup> Timoteo, P. S. Aids: Imagens e Metáforas do Fim – A passagem do portador. Tese de mestrado em Ciências Sociais. PUC/SP, 1993.
- <sup>66</sup> Van der Straten A, Vernon KA, Knight KR, Gomez CA, Padian NS. Managing HIV among serodiscordant heterosexual couples: serostatus, stigma and sex. *Aids Care*, 1998; 10 (5),533-548.
- <sup>67</sup> Aggleton P, Parker R, Maluwa M. Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2003
- <sup>68</sup> Aggleton P, Parker R, Maluwa M. Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2003
- <sup>69</sup> Parker R, Aggleton P. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action. New York: Population Council, 2002.
- <sup>70</sup> Parker R, Aggleton P. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action. New York: Population Council, 2002.
- <sup>71</sup> Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2002;18:1609-20.
- <sup>72</sup> Bova C; Durante A. Sexual Functioning among HIV-Infected Women. *AIDS Patient Care and STDs*. February 2003, 17(2): 75-83.
- <sup>73</sup> Scroten W, Colebunders R, Youle M, et al. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment, *AIDS* 2001, 15:1019-1023.
- <sup>74</sup> Keegan A, Lambert S, Petrak J. Sex and relationships for HIV-positive women since HAART: a qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*, 2005, 19(10): 645-654
- <sup>75</sup> Freitas MRI, Gir E, Rodrigues ARF. Dificuldade Sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. *Rev. latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, 2000; 8:76-83.
- <sup>76</sup> Freitas MRI, Gir E, Furegato ARF. Sexualidade do portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV): um estudo com base na teoria da crise. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2002; 10(1): 70-76.
- <sup>77</sup> Florence E, Schrooten W, Dreezen, C, et al, Eurosupport Study Group. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in HIV—positive women n Europe. *AIDS Care* 2004;16:550–7.
- <sup>78</sup> Van der Straten A, Vernon KA, Knight KR, Gomez CA, Padian NS. Managing HIV among serodiscordant heterosexual couples: serostatus, stigma and sex. *Aids Care*, 1998; 10 (5),533-548.
- <sup>79</sup> Maksud, I, Casais serodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007

- 
- <sup>80</sup> Newshan G, Taylor B, Gold R. Sexual functioning in ambulatory men with HIV/AIDS, *International Journal of STD & AIDS*, 1998; 9: 672- 676
- <sup>81</sup> Catalan, J., & Meadows, J. Sexual dysfunction in gay and bisexual men with HIV infection: Evaluation, treatment and implications. *AIDS Care*, 2000; 12(3), 279–286.
- <sup>82</sup> Colson, A. E., & Sax, P. E. Sexual dysfunction and HIV infection. *AIDS Clinical Care*, 2000; 12(5), 39-56.
- <sup>83</sup> Collazos, J., Martinez, E., Mayo, J., & Ibarra, S. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002;31(3), 322–326.
- <sup>84</sup> Lallemand, F., Salhi, Y., Linard, F., Giami, A., & Rozenbaum, W. Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 30(2), 187–190.
- <sup>85</sup> Schrooten W, Coleblunders R, Youle M, *et al.* Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment. *AIDS* 2001;15:1019–23
- <sup>86</sup> Collazos, J., Martinez, E., Mayo, J., & Ibarra, S. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 31(3), 322–326.
- <sup>87</sup> Asboe D, Catalan J, Mandalia S, Dedes N, Florence E, Schrooten W, Noestlinger C, Colebunders R. Sexual dysfunction in HIV-positive men is multi-factorial: A study of prevalence and associated factors. *AIDS Care* 2007;19:955–65.
- <sup>88</sup> UNGASS – Brazilian Response 2005-2007 Country Progress Report, [homepage na internet] Disponível em [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil_2008_country_progress_report_en.pdf).
- <sup>89</sup> Ayres, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2004, 8: 73-92.
- <sup>90</sup> Rios, L.; Pimenta, C.; Brito, I.; Terto Jr., V. & Parker, R.. Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cadernos CEDES*, 2002; 22:45-62.
- <sup>91</sup> Ayres, J.R.C.M; França Junior, I.; Calazans, G.J.; Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, Regina Maria; Parker, Richard. *Sexualidades pelo avesso – Direitos, identidades e poder.* IMS/UERJ, Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 49-72.
- <sup>92</sup> Ayres, JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2004, 8: 73-92.
- <sup>93</sup> Ayres, JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* São Paulo: Hucitec, 1997.
- <sup>94</sup> Saldanha, AAW, Figueiredo MAC, & Coutinho, MPL. Atendimento psicossocial à AIDS: a busca pelas questões subjetivas. *DST-Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 2004;16 (3), 84-91.
- <sup>95</sup> Ayres, JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2004, 8: 73-92.
- <sup>96</sup> UNGASS – Brazilian Response 2005-2007 Country Progress Report, [Homepage na Internet] Disponível em [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brazil_2008_country_progress_report_en.pdf).

- 
- <sup>97</sup> Parker, R. *Culture, Health & Sexuality: Sexuality, Culture and society: shifting paradigms in sexuality research. An International Journal for Research, Intervention and Care*, 2009,11: 251 – 266
- <sup>98</sup> Parker, R. *Culture, Health & Sexuality: Sexuality, Culture and society: shifting paradigms in sexuality research. An International Journal for Research, Intervention and Care*, 2009,11: 251 – 266
- <sup>99</sup> Parker, R. *Culture, Health & Sexuality: Sexuality, Culture and society: shifting paradigms in sexuality research. An International Journal for Research, Intervention and Care*, 2009,11: 251 – 266
- <sup>100</sup> Parker, R. *Culture, Health & Sexuality: Sexuality, Culture and society: shifting paradigms in sexuality research. An International Journal for Research, Intervention and Care*, 2009,11: 251 – 266
- <sup>101</sup> Leal A, Knatuh DR, A relação sexual como técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(7):1375-1384.
- <sup>102</sup> Parker, R. *Corpos, prazeres e paixões*. São Paulo, Best Seller, 1991.
- <sup>103</sup> Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, 2008;13:641-651.
- <sup>104</sup> Leal AF. Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003
- <sup>105</sup> Pan American Health Organization. "Fact Sheet: Gender and HIV/AIDS," [homepage na internet] Disponível em : <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/GenderandHIVFactSheet1.pdf>;
- <sup>106</sup> Scott, J. Gênero: uma categoria de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 1990;16: 5-22.
- <sup>107</sup> Vance, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1995, 5(1), pp.7-31.
- <sup>108</sup> Moore, H. Compreendendo Sexo e Gênero. Tradução de Julio Assis Simões para uso didático. Do original "*Understanging Sex and Gender*". In: Tim Ingold (ed). *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge, 1997.
- <sup>109</sup> Weeks, J. O corpo e a sexualidade. Em G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: pedagogias das sexualidades*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, pp. 35-83.
- <sup>110</sup> Gagnon, J. *Uma interpretação do desejo*. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.
- <sup>111</sup> Bozon M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004, 172pp.
- <sup>112</sup> Leal AF. Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003
- <sup>113</sup> Leal AF, Knatuh DR, A relação sexual como técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(7):1375-1384.
- <sup>114</sup> Ramírez RL. Nosotros los boricuas. In: Valdés T, Olavarría J, organizadores. *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres; 1997. p. 102-12
- <sup>115</sup> Gomes R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.
- <sup>116</sup> Silva, C. G. M, O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Rev Saúde Pública* 2002;36:40-9

- 
- <sup>117</sup> Higgins JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking Gender, Heterosexual Men, and Women's Vulnerability to HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 2010, 100: 435-445
- <sup>118</sup> Plummer FA, Ngugi EN. Prostitutes and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, et al, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1990:71-76
- <sup>119</sup> Redfield RR, et al. Heterosexually acquired HTLV-III/LAV disease (AIDS-related complex and AIDS). Epidemiologic evidence for female-to-male transmission. *JAMA*. 1985;254(15):2094-2096.
- <sup>120</sup> Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, 2006, 40: 720-726.
- <sup>121</sup> Higgins, Jenny A., Hirsch, Jennifer S. Pleasure, Power, and Inequality: Incorporating Sexuality Into Research on Contraceptive Use *Am J Public Health*, 2008, 98: 1803-1813.
- <sup>122</sup> Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36:32-9.
- <sup>123</sup> Gir E, Canini SRMS, Carvalho MJ, Palos MAP, Reis RK, Duarte G. A parceria sexual na Visão de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana – HIV. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2006;18(1):53-7
- <sup>124</sup> Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não-uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(8):1671-1680.
- <sup>125</sup> Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39(4):446-453.
- <sup>126</sup> Ayres, J. R. C.M; França Junior, I.; Calazans, G.J.; Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, Regina Maria; Parker, Richard. *Sexualidades pelo avesso – Direitos, identidades e poder*. IMS/UERJ, Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 49-72
- <sup>127</sup> Vance, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1995, 5:7-31.
- <sup>128</sup> Ridge D, Ziebland S, Anderson J, Williams I, Elford J. Positive prevention: Contemporary issues facing HIV positive: people negotiating sex in the UK. *Social Science & Medicine*, 2007;65:755-770.
- <sup>129</sup> Terto Jr., Veriano. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.
- <sup>130</sup> Terto Jr., Veriano. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.
- <sup>131</sup> Beloqui, J. Prevention with people with hiv/aids: a perspective from a person living with hiv/aids in latin america *J AIDS Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37: S135-S137.
- <sup>132</sup> Aggleton P, Parker R, Maluwa M. Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2003

- 
- <sup>133</sup> Terto Jr., Veriano. Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.
- <sup>134</sup> Seffner, O jeito de levar a vida: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada. Dissertação de Mestrado, UFRGS, 1995.
- <sup>135</sup> Paiva V, Santos N, França Jr I, Filipe E, Ayres JCRM, Segurado A.. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care and STDs* 2007;21(4):268–77.
- <sup>136</sup> Donini, A. Prevenção Positiva: o estado da arte. Org: Juan Carlos Raxach... [et al.]. - Rio de Janeiro : ABIA, 2009. Coleção ABIA. Políticas públicas ; 8.
- <sup>137</sup> Ayres, JRM. *Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública. Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década*. Org: Richard Parker e Veriano Terto Jr. *Anais, ABIA* 2002.
- <sup>138</sup> Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39(4):446-453.
- <sup>139</sup> Santos NJS, Buchalla CM, Ventura-Filipe E, Bugammelli L, Garcia S, & Paiva, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 2002, 36:S4-11
- <sup>140</sup> Santos CO, Iriart JAB. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23: 2896-2905.
- <sup>141</sup> Scrooten W, Colebunders R, Youle M, et al. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment, *AIDS* 2001, 15:1019-1023.
- <sup>142</sup> Colson AE, Keller MJ, Sax PE, et. al., Male Sexual Dysfunction Associated With Antiretroviral Therapy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 30:27-32.
- <sup>143</sup> Asboe D, Catalan J, Mandalia S, Dedes N, Florence E, Schrooten W, Noestlinger C, Colebunders R. Sexual dysfunction in HIV-positive men is multi-factorial: A study of prevalence and associated factors. *AIDS Care* 2007;19:955–65
- <sup>144</sup> Bouhnik AD, Preau M, Schiltz MA, Obadia Y, Spire B. Sexual difficulties in people living with HIV in France—Results from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). *AIDS Behav* 2008;12:670–6.
- <sup>145</sup> Sout BGA, Kiyota LS, Bataline MP, et al. O sexo e a sexualidade em portadores da síndrome da imunodeficiência humana. *Rev Bras Clin Med*, 2009;7:188-191
- <sup>146</sup> Hulley SB, Cummings SR. *Designing clinical research*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1988.
- <sup>147</sup> Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev. Saúde Pública*; 2008; 6: 992-998.
- <sup>148</sup> Greenland S, Modeling and variable selection in epidemiologic analysis, *American Journal of Public Health*, 1989, 79(3):40–49.
- <sup>149</sup> 10. Greenland S, Modeling and variable selection in epidemiologic analysis, *American Journal of Public Health*, 1989, 79(3):40–49.

- 
- <sup>150</sup> Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual Problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Family Practice – London, Oxford Univ Press,1998.
- <sup>151</sup> Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, et. al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey, BMJ, 2003;327:426-427.
- <sup>152</sup> Trotta et al., Self-Reported Sexual Dysfunction Is Frequent Among HIV-Infected Persons and Is Associated with Suboptimal Adherence to Antiretrovirals. AIDS PATIENT CARE and STDs 2008; 22:
- <sup>153</sup> Bouhnik AD, Preau M, Schiltz MA, Obadia Y, Spire B. Sexual difficulties in people living with HIV in France—Results from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA). AIDS Behav 2008;12:670–6.
- <sup>154</sup> Paiva V, Aranha F, Bastos F. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev Saúde Pública 2008; 42 (S1): 54-64.
- <sup>155</sup> Portal da saúde, Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. São Paulo; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
- <sup>156</sup> Panozzo L, Bategay M, Friedl A, Vernazza PL. High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner - two challenging issues. Swiss Med Wkly 2003; 133:124-127.
- <sup>157</sup> Segurado A, Latorre MR, Pluciennik A, França Jr I, Ayres JRCM, Marques H, Lacerda R, Gravato N, Miranda S, Paiva V. Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS. AIDS Patient Care STDs. 2003;17(2):85-9
- <sup>158</sup> Sadala MLA, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. Cad. Saúde Pública, 2006; 22(11): 2369-2378.
- <sup>159</sup> Sant'Anna, A. C. C., Seidl, E. M. F., & Galinkin, A. L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 2008; 25(1), 101-109.
- <sup>160</sup> Sant'Anna, A. C. C. & Seidl, E. M. F. Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas, *Psicol. Reflex. Crít*, 2009; 22(2):244-251,
- <sup>161</sup> Paiva V, Santos N, França Jr I, Filipe E, Ayres JCRM, Segurado A.. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. AIDS Patient Care and STDs 2007;21(4):268–77.
- <sup>162</sup> Paiva V, Novaes T, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. *Psicol. USP*. 2002;13(2):105-133.
- <sup>163</sup> Paiva V, Santos N, França Jr I, Filipe E, Ayres JCRM, Segurado A.. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. AIDS Patient Care and STDs 2007;21(4):268–77.
- <sup>164</sup> Carvalho FT, Piccinini CA. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(6):1889-1898.
- <sup>165</sup> Lambert S, Keegan A, Petrak J. Sex and relationships forHIV positive women since HAART: a quantitative study. *Sex Transm Infect* 2005;81:333–7
- <sup>166</sup> Lansky, A., Nakashima, A., Jones, J., Risk behaviors related to heterosexual transmission from hiv-infected persons. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000; 27(8): 483-489

- 
- <sup>167</sup> Kalichman S. C., HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV-AIDS: prevalence, predictors and emerging clinical interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 2006; 7:32-47.
- <sup>168</sup> Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings *AIDS* 2002, 16:13-149
- <sup>169</sup> Golden MR, Wood RW, Buskin SE, et al. Ongoing risk behavior among persons with HIV in medical care. *AIDS Behav.* 2007;11:726-735.
- <sup>170</sup> Siegel K, Schrimshaw, EW, Lekas, HM. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Archives of Sexual Behavior*, 2006; 35: 437-449
- <sup>171</sup> PARKER R.G. *Corpos, prazeres e paixões: A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991
- <sup>172</sup> Heilborn, ML. Ente as tramas da sexualidade brasileira. *Revista de Estudos Feministas*, 2006; 14(1): 43-59.
- <sup>173</sup> Balaile G, Laisser R, Ransjö-Arvidson A, Höjer B. Poverty and Devastation of Intimate Relations: Tanzanian Women's Experience of Living With HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 2007; 18:6-16
- <sup>174</sup> Santos EC, França- Junior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV em São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007;41:64-71
- <sup>175</sup> Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(1):68-76
- <sup>176</sup> Brígido VC, Andréa B, Raquel BB. Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a aids. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2007; 12: 277-284.
- <sup>177</sup> Brasileiro MF, Fátima MI. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006;14(5):789-95
- <sup>178</sup> Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Azevedo RLV. concepção da aids: o que pensam os profissionais e os pacientes?. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 2006; 18(3): 185-189.
- <sup>179</sup> Connell RW. understanding men: gender sociology and the new International research on masculinities. Clark Lecture, Department of Sociology, University of Kansas, 2000.
- <sup>180</sup> Leal AF, Knauth DR, A relação sexual como técnica corporal: representações masculinas das relações afetivo-sexuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(7):1375-1384.
- <sup>181</sup> Strang J, Witton J, Hall W. Improving the quality of the cannabis debate: defining the different domains. *BMJ* 2000; 320: 108-110.
- <sup>182</sup> Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., et al Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, 2002:325, 1212 -1213.
- <sup>183</sup> Lefèvre F & Simoni AMC. Maconha, saúde, doença e liberdade: Análise de um fórum na Internet. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999;15,S2:161-167.
- <sup>184</sup> Paiva, V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In Barbosa RM; Parker RG. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. IMS/UERJ-Editora 34, Rio de Janeiro-São Paulo, 1999.



---

<sup>185</sup> Prentiss, D., Power, R., Balmas, G., Tzuang, G. & Israelski, D. M. Patterns of Marijuana Use Among Patients With HIV/AIDS Followed in a Public Health Care Setting. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2004; 35:38-45.

<sup>186</sup> Asboe D, Catalan J, Mandalia S, Dedes N, Florence E, Schrooten W, Noestlinger C, Colebunders R. Sexual dysfunction in HIV-positive men is multi-factorial: A study of prevalence and associated factors. *AIDS Care* 2007;19:955–65.

**QUESTIONÁRIO 1- ÚLTIMA VERSÃO - 02/04/2000**  
**BLOCO COMUM (BRAÇO MULHERES E BRAÇO MÃES)**

**I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:**

1. Código da entrevistada <b>(CÓDIGO LISTA 1 / N° QUEST)</b>	_____ CODIGO
2. Entrevistador <b>(CÓDIGO LISTA 2)</b>	_____ ENTREV
3. Data da entrevista	_____/_____/_____ DATAENT
4. Local da entrevista <b>(CÓDIGO LISTA 1)</b>	_____ LOCAL

**II. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER ENTREVISTADA:**

5. Data de nascimento	_____/_____/_____ DTNASC
6. Local de nascimento	Cidade: _____ Estado: _____ <b>LOCNASC</b> (ZZ:estrangeira)

**III. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:**

**III.1. MORADIA:**

7.	Como é a casa onde você mora? (Leia as alternativas) <b>CÓDIGO</b>	TIPOCAS
	1. ( ) casa de tijolo 2. ( ) apartamento 3. ( ) casa de madeira 4. ( ) quarto/ casa de cômodos 5. ( ) casa de apoio 6. ( ) rua 7. ( ) outra: _____ 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	____ _
8.	Quantos cômodos tem sua casa? (Contar sala, dormitório, cozinha e banheiro, mesmo se esse for fora de casa e anotar o número) _____ cômodos <b>(COLOCAR O N° DE CÔMODOS OU O CÓDIGO)</b>	COMODOS
	97. ( ) não se aplica (casa de apoio, casa de patrões, casa de cômodos ou rua) 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	____ _
9.	Em que bairro e região da cidade você mora? (Caso ela tenha a informação sobre o CEP anotar, caso contrário, solicitar a rua ou um ponto de referência. Não	LOCAL1

	pegar o endereço completo) _____ ( _____ ) <b>CEP:</b> _____ 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	
--	--	--

**III.2. COR**

10.	Como você definiria sua cor/raça? (Ler as alternativas, se escolher outra anotar nas palavras da entrevistada) <b>CÓDIGO</b> 1. ( ) branca 2. ( ) preta/negra 3. ( ) parda/morena/morena clara/mestiça 4. ( ) amarela/oriental 5. ( ) outra: _____ 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	COR  ____ ____
-----	---	----------------------

**III.3. ESCOLARIZAÇÃO**

11.	Até que série completa você estudou? <b>CÓDIGO</b> 0 ( ) não sabe ler nem escrever 0,5 ( ) sabe ler e escrever sem ter ido à escola 1 ( ) 1ª série do 1º grau 2 ( ) 2ª série do 1º grau 3 ( ) 3ª série do 1º grau 4 ( ) 4ª série do 1º grau 5 ( ) 5ª série do 1º grau 6 ( ) 6ª série do 1º grau 7 ( ) 7ª série do 1º grau 8 ( ) 8ª série do 1º grau 9 ( ) 1ª série do 2º grau 10 ( ) 2ª série do 2º grau 11 ( ) 3ª série do 2º grau 12 ( ) universitário incompleto 13 ( ) universitário completo 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	ESCOLA  ____ ____
-----	--	-------------------------

**III.4. TRABALHO**

12.	<p>Você está trabalhando no momento? (Incluir aquelas que têm auxílio doença e especificar se o auxílio é de emprego fixo ou por contribuição autônoma). <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) sim, emprego fixo  2. ( ) sim, bicos  3. ( ) sim, trabalhadora do sexo  4. ( ) não e parei de procurar emprego  5. ( ) não, mas está procurando (desempregada)  6. ( ) não, aposentada  7. ( ) não trabalha fora/ do lar  8. ( ) detenta  9. ( ) só estuda  10. ( ) outro: _____ (na caixa entra aqui) _____  11. ( ) autônomo (que contribui com a previdência social)</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	TRABALHO  ____ _
13.	<p>Qual a sua atividade ou emprego atual? (Anotar nas palavras da paciente. Caso ela tenha auxílio doença ou seja aposentada, especificar a atividade profissional que ela desempenhava)  _____ <b>CÓDIGO LISTA DO IR</b> _____</p> <p>96. ( ) está desempregada  97. ( ) não se aplica (não trabalha)  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	ATIVI
14.	<p>Há quanto tempo está no trabalho atual? (Aproximadamente, em anos)  _____ <b>(EM ANOS) (PARA MESES VER LISTA 7)</b></p> <p>99996. ( ) está desempregada  99997. ( ) não se aplica (não trabalha)  99998. ( ) não quer informar  99999. ( ) não sabe informar</p>	TEMPOTRAB  ____ , ____ _

**III.5. RENDA**

15.	<p>Quanto <u>você</u> ganha por mês? (Anotar em reais e, quando ela tiver mais de uma fonte de renda especificar)  _____ Reais <b>(VALOR)</b></p> <p>99996. ( ) está desempregada  99997. ( ) não se aplica (não trabalha)  99998. ( ) não quer informar  99999. ( ) não sabe informar</p>	RENDA
16.	<p>No último mês, quanto somou a renda de <u>todos</u> na sua casa, incluindo você? (Anotar em reais)</p>	RENDAMES

	<p>_____ Reais <b>(VALOR)</b></p> <p>99998. ( ) não quer informar 99999. ( ) não sabe informar</p>	
17.	<p>Quantas pessoas vivem com essa renda? (Inclui crianças, idosos, adultos que não trabalham, outras pessoas que não moram na casa mas que são sustentadas com esse dinheiro)</p> <p>_____ pessoas <b>(COLOCAR O Nº DE PESSOAS)</b></p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>	RENDA PES  ____ _
18.	<p>No início de seu diagnóstico (até 6 meses), o fato de você ter se infectado com o HIV... (Leia as alternativas) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) aumentou as despesas da família 2. ( ) diminuiu as despesas da família 3. ( ) não alterou as despesas da família</p> <p>Por que? (Para as respostas 1 ou 2 acima) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>	QUEST18  ____ _
19.	<p>Nos últimos 6 meses, o fato de você estar infectada com o HIV... (Leia as alternativas) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) aumentou as despesas da família 2. ( ) diminuiu as despesas da família 3. ( ) não alterou as despesas da família</p> <p>Por que? _____</p> <p>_____</p> <p>97. ( ) não se aplica porque soube do resultado há menos de 6 meses 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>	QUEST19  ____ _

20. Você recebe algum desses auxílios? (Leia um por um. É possível assinalar mais de uma opção. Se houver outros auxílios, anotar com as palavras da entrevistada) **COLOCAR TODOS OS CÓDIGOS**

auxílio	sim	não
nenhum 0		
cesta básica 1		
roupa 2		
vale transporte 4		
vale alimentação 5		
dinheiro 6		

outro : 7 \_\_\_\_\_

-----

Quem lhe oferece auxílio?

- não recebe auxílios **CÓDIGO**
- do governo
- auxílios de igreja, associações, grupos comunitários
- ajuda de parentes ou amigos
- outros: \_\_\_\_\_

98.  não quer informar  
99.  não sabe informar

TIPOAUX  
\_\_\_\_\_  
  
-----  
AUXILIO  
\_\_\_\_\_

## III.6. FAMÍLIA:

21. Você tem filhos? (Da entrevistada e/ou de companheiro(s)) Códigos: N – não; S – sim; I – não sabe (Preencher do mais velho para o mais novo)

	Data de nascimento	Você é a mãe natural?	Mora junto?	É HIV + ?	Você sabia ser HIV + no momento do parto?	Amamentou?	Fez pré-natal?
A							
B							
C							
D							
E							
F							
G							
H							
I							
J							
CÓDIGO	FILHOS	FILHNAT	MORA	HIVPOS	SABIAHIV	AMAME	PRENAT
	_____ <b>NÚMERO</b>	_____ <b>CONTAR QTOS SIM</b>	_____ <b>CONTAR QTOS SIM</b>	_____ <b>CONTAR QTOS SIM</b>	_____ <b>CONTAR QTOS SIM</b>	_____ <b>CONTAR QTOS SIM</b>	_____ <b>CONTAR QTOS SIM</b>

97.  não se aplica (não tem filhos biológicos)  
98.  não quer informar  
99.  não sabe informar

22.	<p>De quantas pessoas você cuida, excluindo você? (Cuidar da comida, roupa, limpeza, saúde, etc. Pode ser zero) <b>(COLOCAR O N° DE PESSOAS)</b></p> <p>_____ pessoas</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois mora em casa de apoio, na casa de patrões ou com os pais.  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	<p>CUIDA</p> <p>___ ___</p>
23.	<p>Alguém ajuda você a cuidar da casa e da família? <b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não</p> <p>97. ( ) ninguém ajuda (SÓ PARA A VARIÁVEL QUEMAJUDA)  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p> <p>Quem lhe ajuda? _____ <b>(COLOCAR O CÓDIGO DA LISTA 8)</b></p>	<p>AJUDA</p> <p>___ ___</p> <p>QUEMAJUDA</p> <p>___ ___</p>
24.	<p>Qual é o seu estado civil e conjugal (Assinalar uma alternativa em cada coluna)  <b>(COLOCAR CÓDIGO COLUNA 1 CÓDIGO COLUNA 2)</b>  <b>se alguma coluna em branco, colocar 0. Ex: 0__ ou __0</b></p> <p>1. ( ) solteira  2. ( ) casada  3. ( ) desquitada/divorciada  4. ( ) viúva (devido à AIDS)  5. ( ) viúva (devido a outras causas)</p> <p>6. ( ) sem parceiro(a), atualmente  7. ( ) com parceiros(as) eventuais  8. ( ) namora, ou tem caso fixo  9. ( ) vive com companheiro(a)</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	<p>ESTCIV</p> <p>___ ___</p>
25.	<p>Você tem parceiro(a) fixo(a) no momento? Há quanto tempo (EM ANOS) ? (Auto-definição)  <b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim, sexo masculino _____ ANOS _____ MESES <b>(PARA MESES VER LISTA 7)</b>  2. ( ) sim, sexo feminino _____ ANOS _____ MESES <b>(PARA MESES VER LISTA 7)</b>  3. ( ) não</p> <p>97. ( ) não tem parceiro (SÓ PARA A VARIÁVEL TEMPOPARCF)  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	<p>PARCEIROM</p> <p>___ ___</p> <p>TEMPOPARCF</p> <p>___ , ___</p>

26.	<p>O (a) parceiro(a) mora com você? <b>(CÓDIGO)</b>  Há quanto tempo mora com ele/a ?<b>(EM ANOS)</b></p> <p>1. ( ) sim _____ ANOS _____ MESES <b>(PARA MESES VER LISTA 7)</b>  2. ( ) não</p> <p>96. ( ) não se aplica, pois parceiro fixo não mora junto (SÓ PARA VARIÁVEL TMORAPAR).  97. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro(a) fixo(a)  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	MORAPARC _____ TMORAPAR _____'_____ 
27.	<p>O (a) parceiro(a) atual é HIV-positivo(a)? (Seja a parceria atual fixa ou não) <b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não  3. ( ) não sabe, não falam sobre o assunto  4. ( ) não sabe, ele(a) não fez o teste  5. ( ) não sabe, por outras razões</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro(a) no momento.  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	ATUALHIV _____ 
28.	<p>O (a) parceiro(a) atual sabe que você é HIV-positiva? <b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não  3. ( ) não sabe</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro(a) no momento  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	SABEATUAL _____ 

**AGORA NÓS VAMOS CONTINUAR FALANDO DE UNS ASSUNTOS MAIS ÍNTIMOS, QUE PODEM DEIXAR VOCÊ ENVERGONHADA. TUDO BEM?**

#### **IV. VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA**

29.	<p>Que idade você tinha Quando teve a primeira relação sexual?  <b>(COLOCAR A 1ª. IDADE REFERIDA)</b></p> <p>1. ( ) _____ anos  2. ( ) nunca teve relações sexuais</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	IDADE1R _____ 
-----	--	----------------------



30.	<p>Quantos parceiros(as) <u>sexuais</u> você já teve na vida? <b>COLOCAR O Nº DE PARCEIROS OU CÓDIGO,</b></p> <p>( ) muitos, nem sei dizer quantos <b>CÓDIGO 96</b></p> <p>( ) _____ parceiros(as), aproximadamente <b>COLOCAR Nº VÍRGULA 1: __, 1</b></p> <p>( ) _____ parceiros(as), exatamente <b>COLOCAR Nº VÍRGULA 0 : __, 0</b></p> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve relações sexuais.</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>	QTOPARC  ___ ___
31.	<p>Você já foi vítima de algum tipo de violência? (Anotar o tipo de violência, nas palavras da entrevistada) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) sim De que tipo?: _____</p> <p>2. ( ) não (física, sexual, outras)</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>	VITIMA  ___ ___
32.	<p>Você está grávida neste momento? <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) sim</p> <p>2. ( ) não</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>	GRAVIDA  ___ ___
33.	<p>Como está sua vida sexual atualmente, comparando com a de antes de ter resultado positivo para o HIV? (Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Dispor os números para a codificação na ordem que foram relatados pela entrevistada, por ex.: piorou depois melhorou 23; melhorou depois piorou 32) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) ficou igual</p> <p>2. ( ) piorou</p> <p>3. ( ) melhorou</p> <p>4. ( ) ficou diferente</p> <p>Por que? _____</p> <p>_____</p> <p>96. ( não se aplica, pois não teve relação sexual após saber HIV+)</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve relações sexuais.</p> <p>98. ( ) não quer informar</p> <p>99. ( ) não sabe informar</p>	FICOUHIV  ___ ___

34.	<p>Depois do resultado positivo para o HIV com que frequência você usa camisinha? (Ler as alternativas) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> nunca 2. <input type="checkbox"/> às vezes 3. <input type="checkbox"/> todas as vezes</p> <p>Por que? _____</p> <p>96. <input type="checkbox"/> não se aplica, pois não teve relação sexual após saber HIV+ 97. <input type="checkbox"/> não se aplica, pois nunca teve relações sexuais. 98. <input type="checkbox"/> não quer informar 99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	CAMISAHIV  — —
35.	<p>Você já ouviu falar da camisinha feminina? <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar 99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	CAMISAFEM  — —
36.	<p>Você já usou camisinha feminina? <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim, e gostou 2. <input type="checkbox"/> sim, e não gostou 3. <input type="checkbox"/> não</p> <p>Por que? _____ _____</p> <p>97. <input type="checkbox"/> não se aplica (não conhecia) 98. <input type="checkbox"/> não quer informar 99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	USOUCAMFEM  — —
37.	<p>Você pensa em ter filhos? <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> não sabe 4. <input type="checkbox"/> está grávida</p> <p>Por que? _____ _____ _____</p> <p>97. <input type="checkbox"/> não se aplica porque já fez laqueadura 98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p>	PENSAFIL  — —

38.	Você já usou algum método para evitar filhos depois de se saber portadora do HIV? (Leia cada uma das opções) <b>CÓDIGO</b>		
	Método	Sim - 1	Não - 2
	a. camisinha (masculina ou feminina)	( )	( )
			CAMISA — —
	b. coito interrompido	( )	( )
			INTER — —
	c. tabelinha	( )	( )
			TABELA — —
	d. pílula	( )	( )
			PILULA — —
	e. injeção de hormônio	( )	( )
			INJECAO — —
	f. diafragma	( )	( )
			DIAFRA — —
	g. DIU	( )	( )
			DIU — —
	h. laqueadura	( )	( )
			LAQUEAD — —
	i. vasectomia (parceiro)	( )	( )
			VASEC — —
	j. outro(s): _____		<b>OUTROMET</b> — —
	96. ( ) já tinha sido laqueada (ou parceiro vasectomizado) antes do diagnóstico do HIV		
	97. ( ) não se aplica (nunca teve relações sexuais, ou não teve após o diagnóstico do HIV)		
	98. ( ) não quer informar		
	99. ( ) não sabe informar		

39.	<p>Você está usando algum método para evitar filhos atualmente? <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim Qual: _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não</p> <p>3. <input type="checkbox"/> não, pois fez laqueadura</p> <p>4. <input type="checkbox"/> está grávida</p> <p>97 <input type="checkbox"/> não se aplica (nunca teve relações sexuais, ou não teve após o diagnóstico do HIV)</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p> <p>99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	<p>EVITAF</p> <p>___ ___</p>
-----	---	------------------------------

**V. TESTE ANTI-HIV E PERCEPÇÃO DE RISCO:**

40.	<p>Há quanto tempo (EM ANOS) você sabe que é portadora do HIV ?</p> <p><b>( PARA MESES VER LISTA 7 )</b></p> <p>_____ MESES _____ ANOS</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p> <p>99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	<p>TEMPOHIV</p> <p>___ ___</p>
41.	<p>Por que você fez o teste HIV? <b>CÓDIGO</b></p> <p>Colha a resposta espontânea e assinale a alternativa que melhor corresponda</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>1. <input type="checkbox"/> serviço de saúde pediu porque ficou doente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> serviço de saúde pediu porque o parceiro estava HIV positivo ou doente de AIDS</p> <p>3. <input type="checkbox"/> serviço de saúde pediu como rotina de pré-natal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> serviço de saúde pediu, porque o filho nasceu HIV positivo</p> <p>5. <input type="checkbox"/> serviço de saúde pediu, por razão não conhecida</p> <p>6. <input type="checkbox"/> doou sangue</p> <p>7. <input type="checkbox"/> firma (trabalho) exigiu</p> <p>8. <input type="checkbox"/> decidiu fazer por precaução</p> <p>9. <input type="checkbox"/> decidiu fazer por achar que pudesse estar infectada</p> <p>10. <input type="checkbox"/> decidiu fazer porque parceiro pediu</p> <p>11. <input type="checkbox"/> filho adoeceu</p> <p>12. <input type="checkbox"/> outro: _____</p> <p>13. <input type="checkbox"/> maternidade pediu na ocasião do parto</p> <p>14. <input type="checkbox"/> decidiu fazer, pois o companheiro estava infectado</p> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar</p> <p>99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	<p>PQTESTE</p> <p>___ ___</p>

<p>42.</p>	<p>Onde você fez o teste anti-HIV? (aquele de quando teve o diagnóstico) <b>CÓDIGO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) centro de testagem e aconselhamento (COAS) _____</li> <li>2. ( ) hospital: _____</li> <li>3. ( ) maternidade: _____</li> <li>4. ( ) unidade básica de saúde: _____</li> <li>5. ( ) laboratório/serviço privado: _____</li> <li>6. ( ) banco de sangue/leite: _____</li> <li>7. ( ) outro: _____</li> <li>8. ( ) serviço especializado (CRAIDS, CRT, etc)</li> </ol> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>	<p>ONDETEST</p> <p>_____</p>
<p>43.</p>	<p>Antes de fazer o teste, você chegou em algum momento a achar que podia ser HIV positiva? <b>CÓDIGO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) sim</li> <li>2. ( ) não</li> </ol> <p>Por que? _____</p> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>	<p>ANTESHIV</p> <p>_____</p>
<p>44.</p>	<p>Como você acha que se infectou com o HIV? (Tentar inicialmente resposta espontânea, se necessário ir percorrendo alternativas) <b>COLOCAR TODOS OS CÓDIGOS REFERIDOS</b></p> <hr/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) transfusão de sangue contaminado</li> <li>2. ( ) uso de drogas compartilhando agulhas</li> <li>3. ( ) relação sexual desprotegida com parceiros sexuais pouco conhecidos</li> <li>4. ( ) parceiro infectado por transfusão de sangue</li> <li>5. ( ) parceiro infectado por uso de drogas compartilhando agulhas</li> <li>6. ( ) parceiro infectado por relação sexual desprotegida com outro homem</li> <li>7. ( ) parceiro infectado por relação sexual desprotegida com outra mulher</li> <li>8. ( ) parceiro infectado por relação sexual desprotegida, não sabe se homem ou mulher</li> <li>9. ( ) parceiro infectado não sabe como</li> <li>10. ( ) não tem a menor idéia de como se infectou</li> <li>11. ( ) outro: _____</li> </ol> <p>98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar</p>	<p>COMOHIV</p>

45.	<p>Você sabe se algum parceiro sexual seu, atual ou antigo, usa ou já usou droga injetável?  <b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim, sabe de uso de drogas injetáveis  2. ( ) não, não sabe de uso de drogas injetáveis  3. ( ) desconfia de uso, mas não tem certeza  4. ( ) não, nenhum nunca usou.</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois nunca teve parceiro  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	PARCDROGA  ____ _		
46.	E você mesma, já fez uso de alguma dessas drogas? (Ler uma a uma, considerar Qualquer quantidade, mesmo uso social)			
Droga <b>(CÓDIGO)</b>		<b>Sim 1</b>	<b>Não 2</b>	
a. maconha		( )	( )	MACONHA ____ _
b. bolinha		( )	( )	BOLINHA ____ _
c. cola		( )	( )	COLA ____ _
d. LSD/cogumelos		( )	( )	LSD ____ _
e. crack		( )	( )	CRACK ____ _
f. cocaína inalada (pó)		( )	( )	COCAINA ____ _
g. injetáveis – coca, heroína		( )	( )	INJETAVEL ____ _
h. outras: _____  98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar				<b>OUTDROGA</b>  ____ _

47.	Quantas vezes, aproximadamente, você usou essas drogas nos últimos 3 meses? <b>(CÓDIGO)</b>					
	Droga	<b>diariamente-1</b>	<b>semanalmente-2</b>	<b>mensalmente-3</b>	<b>ocasionalmente-4</b>	<b>não usa-97</b>
	a. maconha					QTOMACONHA ____ _
	b. bolinha					QTOBOLINHA ____ _
	c. cola					QTOCOLA ____ _
	d. LSD/cogumelos					QTOLSD ____ _
	e. crack					QTOCRACK ____ _
	f. cocaína inalada (pó)					QTOCOCAI ____ _
	g. injetáveis – coca, heroína					QTOINJET ____ _
	h. outras: _____					QTOOUTRO ____ _
99. ( ) não sabe informar 98. ( ) não quer informar						
48.	Você fuma cigarro? <b>(CÓDIGO)</b>					CIGARRO
	1. ( ) sim . Quantidade diária de cigarros: _____					____ _
	2. ( ) não, mas já fumou Há quanto tempo parou? _____ (ANOS)					____ _
	3 ( ) não, e nunca fumou					QCIGARRO
	<b>QCIGARRO (Nº DE CIGARROS, SE NÃO FUMA QCIGARRO= 0)</b> <b>TPAROU: TEMPO QUE PAROU DE FUMAR (EM ANOS). PARA MESES VER LISTA 7</b>					____ _
96. ( ) se não parou de fumar (SÓ PARA A VARIÁVEL TPAROU)					TPAROU	
97. ( ) nunca fumou (SÓ PARA A VARIÁVEL TPAROU)					____ _	
98. ( ) não quer informar						
99. ( ) não sabe informar						

49.	Você consome algum tipo de bebida alcoólica? <b>CÓDIGO</b>  1. ( ) sim :   cerveja: _____ vezes por semana pinga : _____ vezes por semana vinho: _____ vezes por semana outra bebida: _____ vezes por semana  2. ( ) não  98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	ALCOOL  ____ ____  QTOALCOOL
-----	---	--

**VI. TESTE ANTI-HIV E CUIDADOS RECEBIDOS:**

50.	Antes de fazer o teste, você chegou a conversar sobre o assunto no serviço que o realizou? <b>CÓDIGO</b> (Leia as alternativas)	CONVERSAHI
51.	Ao entregar o resultado, qual foi a atitude do profissional que lhe atendeu? <b>CÓDIGO</b>  1. ( ) só entregou o resultado e não disse nada 2. ( ) conversou na mesma hora sobre o assunto 3. ( ) marcou nova consulta para conversar sobre o assunto 4. ( ) só encaminhou para outro serviço com carta e/ou consulta marcada 5. ( ) só orientou que procurasse outro serviço, sem dar carta ou marcação de consulta 6. ( ) marido recebeu o teste 7. ( ) outra pessoa recebeu o teste. quem? _____ 8. ( ) outro: _____ 9. ( ) conversou e na mesma hora encaminhou  97. ( ) não se aplica porque fez o teste em laboratório de análises clínicas 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	ATITUDE  ____ ____



52.	<p>Como você se sentiu tratada pelo serviço no momento em que lhe foi dado o resultado do teste anti-HIV? (Ler as alternativas e escolher a atitude que predominou na situação) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. ( ) com apoio e atenção  2. ( ) com indiferença  3. ( ) com discriminação  4. ( ) com crítica, tom de acusação  5. ( ) normal  6. ( ) outro: _____</p> <p>96. ( ) não se aplica porque fez o teste em laboratório de análises clínicas  97. ( ) não se aplica porque não foi ela quem recebeu o resultado  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	SENTIU  ____ _		
53.	<p>Quanto tempo depois de saber o resultado do seu teste você procurou por um médico para tratar do HIV? <b>TEMPO EM MESES. PARA DIAS E SEMANAS VER LISTA 3</b></p> <p>_____ MESES ou _____ SEMANAS ou _____ DIAS após o teste</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	QTOTEMPO  ____, ____ _		
54.	IDEM À ANTERIOR			
55.	<p>Nos serviços em que você já foi atendida para tratar do HIV, quais das informações abaixo foram dadas a você? <b>CÓDIGO</b></p>			
	<b>Sim</b> <b>1</b>	<b>Não</b> <b>2</b>	<b>Não lembra</b> <b>9</b>	
a. Que se você engravidar tem chance de transmitir o HIV para o neném durante a gravidez	( )	( )	( )	INFORA  ____ _
b. Que se você engravidar tem chance de transmitir o HIV para o neném durante o parto	( )	( )	( )	INFORB  ____ _
c. Que se você engravidar tem chance de transmitir o HIV para o neném durante a amamentação	( )	( )	( )	INFORC  ____ _
d. Que existem remédios que reduzem muito essas chances de passar o vírus para o neném	( )	( )	( )	INFORD  ____ _
e. Que o neném depois de nascer deve tomar remédio por um tempo para reduzir a chance de infecção pelo HIV	( )	( )	( )	INFORE  ____ _
f. Que mesmo que seu parceiro também seja positivo vocês devem prevenir-se de infecção com novas cargas de vírus.	( )	( )	( )	INFORF  ____ _
g. Que você não precisa deixar de ter relações sexuais para prevenir a infecção do seu parceiro sexual pelo HIV	( )	( )	( )	INFORG  ____ _
h. Que é possível usar drogas sem precisar se expor à infecção por novas cargas de vírus	( )	( )	( )	IFORH  ____ _

	i. Que existem remédios capazes de manter o HIV sob controle, reduzindo as chances de que você adoça	( )	( )	( )	INFORI — —			
	j. Que existem métodos para evitar filhos que são mais indicados para a mulher que está infectada com o HIV	( )	( )	( )	INFORJ — —			
	98. ( ) não quer informar							
	99. ( ) não sabe informar							
56.	Quem sabe que você está HIV-positiva? ( <b>CÓDIGO</b> ) Quanto tempo você levou para contar? (Dias, meses ou anos, ou não lembra) ( <b>TEMPO EM MESES. PARA DIAS OU SEMANAS, VER LISTA 3</b> )							
	Quem	Sabe		Quanto tempo levou			CODIFICAÇÃO	
		Sim-1	Não-2	DIAS	MESES	ANOS	Quem sabe (CÓDIGO)	Tempo (MESES)
	a. parceiro (de quando fez o teste)							
	b. filhos							
	c. familiares próximos							
	d. amigos							
	e. trabalho (de quando fez o teste)							
							QUEM SABE (CÓDIGO)	TEMPO (MESES)
	92. ( ) não se aplica, pois o filho é muito pequeno						<b>92</b>	<b>995</b>
	93. ( ) não se aplica, pois soube junto						<b>93</b>	<b>0,00</b>
	94. ( ) não se aplica, pois morreu sem saber						<b>94</b>	<b>995</b>
	95. ( ) não se aplica, pois não contou						<b>2</b>	<b>995</b>
	96. ( ) não se aplica, pois não tem parceiro, filhos, família, amigos ou trabalho						<b>96</b>	<b>996</b>
	97. ( ) não se aplica, pois souberam antes dela						<b>97</b>	<b>995</b>
	98. ( ) não quer informar						<b>98</b>	<b>998</b>
	99. ( ) não sabe informar						<b>99</b>	<b>999</b>
	comentários: _____							
	_____							
	_____							

57.	Além dos médicos e serviços de saúde, você procurou outros tipos de apoio? <b>(CÓDIGO)</b>		
	Instituição	<b>Sim-1</b>	<b>Não-2</b>
	a. Igreja, instituição religiosa		IGREJA ____
	b. Grupo de AIDS, ONG		GRUPO ____
	c. Sindicato, associação profissional		SINDICATO ____
	d. Associação de bairro, grupo comunitário		ASSOCIACAO ____
	e. outro: PROCOUTRO		PROCOUTRO ____
98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar			

**VII. SERVIÇOS DE SAÚDE: ACESSO E ACOLHIMENTO:**

58.	<p>Você tem algum tipo de convênio médico? <b>(COLOCAR TODOS OS CÓDIGOS)</b></p> <p>1. ( ) não, porque não pode, é caro  2. ( ) não, porque prefere o sistema público  3. ( ) sim, mas prefere usar o sistema público  4. ( ) sim, mas não pode usar, não cobre AIDS  5. ( ) sim, mas não quer usar com medo de ser discriminada  6. ( ) sim, mas não quer usar com medo de ser discriminada no trabalho  7. ( ) outro: _____  8. ( ) usa os dois sistemas</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	CONVENIO
59.	<p>Como você vai ao serviço de saúde onde você se trata do HIV? <b>(COLOCAR TODOS OS CÓDIGOS)</b></p> <p>1. ( ) carro seu, de parentes/amigos ou táxi  2. ( ) transporte público (ônibus, trem, metrô)  3. ( ) ambulância  4. ( ) a pé  5. ( ) outro: _____</p> <p>97. ( ) não se aplica, pois não faz tratamento  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	TRANSP

60.	Quanto tempo você gasta <u>normalmente</u> para vir da sua casa até o serviço de saúde onde você se trata do HIV? <b>TEMPO EM MINUTOS. SE VÁRIOS, FAZER A MÉDIA</b>  ___ HORAS _____ MINUTOS  997. ( ) não se aplica, pois não faz tratamento 998. ( ) não quer informar 999. ( ) não sabe informar	GASTAT						
61.	Há quanto tempo, aproximadamente, você é atendida no serviço de saúde onde você se trata do HIV? <b>TEMPO EM ANOS. PARA MESES VER LISTA 7)</b>  _____ ANOS _____ MESES 997. ( ) não se aplica, pois não faz tratamento 998. ( ) não quer informar 999. ( ) não sabe informar	TATEND  ____, ____						
62.	Por quais dos profissionais abaixo você já foi atendida no serviço de saúde onde você se trata do HIV ou por encaminhamento dele? (Ler um a um os itens) <b>CÓDIGO</b>							
Profissional	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Sim 1</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Não 2</div>	Onde? I – Interno E – externo	Tempo (médio) de espera pelo <b>dia</b> da consulta	O que acha? D – demorado A – aceitável R – rápido	Tempo (médio) de espera pela <b>hora</b> da consulta	O que acha? D – demorado A – aceitável R – rápido	
a. infectologista								MÉDICO ____
b. enfermeira								ENFERM ____
c. psicólogo								PSICOL ____
d. assistente social								ASSISTSO ____
e. ginecologista								GINECO ____
f. dentista								DENTISTA ____
g. nutricionista								NUTRIC ____
h. outro médico								OUTROMED ____
i. outro profissional: _____								OUTROPROF ____
97. ( ) não se aplica, pois não faz tratamento 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar								

63.	De um modo geral, quantas vezes as situações abaixo aconteceram com você no serviço de saúde onde você se trata do HIV? (Leia uma a uma) <b>(CÓDIGO)</b>					
	Situação	Muitas vezes - 3	Poucas vezes - 2	Nunca - 1		
	a. Ser atendida quase sem ser olhada				SIT63a — —	
	b. Sentir-se discriminada, tratada com preconceito				SIT63b — —	
	c. Passar dor ou desconforto físico por erro do serviço				SIT63c — —	
	d. Ser destrutada ou humilhada no serviço				SIT63d — —	
	97. ( ) não se aplica porque não se trata					
	98. ( ) não quer informar					
	99. ( ) não sabe informar					
64.	Com que frequência as situações abaixo acontecem com você? <b>(CÓDIGO)</b>					
	Situação	Na maioria das vezes (1)	Às vezes (2)	Nunca (3)	Não se aplica (9)	
	a. Facilidade de conseguir transporte para vir ao serviço onde se trata do HIV	( )	( )	( )	( )	SIT64A — —
	b. Facilidade de que alguém cuide das crianças para vir ao serviço onde se trata do HIV	( )	( )	( )	( )	SIT64B — —
	c. Facilidade para entender o que os profissionais dizem					
	c.1. infectologista	( )	( )	( )	( )	SIT64 c1 — —
	c.2. ginecologista	( )	( )	( )	( )	SIT64 c2 — —
	c.3. psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 c3 — —
	c.4. assistente social	( )	( )	( )	( )	SIT64 c4 — —
	c.5. enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 c5 — —

Situação	Na maioria das vezes (1)	Às vezes (2)	Nunca (3)	Não se aplica (9)	
d. Facilidade para falar sobre suas preocupações, tirar dúvidas					
d.1. infectologista	( )	( )	( )	( )	SIT64 d1 — —
d.2. ginecologista	( )	( )	( )	( )	SIT64 d2 — —
d.3. psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 d3 — —
d.4. assistente social	( )	( )	( )	( )	SIT64 d4 — —
d.5. enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 d5 — —
e. Facilidade para falar sobre sua vida sexual					
e.1. infectologista/clínico(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 e1 — —
e.2. ginecologista	( )	( )	( )	( )	SIT64 e2 — —
e.3. psicólogo(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 e3 — —
e.4. assistente social	( )	( )	( )	( )	SIT64 e4 — —
e.5. enfermeiro(a)	( )	( )	( )	( )	SIT64 e5 — —
h. Facilidade para obter remédios (fora o coquetel)	( )	( )	( )	( )	SIT64 h — —
i. Facilidade para obter camisinha	( )	( )	( )	( )	SIT64 i — —
j. Facilidade de falar com seu serviço em caso de emergência	( )	( )	( )-	( )	SIT64 j — — -----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
97. ( ) não se aplica, pois não faz tratamento					
98. ( ) não quer informar					
99. ( ) não sabe informar					

65.	Se você chegar para o(a) médico(a) que lhe acompanha e disser “Eu quero ter um filho”, qual você acha que será a reação dele(a)? (Anote ao máximo possível nas palavras da entrevistada)	
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**VIII. RELAÇÃO COM O SERVIÇO E CUIDADOS COM A SAÚDE:**

66.	<p>Com que frequência você costuma ir ao serviço de saúde onde se trata do HIV?</p> <p><b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) diariamente  2. ( ) mais de uma vez por mês  3. ( ) uma vez por mês  4. ( ) a cada 2-3 meses  5. ( ) em intervalos maiores que 3 meses  6. ( ) só quando me sinto mal  7. ( ) outra: _____</p> <p>97. ( ) não se aplica porque não se trata  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	FREQSERV  ____ _
67.	<p>Com que frequência você costuma faltar às consultas marcadas no serviço onde se trata do HIV?</p> <p><b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) nunca falta  2. ( ) raramente perde uma consulta marcada  3. ( ) perde menos que a metade das consultas marcadas  4. ( ) perde mais que a metade das consultas marcadas  5. ( ) perde quase todas as consultas marcadas  6. ( ) outra: _____</p> <p>97. ( ) não se aplica porque não se trata  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	FREQFALTA  ____ _
68.	<p>Você é acompanhada sempre por um mesmo médico no serviço onde se trata do HIV?</p> <p><b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim  2. ( ) não</p> <p>97. ( ) não se aplica porque não se trata  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	MESMOMED  ____ _

69.	Com que frequência os profissionais desse serviço, de um modo geral, costumam faltar? <b>(CÓDIGO)</b>					
		Nunca ou raramente = 1	Algumas vezes = 2	Muitas vezes = 3	Não se aplica = 9	
	a. infectologista					FALTAPROFa ____
	b. ginecologista					FALTAPROFb ____
	c. psicólogo					FALTAPROFc ____
	d. assistente social					FALTAPROFd ____
	e. enfermeiro(a)					FALTAPROFe ____
	97. ( ) não se aplica porque não se trata 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar					
70.	Quando foi que você fez o último exame de CD4 do qual você tem o resultado ? <b>15 / _____ / _____ (mês/ano)</b> ( ) não se aplica, pois nunca fez <b>(15/07/1901)</b> ( ) não quer informar <b>(15/08/1901)</b> ( ) não sabe informar <b>(15/09/1901)</b>				ULTCD4 15/ /	
71.	Qual foi o resultado deste último exame de CD4? <b>(COLOCAR O VALOR OU O CÓDIGO)</b> _____ ( ) não se aplica, pois nunca fez <b>(999997)</b> ( ) não quer informar <b>(999998)</b> ( ) não sabe informar <b>(999999)</b>				CD4	



72.	Para que serve o exame CD4? <b>CÓDIGO</b> _____ _____ 1. ( ) sabe correto 2. ( ) não sabe 3. ( ) sabe incorreto  98. ( ) não quer informar	SERVECD4  ____ _
73.	Quando foi que você fez seu último exame de carga viral, que você tem o resultado? <b>15</b> / _____ / _____ (mês/ano) ( ) não se aplica, pois nunca fez <b>(15/07/1901)</b> ( ) não quer informar <b>(15/08/1901)</b> ( ) não sabe informar <b>(15/09/1901)</b>	ULTCV  15/ /
74.	Qual foi o resultado deste último exame de carga viral? <b>COLOCAR O VALOR OU O CÓDIGO</b> _____ ( ) indetectável <b>(999996)</b> ( ) não se aplica, pois nunca fez <b>(999997)</b> ( ) não quer informar <b>(999998)</b> ( ) não sabe informar <b>(999999)</b>	CV
75.	Para que serve o exame de carga viral? <b>CÓDIGO</b> _____ _____ 1. ( ) sabe correto 2. ( ) não sabe 3. ( ) sabe incorreto  98. ( ) não quer informar	SERVECV  ____ _
76.	Você está conseguindo tomar todos os remédios anti-virais conforme recomendado? <b>CÓDIGO</b> 1. ( ) sim 2. ( ) não, porque _____ _____ 97 ( ) não se aplica, pois não toma anti-viral 98. ( ) não quer informar 99. ( ) não sabe informar	REMFALTA  ____ _

<p>77.</p>	<p>Quantas doses dos remédios anti-virais você costuma falhar? (Mostrar o kit) <b>CÓDIGO</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> nenhuma</p> <p>2. <input type="checkbox"/> pelo menos uma por semana:  qual(is) remédio(s)? _____  qual(is) horário(s)? _____  por quê? _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Pelo menos uma por dia:  qual(is) remédio(s)? _____  qual(is) horário(s)? _____  por quê? _____</p> <p>4. <input type="checkbox"/> mais de uma por dia:  qual(is) remédio(s)? _____  qual(is) horário(s)? _____  por quê? _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> menos de uma por semana:  qual(is) remédio(s)? _____  qual(is) horário(s)? _____  por quê? _____</p> <p>95. <input type="checkbox"/> não se aplica, pois parou a medicação  96. <input type="checkbox"/> não se aplica, pois está reiniciando o tratamento agora  97. <input type="checkbox"/> não se aplica, pois não toma anti-viral  98. <input type="checkbox"/> não quer informar  99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>	<p>DOSEFALHA</p> <p>_____</p>										
<p>78.</p>	<p>Quais as dificuldades que você tem sentido como portadora do HIV?  (Registrar as palavras da paciente, resposta espontânea apenas)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <p>98. <input type="checkbox"/> não quer informar  99. <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>											

79.	<p>Você acha que o serviço em que é acompanhada tem lhe ajudado a enfrentar essas dificuldades? (Registrar as palavras da paciente, resposta espontânea apenas)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>97. ( ) não se aplica porque não se trata  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	
80.	<p>O serviço onde é acompanhada lhe oferece algum outro tipo de apoio além da assistência médica? <b>(CÓDIGO)</b></p> <p>1. ( ) sim  Quais _____</p> <p>_____</p> <p>2. ( ) não</p> <p>97. ( ) não se aplica porque não se trata  98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	APOIO ____ _
81.	<p>Que outras formas de apoio você acharia importante receber para melhorar sua qualidade de vida? <b>(COLOCAR QUANTAS REFERÊNCIAS ÀS FORMAS DE APOIO)</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>98. ( ) não quer informar  99. ( ) não sabe informar</p>	MELHORA ____ _



## QUESTIONÁRIO

### ***PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DE HOMENS VIVENDO COM HIV QUE FAZEM SEXO COM MULHERES NA CIDADE DE SÃO PAULO***

*Programa Estadual de DST/AIDS – NEPAIDS – Casa da AIDS do HC/FMUSP –  
Universidade da Califórnia*

Código do entrevistado \_\_\_\_\_ Data da entrevista \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Idade: _____	
2. Local de nascimento:	
2.1. Cidade: _____	
2.2. Estado: _____	
3. Em que bairro você mora? _____	
4. Você mora em ... 1. Casa                      2. Apartamento              3. Barraco 4. Quarto                    5. Casa de apoio              6. Outro _____	
5. Fora você, quantas pessoas dormem com você no mesmo cômodo? _____	
6. Como você definiria sua cor/raça? 1. Branca                      2. Preta                      3. Parda/morena 4. Amarela                    5. Indígena                    8. Outra _____	
7. Até que série você estudou? _____ (para codificação – anos de escolaridade) 77. Não estudou      88. Não estudou mas lê e escreve	

<p><b>8. Atualmente você trabalha?</b></p> <p>1. Sim, empregado                      2. Sim, autônomo                      3. Sim, bico</p> <p>4. Não, desempregado                      5. Não, aposentado                      6. Só estudante</p> <p>7. Não, licença saúde</p>	
<p><b>9. Qual a sua atividade/emprego atual ?</b> _____</p> <p>88. Desempregado/Estudante/Aposentado</p>	
<p><b>10. Quanto você ganhou no mês passado?</b> _____ (em reais)</p> <p>0. Não teve rendimentos    88. Desempregado/Estudante</p>	
<p><b>11. Qual a renda de todos que moram na sua casa, somando o que todos ganham, incluindo você?</b> _____ (em reais)</p>	
<p><b>12. Quantas pessoas vivem com essa renda incluindo você?</b> _____</p>	
<p><b>13. Você tem religião? Qual?</b></p> <p>1. Protestante, qual? _____                      2. Evangélico, qual?</p> <p>3. Católico                      4. Afro-brasileira</p> <p>5. Espírita                      5. Judaica</p> <p>6. Budista                      6. Outras _____</p> <p>9. Não tenho religião</p>	
<p><b>14. Você é praticante?</b></p> <p>1. Sim, Como pratica?                      2. Não</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<b>15. Qual seu estado civil?</b>				
1. Solteiro		2. Casado/Mora junto		
3. Separado/Divorciado		4. Viúvo		
<b>16. Você tem filhos? (Do mais velho para o mais novo) 1. Sim 2. Não</b>				
<b>Adotado/de criação?</b> <b>Biológico?</b> (A/B)	<b>Idade</b> (anos)	<b>Foi antes/depois de você saber ter HIV?</b> (A/D)	<b>Tem HIV?</b> (S/N/NS/EI)	<b>Mora com você?</b> (S/N)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**TER HIV, IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO**

<p><b>17. Como você acha que pegou o HIV?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>(Fazer a pergunta sem citar os itens. Resposta espontânea. Marcar as respostas. Mais de uma resposta possível)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tive muitas parceiras (mulheres)</li> <li>2. Tive muitos parceiros (homens)</li> <li>3 Usei drogas injetáveis</li> <li>4. Minha parceira (uma de minhas parceiras) usava drogas injetáveis</li> <li>5. Minha parceira (uma de minhas parceiras) teve muitos parceiros</li> <li>6. Tive/tenho parceiro(a)(s) que usavam drogas injetáveis</li> <li>7. Tive/tenho parceiro(a)(s) que tiveram muitos parceiro(a)(s)</li> <li>8. Transfusão de sangue</li> <li>9. Meu (Minha) parceiro(a) fez transfusão de sangue</li> <li>10. Tive contato sexual com prostitutas</li> <li>11. Tive contato sexual com garotos de programa ou travestis</li> <li>12. Tive relações sem camisinha.</li> <li>13. Não sei</li> <li>14. Outros</li> </ol>	
<p><b>18. Há quanto tempo você sabe que tem HIV? _____ (meses)</b></p>	
<p><b>19. Por que você fez o teste?</b></p> <hr/> <hr/>	
<p><b>20. Ao receber o resultado, você achava que podia ser positivo?</b></p> <p>1. Sim                      2. Não</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



<p><b>21. Onde você fez o teste?</b></p> <hr/> <hr/> <p>1. COAS      2. Hospital ou Ambulatório DST/AIDS      3. Laboratório privado      4. Serviço especializado DST/AIDS 5. Banco de Sangue      6. Outro/ qual? _____</p>	
<p><b>22. Antes de fazer o teste, algum profissional conversou sobre o assunto com você?</b> (Leia as alternativas)</p> <p>1. sim, teve uma sessão de conversa individual 2. sim, teve uma sessão de grupo 3. não, não teve nenhuma orientação 4. não, não sabia que estava sendo testado</p>	
<p><b>23. Como você se sentiu tratado no momento em que lhe foi dado o resultado do teste anti-HIV?</b> (Ler as alternativas e escolher a atitude que predominou na situação)</p> <p>1. com apoio e atenção      2. com indiferença 3. com discriminação      4. com crítica, tom de acusação 5. outro: _____</p>	
<p><b>24. Como você se sentiu em relação ao resultado?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>25. Ao entregar o resultado, o que o profissional que o atendeu fez?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>26. Quanto tempo depois de saber o resultado do seu teste você foi atendido por um médico para tratar do HIV? _____ (semanas após o teste).</b></p>	

<p><b>27.</b> Você procurou outro apoio? Qual? (religião, amigos, família, grupo de apoio)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>28.</b> Você toma medicação anti-HIV/ anti-retrovirais?</p> <p>1. Sim - Há Quanto tempo? _____(meses)    2. Não</p>	
<p><b>29.</b> Você sentiu diferença na sua vida (trabalho, relação com os amigos, família...) depois de começar a tomar a medicação?</p> <p>1. Sim                      2. Não</p>	
<p><b>30.</b> Por quê? Qual?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>31.</b> Você sentiu diferença na sua vida sexual depois de descobrir que tinha o HIV?</p> <p>1- Sim              2- Não</p>	
<p><b>32-</b> Por que? Qual?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>33.</b> Você tem vontade de ter filhos? (ou em ter mais filhos para aqueles que já tem)</p> <p>1. Sim              2. Não              3. Não sei</p>	

<p><b>34. Por quê?</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>88. Não tem vontade                      77. Não sabe</p>	
<p><b>35. Como você acha que seria a reação do seu médico se você dissesse para ele que quer ter filhos?</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>36. O que você acha que são práticas sexuais seguras/sexo seguro?</b> (Fazer a pergunta sem citar os itens. Resposta espontânea. Marcar as respostas. Mais de uma resposta possível)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>1. Diminuir o número de parceiras/parceiros  2. Usar camisinha                      3. Conversar sobre sexo com os parceiros  4. Não ter sexo                          5. Ter apenas uma parceira/ um parceiro  6. Não usar drogas injetáveis      7. Gozar fora  8. Não ter penetração                9. Fazer apenas sexo oral  10. Outros                                88. Não sei</p>	
<p><b>37. Que método para evitar gravidez você conhece?</b> (Fazer a pergunta sem citar os itens. Resposta espontânea. Explorar outras possíveis respostas. Marcar as respostas. Mais de uma resposta possível)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>0. Nenhum                                1. Pílula                                      2. Diafragma  3. DIU                                        4. Camisinha                                5. Camisinha feminina  6. Tabela                                    7. Gozar fora                                8. Outros</p>	

<p>38. Agora, nós vamos perguntar se você recebeu ou não algumas informações aqui ou em outros lugares?</p> <p><b>INFORMAÇÃO</b></p>	<p><b>Sim</b> <b>/NÃO</b></p>	<p><b>Obtive em outro lugar</b> <b>Onde?</b> <b>(folheto, mídia, colegas, etc.)</b></p>	<p><b>Não lembra</b></p>
<p>38.a Você já foi informado que se sua parceira tiver o HIV e engravidar, ela tem chance de transmitir o HIV para o neném durante a gravidez?</p>			
<p>38.b Que se sua parceira tiver o HIV e ela tiver uma criança, ela tem chance de transmitir o HIV para o neném durante o parto?</p>			
<p>38.c Que se sua parceira tiver o HIV e vocês tiverem uma criança, ela tem chance de transmitir o HIV para o neném durante a amamentação?</p>			
<p>38.d Você já foi informado que existem remédios que reduzem muito essas chances dela passar o HIV para o neném.</p>			
<p>38.e Que o neném depois de nascer deve tomar remédio por um tempo para reduzir a chance de infecção pelo HIV?</p>			
<p>38.f Que mesmo que sua (seu) parceira(o) também seja positivo(a) vocês devem prevenir-se de infecção com novas cargas de vírus?</p>			
<p>38.g Você já foi informado que existem métodos para evitar filhos que são mais adequados para a mulher portadora do HIV?</p>			
<p>38.h Que é possível ter relações sexuais e prevenir a com pouco risco de infecção pelo HIV de sua (seu) parceira(o) sexual?</p>			
<p>38.i Que é possível usar drogas injetáveis sem transmitir ou se reinfectar por novas cargas de vírus?</p>			

<b>39. Você já participou de algum grupo onde se sentisse a vontade para discutir sua Sexualidade e seu desejo de ter filhos?</b> 1. Sim      2. Não			
<b>40. Se sim, como foi a experiência?</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>41. Por quais dos profissionais abaixo você já foi atendido no CRT/AIDS ou Casa da AIDS?</b>			
<b>Profissional</b>	Sim (1)/ Não (2)	Sente facilidade para falar de suas preocupações 1- sempre 2 – às vezes 3 – nunca	Sente facilidade para falar de sua vida sexual 1- sempre 2 – às vezes 3 – nunca
Infectologista			
Enfermeira			
Psicólogo			
Assistente social			
Você com algum outro profissional?			





<p><b>52.</b> Você tem alguma dúvida em relação a como usar a camisinha feminina? Qual?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>77. Não sabe    88. Não conhece</p>	
<p><b>53.</b> O que você acharia se sua parceira propusesse o uso de camisinha feminina?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>77. Não sabe    88. Não conhece</p>	
<p><b>54.</b> Por que você acha que os homens fazem sexo?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>55.</b> Por que você acha que as mulheres fazem sexo?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>56.</b> Por que você faz sexo?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



### Parceiras Fixas, Constantes, Ocasionais

*Agora nós vamos perguntar sobre parceiros mulheres e homens, perguntas que são mais íntimas, tudo bem?*

57. Com quantos(as) parceiros(as) você teve relações sexuais até hoje (aproximadamente. Anotar Quantas se falar "Muitas...") _____						
58. Com quantos(as) parceiros(as) você teve relações sexuais nos últimos 12 meses? _____						
59. Vamos falar dos parceiros(as) com quem você teve relações sexuais nos últimos 6 meses?						
	<b>Parceiro 1</b>	<b>Parceiro 2</b>	<b>Parceiro 3</b>	<b>Parceiro 4</b>	<b>Parceiro 5</b>	
<b>a. Sexo (M/F)</b>						
<b>b. Vínculo</b> (fixo, constante, programa)						
<b>c. Quanto tempo?</b> (meses)						
<b>d. Ele(a) tem HIV?</b> (s, n, ns)						
<b>e. Quanto tempo você levou para contar?</b> (meses)						
<b>f. Você evita gravidez?</b> (sim/não)						
<b>g. Como?</b> (Método)						
<b>h. Usa camisinha quando faz sexo vaginal?</b> (1-sim 2-as vezes 3-nunca)						
<b>i. Usa camisinha Quando faz sexo oral?</b> (1. sim 2. as vezes 3. nunca)						
<b>j. Você usa camisinha quando faz sexo anal?</b> (1-sim as vezes 3 nunca)						

	<b>Parceiro 6</b>	<b>Parceiro 7</b>	<b>Parceiro 8</b>	<b>Parceiro 9</b>	<b>Parceiro 10</b>	
<b>a. Sexo (M/F)</b>						
<b>b. Vínculo</b> (fixo, constante, programa)						
<b>c. Quanto tempo?</b> (meses)						
<b>d. Ele(a) tem HIV?</b> (s, n, ns)						
<b>e. Quanto tempo você levou para contar?</b> (meses)						
<b>f. Você evita gravidez?</b> (sim/não)						
<b>g. Como?</b> (Método)						
<b>h. Usa camisinha quando faz sexo vaginal?</b> (1-sim 2-as vezes 3-nunca)						
<b>i. Usa camisinha Quando faz sexo oral?</b> (1. sim 2. as vezes 3. nunca)						
<b>j. Você usa camisinha quando faz sexo anal?</b> (1-sim as vezes 3 nunca)						

<b>60. Antes de você saber que tinha HIV, você usava camisinha?</b>			
1. Sim, sempre      2. As vezes      3. Não, nunca      N/A			
<b>Sexo\Tipo</b>	<b>Fixos</b>	<b>Constante</b>	<b>Ocasional</b>
<b>Homens</b>			
<b>Mulheres</b>			
<b>61. Por quê?</b> _____ _____ _____ _____ _____			
<b>62. Você se sente à vontade para discutir práticas sexuais seguras com suas parceiras ou parceiros</b>			
1. Sim, Na maioria das vezes      2. Às vezes      3. Nunca			
	<b>Parceira ou Parceiro Fixa(o)</b>	<b>Parceira(o) Constante</b>	<b>Parceira(o) Ocasional</b>
<b>Homens</b>			
<b>Mulheres</b>			

**ABUSO SEXUAL*****Entrevistador:***

*Agora nós vamos perguntar sobre abuso sexual. Em suas vidas, muitos homens vivenciam diferentes formas de violência, causadas por familiares, por outras pessoas que eles conhecem e/ou por estranhos. Se não se incomodar, gostaria de lhe perguntar, rapidamente, a respeito de algumas dessas situações. Tudo o que você disser será mantido em segredo. Posso continuar?*

***Por abuso sexual nós queremos dizer:***

*“ser forçado a ter qualquer atividade sexual contra a sua vontade em qualquer fase da vida”.*

<p><b>63.</b> A partir dos seus 15 anos alguém já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual quando você não queria? (anotar frequência ao lado da resposta)</p> <p><b>Frequência</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muitas vezes</li> <li>2. Poucas vezes</li> <li>3. Uma ou duas vezes</li> <li>4. Nunca</li> </ol> <p>SE SIM, quem fez isso a você?</p> <p>SE NÃO, EXPLORE: Talvez um parente? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>64.</b> Que idade você tinha quando isso aconteceu? (anos ou período) _____</p>	
<p><b>65.</b> Que idade a pessoa tinha (anos) _____</p>	
<p><b>66.</b> Antes dos seus 15 anos alguém já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual Quando você não queria? (anotar frequência ao lado da resposta)</p> <p><b>Frequência</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uma ou duas vezes</li> <li>2. Poucas vezes</li> <li>3. Muitas vezes</li> <li>4. Nunca</li> </ol> <p>SE SIM, quem fez isso a você?</p> <p>SE NÃO, EXPLORE: Talvez um parente? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou uma outra pessoa?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



77. Quais destas substâncias você já usou ou usa?			
Droga	Já Usou? 1- sim 2- não 8- nunca usou drogas	Quando foi a última vez? (em meses) 77- Nunca usou essa droga 8- nunca usou drogas	Quantas vezes no último mês você usou? 66- não usou no último mês 77- nunca usou essa droga 88- nunca usou drogas
77.a. Maconha			
77.b. Cocaína inalada/ cheirada			
77.c. Cocaína Injetada			
77.d. Crack			
77.e. Compartilhou agulhas e seringas quando usou drogas injetáveis			
77.f. Outra droga			
78. Você usa drogas antes de fazer sexo? 1. Sim, sempre                      2. Sim, às vezes                      3. Não, nunca 77. Não usa mais                      88. Nunca usou			
79. Em algumas das situações em que você usou drogas você deixou de usar camisinha durante a transa? 1. Sim                                      2. Não                                      3. Não me lembro 77. Não usa mais                      88. Nunca usou			

### PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS

80. Você acha importante haver grupos de homens para discutir sexualidade e sexo seguro dentro dos serviços de saúde? 1. Sim                                      2. Não	
---	--



**Muito obrigado(a) pela sua colaboração. O que você achou da entrevista? Se você tiver algum comentário a fazer sobre a entrevista nós gostaríamos que você fizesse.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





# HOSPITAL DAS CLÍNICAS

D.A.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 8091

SÃO PAULO - BRASIL

## DIRETORIA CLÍNICA

### Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 09.12.98, **ANALISOU E APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 670/98, intitulado: "*Vulnerabilidade e o cuidado às pessoas vivendo com HIV-AIDS: Um estudo sobre a assistência às mulheres vivendo com HIV-AIDS nos serviços públicos de saúde das cidades de Santos e São Paulo- Brasil*", apresentado pelo(a) pesquisador(a) *Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres*, do Departamento de Medicina Preventiva, bem como o Termo de Consentimento Pós-Informação.

CAPPesq, 22 de Dezembro de 1998.

**PROFESSOR MARCO SEGRE**

Presidente em exercício

**Comissão Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**

**OBSERVAÇÃO:** Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")



## HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 3671

SÃO PAULO - BRASIL

### DIRETORIA CLÍNICA

## Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

### **APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23/08/01, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 551/01, intitulado: "Práticas sexuais e reprodutivas entre homens vivendo com HIV e que fazem sexo com mulheres", apresentado pelo(a) pesquisador(a) DR. Alúcio Augusto Cotrim Segurado, do Departamento de Doenças Infeciosas e Parasitárias, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPPesq, 28 de agosto de 2001.

PROF. DR. JORGE KALIL FILHO

Presidente da Comissão de Ética para Análise  
de Projetos de Pesquisa

**OBSERVAÇÃO:** Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")



**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS ( versão outubro/99 )**

1. Projeto de Pesquisa: PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS ENTRE HOMENS VIVENDO COM HIV E QUE FAZEM SEXO COM MULHERES				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE COLETIVA		3. Código: 4.06	4. Nível: ( Só áreas do conhecimento 4 ) ( E ) e ( P )	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )	
8. Unitermos: ( 3 opções ) HOMENS – HIV – PRÁTICAS SEXUAIS				
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>				
9. Número de sujeitos No Centro : 150 Total: 300		10. Grupos Especiais : <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc ) ( ) Outros ( x ) Não se aplica ( )		
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>				
11. Nome: ALUISIO AUGUSTO COTRIM SEGURADO				
12. Identidade: 7 8 2 2 . 2 7 1		13. CPF.: 0 4 0 2 8 2 4 2 8-86	19. Endereço (Rua, nº): RUA FREI CANECA,557	
14. Nacionalidade: BRASILEIRA		15. Profissão: MÉDICO	20. CEP: 01307-001	21. Cidade: SÃO PAULO
16. Maior Titulação: DOUTOR EM MEDICINA		17. Cargo PROFESSOR DOUTOR	23. Fone: 3120-5290	24. Fax 3120-3472
18. Instituição a que pertence: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO			25. E.mail: segurado@usp.br	
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condição científica do projeto acima. Data: 22/06/2001				
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>				
26. Nome: CASA DA AIDS- HOSPITAL DAS CLÍNICAS – DMIP/FMUSP		29. Endereço (Rua, nº): RUA FREI CANECA,557		
27. Unidade/Órgão: CASA DA AIDS		30. CEP: 01307-001	31. Cidade: SÃO PAULO	32. U.F.SP
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não ( )		33. Fone: 3120-5290	34. Fax.: 3120-3472	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( X ) Não ( ) Nacional ( ) Internacional ( X ) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )				
<b>Termo de Compromisso ( do responsável pela instituição ):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo _____ Data: ____/____/____ Assinatura _____				
<b>PATROCINADOR</b> Não se aplica ( X )				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>				
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/____/____	48. Não Aprovado ( ) Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura _____		Anexar o parecer substanciado
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>				
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:	
55. Processo :				
58. Observações:				



# COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/061/09

**PROTOCOLO** 1931  
**PROJETO DE PESQUISA** MUDANÇAS NA VIDA SEXUAL APÓS O SORODIAGNÓSTICO PARA HIV: UMA COMPARAÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES  
**PESQUISADOR(A)** Lígia Polistchuck  
**ÁREA TEMÁTICA** Grupo III

São Paulo, 20 de fevereiro de 2009.

Prezada Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP analisou, nesta data, de acordo com os requisitos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO “AD-REFERENDUM”**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone  
Professor Associado  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.  
Prof. Dr. Ivan França Junior  
Departamento de Saúde Materno-Infantil  
Faculdade de Saúde Pública - USP



## DECLARAÇÃO

Declaro que eu, Professor Doutor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, responsável pelo estudo intitulado *VULNERABILIDADE E O CUIDADO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS – UM ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV-AIDS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DA CIDADE SÃO PAULO* (ECI – Enhancing Care Initiative); autorizo que a mestrande Lúgia Polistchuck, número USP 3369442, orientada pelo Professor Doutor Ivan França Junior, utilize dados desta pesquisa para sua dissertação.

São Paulo, 03 de fevereiro de 2009.



---

**Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**  
Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP



## UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

---

São Paulo, 03 de fevereiro de 2009.

Declaro que eu, Professora Doutora Vera Silvia Facciolla Paiva, responsável pelo estudo intitulado *PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DE HOMENS VIVENDO COM HIV/AIDS QUE FAZEM SEXO COM MULHERES NA CIDADE DE SÃO PAULO*; autorizo que a mestranda Lígia Polistchuck, número USP 3369442, orientada pelo Professor Doutor Ivan França Junior, utilize dados desta pesquisa para sua dissertação.

Atenciosamente;

---

Vera Silvia Facciolla Paiva



---

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL  
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César - CEP: 01246-904 São Paulo/SP  
Tel.: (011) 3061-7127 / 3061-7703  
Fax.: (011) 3085-0240

---

São Paulo, 03 de fevereiro de 2009.

Eu, Professor Doutor Ivan França Junior, declaro que a mestranda Lígia Polistchuck, número USP 3369442, orientada por mim, utilizará, para a elaboração de sua dissertação, apenas dados secundários das pesquisas *VULNERABILIDADE E O CUIDADO COM AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS – UM ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV-AIDS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DA CIDADE SÃO PAULO* (ECI –Enhancing Care Initiative) e *PRÁTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DE HOMENS VIVENDO COM HIV/AIDS QUE FAZEM SEXO COM MULHERES NA CIDADE DE SÃO PAULO*.

Atenciosamente;

---

Ivan França Junior

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)