

CONSUMO DE ÁLCOOL E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A INFECÇÃO PELO VIH/SIDA: EMERGÊNCIA DE UM NOVO GRUPO DE VULNERABILIDADE ACRESCIDA?

ALCOHOL CONSUMPTION AND HIV/AIDS RISK BEHAVIORS: EMERGENCE OF A NEW VULNERABLE GROUP?

Margarida Maria Soliz Machado Pinto Fernandes¹
Zélia Ângela Tato de Macedo Teixeira²

PSIQUE • e-ISSN 2183-4806 • VOLUME XIII • JANUARY JANEIRO - DECEMBER DEZEMBRO 2017 • PP. 75-98

Submitted on March 7th, 2016 | Accepted on October 19th, 2016
Submetido em 7 de Março, 2016 | Aceite em 19 de Outubro, 2016

Resumo

O conhecimento emergente da epidemia da SIDA ressalta a forte associação entre consumo de substâncias e comportamentos sexuais de risco para a infeção. Mas se o risco de infeção pelo VIH/SIDA associado ao consumo pela via injetada está bem documentado (Wodak & Mcleod, 2008), o mesmo não acontece em relação ao consumo do álcool. O presente estudo é observacional, descritivo, indutivo, e pretendeu avaliar se as pessoas com dependência de álcool poderiam ser consideradas grupo prioritário para a prevenção e rastreio do VIH/SIDA, equiparando-os às pessoas com dependência de substâncias ilícitas. A amostra de conveniência contemplava 246 sujeitos (156 homens e 91 mulheres), com idades entre os 19 anos e os 67 anos, e dividia-se em 3 grupos: o Grupo 1 constituído por sujeitos dependentes de álcool; o Grupo 2 constituído por sujeitos dependentes de substâncias ilícitas; e finalmente o Grupo 3 nomeado sem dependências. Os resultados demonstraram haver diferenças significativas entre os três grupos relativamente às variáveis perceção e comportamentos de risco, e realização do teste de rastreio para o VIH/SIDA, e permitem-nos concluir que os dependentes de álcool são um grupo que cumpre os requisitos para ser integrado na definição de subpopulação com comportamentos de alto risco para a infeção pelo VIH/SIDA.

Palavras-chave: VIH, consumo de álcool, comportamentos de risco, perceção de risco

Abstract

The emerging knowledge of AIDS' epidemic highlights the strong association between substance use and sexual risk behaviors. But if the HIV risk of infection related to the injected drug use is well documented (Wodak & Mcleod, 2008), the same is not true in what concerns alcohol consumption. The present study was observational, descriptive, inductive, and intended to evaluate whether the person with alcohol dependence could be considered a priority group for the prevention and screening of the HIV, equating them to the dependents

¹ Administração Regional de Saúde do Norte, Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias, Porto, Portugal. Email: margarida.fernandes@arsnorte.min-saude.pt

² Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Email: zelia@ufp.edu.pt

of illicit substances. The convenience sample included 246 subjects (156 men and 91 women), aged 19 years to 67 years, and divided into 3 groups: Group 1 consisting of alcohol-dependent subjects; Group 2 consisting of dependent on illicit substances subjects; and finally the Group 3 whose participants had no addictions. The results demonstrated significant differences between the three groups regarding the perception and risk behavior variables, and also the screening test for HIV, and allowed us to conclude that the alcohol dependent subjects are a group that meets the requirements to be integrated in the definition of subpopulation with high-risk behaviors for the HIV infection.

Keywords: HIV, alcohol consumption, risk behavior, risk perception

A SIDA atingiu a sua maioridade há cerca de 10 anos e durante este processo inúmeras medidas têm sido adotadas de forma a diminuir o número de mortes associadas à doença e prevenir que mais pessoas sejam infetadas. Desde a Declaração de Compromisso sobre o VIH em 2001 que se verifica um aumento das respostas de cada região no combate ao VIH/SIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2008). Estes esforços parecem refletir-se nos dados sobre as novas infeções, que demonstram uma diminuição global do número de novos casos, e o aumento do número de pessoas a viver com VIH/SIDA (UNAIDS, 2011). Apesar dos dados serem bastante animadores, muito caminho há ainda percorrer, no que à contenção desta epidemia diz respeito.

O padrão epidemiológico da transmissão do VIH/SIDA também tem sofrido algumas alterações ao longo dos anos. À conceção inicial de grupos de risco sucedeu a noção de comportamentos de risco, na medida em que o número dos heterossexuais infetados foi aumentando progressivamente (Instituto Nacional de Saúde [INSA], 2012; Torres, Davim, & Almeida, 1999). Estes factos espelham a necessidade dos países em sustentarem as suas estratégias para a SIDA com base na compreensão da sua epidemiologia e nas suas respostas nacionais. O aumento significativo do número de pessoas heterossexuais infetadas reflete esta falha da adequação das estratégias às necessidades nacionais de cada país (UNAIDS, 2010).

Atualmente estão identificados três padrões de epidemia que diferenciam as regiões do mundo (World Health Organization [WHO], 2012). A epidemia de baixo-nível ocorre quando a infeção não se expandiu mais do que 5% pelas subpopulações com comportamentos de alto risco (WHO, 2012). A epidemia concentrada, típica da União Europeia [UE] (Paixão, 2000), é caracterizada pela baixa prevalência de infetados na população geral, mas com uma rápida disseminação em subgrupos populacionais com comportamentos de alto risco para a infeção. Considera-se uma epidemia concentrada quando a prevalência da infeção é superior a 5% em pelo menos um subgrupo e inferior a 1% em mulheres grávidas nas zonas urbanas (Paixão, 2000; WHO, 2012). Finalmente, a epidemia generalizada é típica de países da África subsaariana e de alguns países da Ásia. Nestes casos a infeção está firmemente estabelecida e a transmissão ocorre na população em geral (Paixão, 2000; WHO, 2012).

No que diz respeito à realidade portuguesa sobre a infeção pelo VIH/SIDA, os dados epidemiológicos (INSA, 2012) permitem-nos afirmar que a maior categoria de transmissão é a sexual (nomeadamente heterossexual, em 42.9% dos casos), e que a transmissão associada ao consumo de drogas por via endovenosa constitui 38.7% do total das notificações. A par com a maioria dos países Europeus, Portugal apresenta uma epidemia concentrada.

Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control (2013), cerca de 30% dos europeus não sabe que está infetado com o VIH/SIDA e em Portugal a mesma percentagem de novos casos notificados corresponde a fases tardias da doença (Miranda, 2009; Perelman, 2009). Estes dados reacendem a discussão sobre o rastreio precoce da infeção, que tem sido um dos temas centrais em matéria de VIH/SIDA nos últimos anos, não só em Portugal mas em todo o mundo.

De facto, no que à deteção precoce diz respeito, os dados apresentados pelos Centros de Aconselhamento e Deteção (CAD) mostram uma tendência decrescente no número de testes realizados desde 2007 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013), ano em que se registou o maior número de rastreios (25032). Contudo, apesar da percentagem de testes positivos ter estabilizado desde essa altura nos .9%, estes dados demonstram, mais uma vez, que o esforço para a sensibilização para o rastreio não tem dado frutos.

A emergência da epidemia da SIDA, desde muito cedo, centrou parte dos esforços da comunidade científica no aumento do saber na prevenção da transmissão da infeção. Numa perspetiva mais alargada de compreensão da exposição das pessoas ao risco de infeção pelo VIH/SIDA, encontramos constructos como a perceção de risco que é tida por muitos autores (e.g., Napper, Fisher, & Reynolds, 2012; Prata, Morris, Mazive, Vahidnia, & Stehr, 2006) como o fator principal para a compreensão do que motiva as pessoas a exporem-se às situações potencialmente perigosas relativas à contaminação pelo vírus. Contudo, a evolução do conhecimento sobre o padrão de transmissão do VIH/SIDA, nomeadamente o aumento significativo da incidência de casos de pessoas consumidoras de substâncias psicoativas, obrigou a que esta nova variável se juntasse à equação. Desta forma, os comportamentos sexuais e o consumo de substâncias assumiram alguma centralidade nas investigações de modo a conseguir-se implementar estratégias de intervenção e práticas preventivas eficazes para a contenção da disseminação do VIH/SIDA.

A produção de conhecimento sobre a sexualidade e o consumo de substâncias ressalta a sua forte associação, indicando o consumo como um fator de risco para o sexo desprotegido (Boyer, Tschann, & Shafer, 1999; Shafer & Boyer, 1991).

Devido à natureza social da maioria dos consumos, o álcool e as drogas ilícitas são frequentemente associados aos comportamentos sexuais (Leigh & Stall, 1993). Segundo Plant e Plant (1992), existem duas razões para a associação do consumo de substâncias com a sexualidade. A primeira são as ligações culturais e sociais entre o consumo e os encontros sexuais, na medida em que o beber, por exemplo, pode ser simplesmente um acompanhante ou precursor dos encontros e da atividade sexual. A segunda razão prende-se com a crença de que o álcool e as drogas ilícitas têm efeitos positivos na performance e desinibição sexual. Aliás, Pechansky, Diemen e Genro (2001) referem, relativamente a este assunto, o aumento de comportamentos sexuais promíscuos quando as pessoas estão sob o efeito de substâncias, facto que faz aumentar o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Mas, e o risco de infeção pelo VIH/SIDA associado ao consumo de substâncias pela via injetada está bem documentado e reúne consenso dentro da comunidade científica (Aceijas, Stimson, Hickman, & Rhodes, 2004; Negreiros, 2006; Wodak & Mcleod, 2008), o mesmo já não acontece em relação ao consumo de substâncias pela via não injetada, como é o caso do álcool.

Contudo, várias teorias sobre os efeitos do álcool nos comportamentos têm sido publicadas, e sustentam que as alterações provocadas pelos efeitos do álcool interferem na capacidade de tomada de decisões, levando muitas vezes a que as pessoas intoxicadas tenham comporta-

mentos cujas consequências não mediram. Um dos modelos mais difundidos é o da miopia alcoólica (*Alcohol Myopia*) (Steele & Josephs, 1990). Este modelo tem sido usado para interpretar o aumento dos comportamentos de risco, sustentando que as pessoas com miopia alcoólica desconhecem as consequências do seu comportamento, assim como a sua natureza arriscada.

Apesar da associação entre consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA ser referida em variados estudos (Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010; Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008; Weinhardt, Carey, Carey, Maisto, & Gordon, 2001), a relação de causalidade direta entre o consumo de álcool e o sexo desprotegido é contestada (Leigh & Stall, 1993; Shuper et al., 2010; Weatherburn et al., 1993), devido à multiplicidade de fatores interferentes, como as crenças, os contextos e a personalidade (Parry, Rehm, Poznyar & Room, 2009).

Na literatura podemos encontrar várias associações entre consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Alguns estudos (e.g., Patrick, O'Malley, Johnston, Terry-McElrath, & Schulenberg, 2012; Santos et al., 2013) comprovam esta associação de acordo com as quantidades de álcool ingeridas, ou seja, referem que o consumo nocivo aumenta o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Outros usam a variável tempo para determinar esta associação, referindo que o consumo de álcool antes ou durante o ato sexual aumenta a probabilidade de falha no uso do preservativo e nesse sentido, aumenta o risco de infeção pelo VIH/SIDA (Fisher, Cook, & Kapiga, 2010). Encontramos, ainda, estudos mais generalistas que concluem que o consumo de álcool está associado a uma maior probabilidade de ocorrência de múltiplos parceiros principalmente se estes forem concorrentes (Mishra & Assche, 2009; Speizer, Gómez, Stewart, & Voss, 2011), de falha no uso do preservativo e no uso dos serviços sexuais das(os) trabalhadoras(es) do sexo (Cardoso et al., 2008; Fritz, Morojele & Kalichman, 2010).

É possível que os obstáculos ao consenso sobre a influência do álcool nos comportamentos de risco tenham limitado a ação, tanto ao nível da prevenção, como da intervenção com a população consumidora de álcool, e especificamente com as pessoas com problemas ligados ao álcool (PLA). No entanto, a relação existe por mais complexa e indireta que possa ser, e parece-nos que não deve ficar esquecida.

De acordo com o exposto, o estudo que apresentaremos em seguida reflete todo um percurso de questionamento pessoal sobre a temática do VIH/SIDA, suscitado não só pela magnitude do problema que constitui, mas também pela constatação de que em alguns contextos de saúde dirigidos à prestação de cuidados a grupos da população mais vulneráveis, como é o caso de dependentes de álcool, os procedimentos de rastreio e encaminhamento não são práticas regulares e sistematizadas.

Este estudo pretendeu avaliar e comparar a perceção dos comportamentos de risco, os comportamentos de risco propriamente ditos, a realização do teste de despiste do VIH/SIDA de três grupos que se diferenciam pelo tipo de consumo de substâncias que apresentam, sustentado numa sub-amostra de indivíduos com dependência alcoólica, noutra constituída por elementos com diagnóstico de dependência de drogas ilícitas e, finalmente, numa sub-amostra de sujeitos sem história de dependência de substâncias (álcool e drogas ilícitas).

Deste modo, consideramos os seguintes objetivos de investigação:

1. Conhecer a dimensão da perceção de comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA dos três grupos;
2. Avaliar qual a taxa de realização do teste do VIH/SIDA para cada um dos grupos (pessoas com dependência de álcool, pessoas com dependência de drogas e pessoas sem dependência de substâncias);

3. Determinar quantas pessoas, de cada grupo, estariam infetadas pelo VIH/SIDA, através de auto-relato;
4. Avaliar se existem diferenças entre os três grupos quanto à auto-perceção dos comportamentos de risco.

Decorrem dos objetivos de investigação, os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar se os três grupos se distinguem quanto à perceção dos comportamentos de risco;
2. Determinar se o grupo de pessoas com dependência de álcool e o grupo de pessoas sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos do que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas;
3. Avaliar se os três grupos apresentam frequências significativamente diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA;
4. Verificar se os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes.

Método

O presente estudo tem um formato observacional e descritivo com carácter indutivo, e foi realizado com o intuito de se perceber se os dependentes de álcool se poderiam considerar um grupo prioritário para a prevenção e rastreio do VIH/SIDA, equiparando-os aos dependentes de substâncias ilícitas, nomeadamente de heroína.

A dimensão descritiva prende-se com a necessidade de sistematizar a informação sobre as características dos três grupos, de forma a percebermos como se caracterizam enquanto grupo específico e, também, de forma a conhecermos o que é comum e o que é diferente em cada um deles.

Recorremos ainda ao formato inferencial quando pretendemos averiguar as especificidades de associação e de diferenciação entre algumas das variáveis, que nos pareceram pertinentes para a investigação.

Participantes

A amostra recolhida por conveniência foi constituída por 297 participantes, que após emparelhamento e análise exploratória dos dados, resultou numa amostra com 246 sujeitos de ambos os sexos (156 homens e 91 mulheres), com idades compreendidas entre os 19 anos e os 67 anos ($M = 39.97$; $DP = 10.24$), que consentiram participar neste estudo. Esta amostra divide-se em 3 grupos cada um com 82 sujeitos e que se caracterizaram da seguinte forma: o Grupo 1 (G1) constituído por sujeitos que tinham como característica comum preencherem os critérios de diagnóstico para “dependência de álcool” de acordo com o DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); o Grupo 2 (G2) constituído por sujeitos que cumpriam os critérios de diagnóstico para “dependência de substâncias”; e, finalmente, o Grupo 3 (G3) nomeado como grupo sem dependências constituído por sujeitos sem história de tratamento para o consumo de substâncias (álcool e/ou drogas ilícitas). Devido às características da população com dependência de álcool serem bastantes diferentes da população dependente de drogas ilícitas, principalmente no que diz respeito à escolaridade e ao estado civil, as três amostras foram emparelhadas tendo em conta as variáveis sexo e idade.

Os três grupos apresentam médias de idade relativamente próximas [G1: 44 anos ($DP = 9.83$), G2: 36 anos ($DP = 8.34$), G3: 39 anos ($DP = 10.85$)], contudo o G1 surge como o grupo mais envelhecido, ou seja, com participantes mais velhos [$F(2; 1332.71) = 14.07; p < .001$]. No G1 predominam elementos com nível de escolaridade equivalente ao 1º ciclo (43.9%), no G2 o nível secundário (36.6%) e o G3 é o que apresenta níveis mais elevados de escolaridade (secundário: 40.2% e superior: 20.7%). Relativamente a esta variável, o G1 também se destaca como o grupo cujos elementos têm menos anos de escolaridade [$F(2; 39.43) = 27.38; p < .001$]. No que respeita à situação profissional, ou seja, perante o emprego, tanto no G1 (54.9%) como no G2 (56.1%) prevalece o desemprego. Já no G3, a maioria (76%) dos participantes estava ativa [$\chi^2(2) = 26.159, p \leq .001$]. O estado civil da maioria dos sujeitos do G1 (57.3%) e do G3 (52.4%) é casado/união de fato, enquanto no G2 encontramos a maioria dos sujeitos solteiros (60.2%) [$\chi^2(8) = 57.67, p \leq .001$].

Instrumentos

a) Entrevista de despiste de tratamento do consumo de substâncias

Trata-se de um conjunto sucinto de questões definidas pelos autores que visavam assegurar, na escolha do grupo 3, a ausência de casos com história de consumos de problemáticos de álcool e de outras substâncias ilícitas.

b) Entrevista estruturada

A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista estruturada, construída para o efeito e dividida em quatro partes: a primeira contemplava a recolha de informação relativa à identificação e à caracterização sociodemográfica e a segunda continha questões relacionadas com comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA, nomeadamente com a perceção do risco e a prática efetiva de alguns destes comportamentos. A terceira parte comportava questões cujo teor visava caracterizar o consumo de álcool, usando como referência de consumo a unidade de medida padrão, e caracterizar de drogas ilícitas por parte dos elementos da amostra e, finalmente, a quarta parte centrava-se na realização, ou não, do teste de despiste para o VIH. As questões eram predominantemente de resposta sim/não ou de escolha múltipla. A unidade de medida padrão refere-se a uma medida de álcool puro que cada bebida contém quando servida nos recipientes standardizados. Apesar das bebidas alcoólicas terem diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool o que corresponde a uma unidade de bebida padrão com cerca de 10 a 12g de álcool puro. A quantidade de álcool é, pois, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e destiladas (a 40°). Tal facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente (Instituto da Droga e Toxicod dependência [IDT], 2010).

Procedimentos

Recolha dos dados.

Os critérios de seleção dos grupos um (G1) e dois (G2) foram a integração dos seus membros num programa de tratamento em serviço especializado e a existência de pelo menos um parceiro sexual no último ano.

No caso dos elementos do grupo de sujeitos com dependência de álcool, o primeiro critério (integração em programa de tratamento) foi assegurado pelo local de recolha de dados – serviço público regional especializado no tratamento da dependência do álcool, situado no distrito do Porto e abrangendo utentes de cinco distritos.

Já no caso dos participantes dependentes de substâncias ilícitas, os locais eleitos para a recolha dos dados foram dois serviços públicos de tratamento da toxicod dependência, um situado no Porto e outro em Viana do Castelo. O critério de seleção dos participantes foi a integração dos utentes no programa de substituição por agonista opiáceo (cloridrato de metadona), o que garantia a confirmação do critério relativo à dependência de substâncias ilícitas, neste caso, de heroína.

A recolha dos participantes do grupo de não dependentes foi feita numa unidade de saúde privada e para a sua seleção foram estabelecidos como critérios de exclusão a existência de história de tratamento para o consumo de substâncias (álcool ou drogas), pelo que, para fazer cumprir estes requisitos, antes de iniciarmos a recolha de informação, fizemos uma triagem desta história de consumos, em formato de entrevista breve.

O critério de exclusão da amostra considerado para os três grupos foi o analfabetismo, na medida em que parte do questionário era autoadministrado, embora em presença do entrevistador.

A administração dos instrumentos cumpriu todos os requisitos éticos que garantem a confidencialidade dos dados, através de documento escrito e assinado por cada participante e recolhidos sem associação física à restante informação coletada.

A sequência dos procedimentos foi a seguinte:

1. Leitura e preenchimento do formulário de consentimento;
2. Entrevista de despiste de tratamento do consumo de substâncias (apenas para o grupo 3);
3. Entrevista estruturada.

Análise estatística dos dados.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta usou-se o teste Anova para medidas repetidas, o teste do Qui-quadrado de independência e o teste Anova One-Way. Os pressupostos da Anova One-Way, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita usou-se o teste Anova One-Way com a correção de Welch. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

Usamos como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância $p \leq .05$. No entanto, também comentamos as diferenças significativas com $p \leq .10$.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20).

Resultados

Relacionamentos e Parceiros

A análise que se segue centrou-se na quantificação do número de parceiros sexuais dos participantes ao longo da vida e no último ano. Para além disto, tentamos avaliar se os parceiros do último ano representavam na altura uma relação amorosa estável. Junto dos sujeitos que responderam positivamente à questão do parceiro estável, exploramos a existência de relacionamentos sexuais extraconjugais.

Os dados obtidos revelaram que a maioria dos participantes de todos os grupos teve múltiplos parceiros ao longo da vida, contudo no último ano a maioria referiu a existência de apenas um parceiro (G1: 81.7%, G2: 69.5%, G3: 78.5%). Contudo, há a ressaltar que quatro sujeitos do G1 (4.9%) referiram mais de 10 parceiros no último ano, contra dois do G2 (2.4%) e um do G3 (1.2%).

Perceção e práticas de comportamentos de risco

Neste domínio pretendemos averiguar, para além da perceção do risco individual dos participantes, a existência de comportamentos de risco efetivos para a infeção pelo VIH/SIDA.

Dados do grupo 1 (G1) – dependentes de álcool.

A análise das variáveis centradas nos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco revelou que o G1 apresentou 14 participantes (17.1%) que desconheciam saber o que são comportamentos de risco (Tabela 1). Relativamente a este ponto importa ressaltar que sempre que um participante respondia negativamente à questão “sabe o que são comportamentos de risco?” era esclarecido sobre o seu significado e só depois é que prosseguia a entrevista, pois a segunda questão deste ponto incidia sobre a perceção dos comportamentos de risco dos próprios participantes, que só conseguiriam/poderiam responder se soubessem o seu significado.

Relativamente à perceção individual sobre os comportamentos de risco 68.3% ($n = 56$) do G1 referiu não ter este tipo de comportamento. No entanto quando aprofundamos esta questão e nos centramos nos comportamentos de risco propriamente ditos, verificamos que 74.4% ($n = 61$) da amostra já havia tido relações sexuais sem preservativo, que 22% ($n = 18$) já praticou sexo sem preservativo com desconhecidos e que a mesma percentagem teve relações sexuais das quais não se lembrava como teriam acontecido, este último mais frequente no G1 e no G2, deixando espaço para subentender a alteração do estado de consciência subjacente ao consumo de substâncias. A estes comportamentos de risco, acresce-se a utilização dos serviços das(os) trabalhadoras(es) do sexo, que foram referidos por 19.5% ($n = 16$) do total da amostra e que representam 28.8% da amostra masculina. Outro comportamento referido, mas por menor percentagem de sujeitos, foi a prática de sexo em grupo (4.9%, $n = 4$). No que diz respeito à partilha de seringas, este comportamento não foi relatado pelos participantes deste grupo. Relativamente à contabilização dos comportamentos de risco, podemos afirmar que este grupo tem uma média de 2.05 ($DP = 1.33$) comportamentos de risco por sujeito, sendo a mediana de dois comportamentos.

Dados do grupo 2 (G2) – dependentes de drogas ilícitas.

Quando analisamos os dados obtidos com o G2 verificamos que apenas três sujeitos (3.7%) referiram desconhecer o significado de comportamentos de risco e que 65.9% ($n = 54$) reconheceu já ter tido esse tipo de comportamento. Da análise específica dos comportamentos de risco, destaca-se o sexo sem preservativo referido por 79.3% ($n = 65$) dos sujeitos, as práticas

sexuais com desconhecidos (43.8%, $n = 35$), as relações sexuais que não se lembram como aconteceram (21.3%, $n = 17$) e a utilização dos serviços de trabalhadoras(es) do sexo (21.3%, $n = 17$). Apesar de se tratar de um grupo consumidor de drogas ilícitas muitas vezes pela via injetada, apenas 16.3% ($n = 13$) referiu já ter partilhado seringas. No entanto outro comportamento foi referido por 10% ($n = 8$) da amostra e refere-se à prática de sexo em grupo. Relativamente à variável comportamentos de risco, que quantifica o número deste tipo de comportamentos por cada sujeito da amostra, a média é de 2.30 ($DP = 1.58$), sendo a mediana equivalente a dois comportamentos de risco por sujeito.

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes.

Quanto ao G3, verificamos que a maioria (93.9%, $n = 77$) dos participantes sabia o significado de comportamentos de risco, mas só 35% ($n = 28$) referiu já ter tido este tipo de comportamento. Contudo, na análise aprofundada pudemos perceber que 79.3% ($n = 65$) já havia tido sexo sem preservativo e que 12.2% ($n = 10$) já o teria feito com desconhecidos. A prática de sexo que pressupõe a alteração da consciência provocada pelo consumo de substâncias (“relações sexuais que não se lembra como aconteceram”), apenas foi referida por dois sujeitos (2.5%), assim como o sexo em grupo que foi referido por 7.3% ($n = 6$). A prática de sexo com prostitutas(os) também foi a menor dos três grupos (Tabela 1), referida por apenas cinco sujeitos (6.1%), ($\chi^2(2) = 8.401$, $p = .015$). Já a partilha de seringas, também tal como esperado, não foi referida por nenhum dos participantes deste grupo. Quanto à média dos comportamentos de risco deste grupo, ela situa-se nos 1.33 ($DP = .97$), apresentando uma mediana de 1 comportamento por sujeito. Na tabela seguinte (Tabela 1) encontram-se sumarizadas, para cada grupo, as frequências relativas aos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco, as diferenças entre os grupos também se encontram descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Frequências das Variáveis Relativas aos Conhecimentos e Práticas de Comportamentos de Risco para os Grupos 1, 2 e 3 e Diferenças entre Grupos

Variáveis	G1 (n = 82)		G2 (n = 82)		G3 (n = 82)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Sabe o que são comportamentos de risco							
Sim	68	82.9	77	93.9	78	96.3	10.28 (p = .006)
Não	14	17.1	5	6.1	3	3.7	
Percepção dos seus comportamentos de risco							
Sim	26	31.7	28	35	54	65.9	24.16 (p = .001)
Não	56	68.3	52	65	27	32.9	
Prática de sexo sem preservativo							
Sim	61	74.4	65	79.3	65	79.3	.94 (p = .626)
Não	21	25.6	17	20.7	16	19.5	
Partilha de seringas							
Sim	0	0	13	16.3	0	0	27.68 (p < .001)
Não	82	100	67	83.8	82	100	
Prática de sexo em grupo							
Sim	4	4.9	6	7.3	8	10	4.19 (p = .473)
Não	78	95.1	76	92.7	72	90	
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram							
Sim	18	22	2	2.5	17	21.3	15.22 (p < .001)
Não	64	78	79	97.5	63	78.8	
Sexo sem preservativo com desconhecido							
Sim	18	22	10	12.2	35	43.8	21.43 (p < .001)
Não	64	78	72	87.8	45	56.3	
Recorrer aos serviços das trabalhadoras do sexo							
Sim	16	19.5	5	6.1	17	21.3	8.40 (p = .015)
Não	66	80.5	77	93.9	63	78.8	

Como pudemos constatar, a maioria dos participantes do G1 e do G3 referiu que nunca teve comportamentos de risco (G1: 68.3%; G3: 65%), apenas o G2 surge com a maioria dos seus elementos (65.9%) a considerar já ter estado em situações de risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Contudo, verificamos que todos os grupos tinham comportamentos de risco efetivo. Os comportamentos relacionados com as práticas sexuais foram os que obtiveram valores mais elevados em todos os grupos, estando os comportamentos relativos ao uso do preservativo no topo das práticas sexuais de risco.

Consumo de álcool e relacionamento sexual

Com a análise seguinte pretendemos perceber se os participantes já haviam tido relações sexuais sob o efeito do álcool, e para averiguarmos o risco tentamos perceber se os parceiros sexuais foram ocasionais e se tinham usado preservativo nessas ocasiões. Também tentamos avaliar se os sujeitos consideravam que o álcool poderia ter influenciado a decisão de iniciar essa relação sexual e por fim analisamos a interferência do álcool ao nível do relacionamento sexual, explorando qual o seu efeito.

Dados do grupo 1 (G1) – dependentes de álcool.

Quando analisamos a associação entre consumo de álcool e as relações sexuais ressaltam os valores apresentados pelo G1 (Tabela 2), onde se constata que para além dos 85.4% ($n = 70$) da amostra que já teve relações sexuais sob o efeito do álcool, 60% ($n = 42$) dos participantes referiu nunca ter usado o preservativo nessas ocasiões e 24.5% ($n = 17$) assumiu tê-lo feito apenas algumas vezes. Quanto ao risco da prática sexual sob o efeito do álcool verificamos que em 16% ($n = 11$) dos casos o parceiro era sempre ocasional. Quanto ao peso do álcool na decisão de iniciar a relação sexual naquelas ocasiões, 75.4% ($n = 52$) dos participantes disseram que não, assumindo que mesmo sem o álcool a prática sexual teria acontecido. Contudo, 87.3% ($n = 69$) considera que o álcool interfere na sua relação sexual, sendo paradoxalmente, os itens relativos à desinibição (35.3%, $n = 24$) e inibição (25.4%, $n = 17$) os que congregam o maior número de respostas positivas.

Dados do grupo 2 (G2) – dependentes de drogas ilícitas.

Relativamente ao G2, considerado de alto risco para as infeções sexualmente transmissíveis, apesar de 75% ($n = 57$) ter referido que já teve relações sexuais sob o efeito do álcool, 32.8% ($n = 19$) usou sempre preservativo nestas ocasiões e 46.6% ($n = 27$) usou-o algumas vezes. No entanto, para mais de metade da amostra, nestes casos, o parceiro foi algumas vezes ocasional (51.7%, $n = 30$) e para 19% ($n = 11$) foi sempre ocasional. Já no que diz respeito à interferência do álcool no processo de tomada de decisão em iniciar ou não a relação sexual, registamos que 35.1% ($n = 20$) se não estivesse sob o efeito do álcool não teria iniciado a relação sexual. É de salientar que 71.9% ($n = 46$) dos participantes do G2 referiu que esta substância também interferia no seu relacionamento sexual. Para a maioria (72.1%, $n = 31$), o seu efeito é de desinibição, e contraditoriamente, também é percebido como excitante (23.3%, $n = 10$) e como relaxante (20.9%, $n = 9$).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes.

A análise dos dados do G3 relativa à associação entre álcool e relacionamento sexual demonstrou que mais de metade (65.8%, $n = 52$) dos participantes nunca teve relações sexuais sob o efeito do álcool. Dos que tiveram, 61.5% ($n = 16$) só usou o preservativo algumas vezes e 23.1% ($n = 6$) nunca usaram o preservativo nestes casos. Há que referir que para 53.6% ($n = 15$) o parceiro foi algumas vezes ocasional.

Relativamente à interferência do álcool na tomada de decisão em iniciar a relação sexual, a maioria dos sujeitos (85.7%, $n = 24$) referiu não existir. Quanto à interferência no relacionamento sexual, 62.2% ($n = 23$) dos participantes assume que o álcool modifica o seu relacionamento sexual. Para a maioria (60.9%, $n = 14$), esta interferência transparece na maior desinibição e para 26.1% o álcool promove a excitação, só para 4 sujeitos (17.4%) é que o álcool funciona como relaxante na relação sexual.

A Tabela 2 congrega os resultados dos três grupos concernentes às frequências das variáveis relativas à associação entre consumo de álcool e relações sexuais e os resultados relativos às diferenças entre grupos.

Tabela 2

Frequências das Variáveis Relativas à Associação entre Consumo de Álcool e Relações Sexuais para os Grupos 1, 2 e 3 e Diferenças entre Grupos

Variáveis	G1 (n = 82)		G2 (n = 82)		G3 (n = 82)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Relações sexuais sob o efeito do álcool							
Sim	70	85.4	57	75	27	34.2	49.24 ($p < .001$)
Não	12	14.6	19	25	52	65.8	
Usou preservativo							
Nunca	42	60	12	20.7	6	23.1	26.45 ($p < .001$)
Algumas vezes	17	24.5	27	46.6	16	61.5	
Sempre	11	15.5	19	32.8	4	15.4	
O parceiro era ocasional							
Nunca	35	50.7	17	29.3	12	42.9	10.46 ($p = .033$)
Algumas vezes	23	33.3	30	51.7	15	53.6	
Sempre	11	16	11	19	1	3.6	
Teria iniciado a relação sexual se não estivesse sob o efeito do álcool							
Sim	52	75.4	37	64.8	24	85.7	4.34 ($p = .114$)
Não	16	24.6	20	35.1	4	14.3	
O álcool interfere no relacionamento sexual							
Sim	69	87.3	46	71.9	23	62.2	8.69 ($p = .013$)
Não	10	12.7	18	28.1	14	37.8	
Álcool como desinibidor							
Sim	24	35.3	31	72.1	14	60.9	15.26 ($p < .001$)
Não	44	64.7	12	27.9	9	39.1	
Álcool como inibidor							
Sim	17	25.4	3	7	2	8.7	7.66 ($p = .022$)
Não	50	74.6	40	93	21	91.3	
Álcool como excitante							
Sim	13	19.4	10	23.3	6	26.1	0.53 ($p = .768$)
Não	54	80.6	33	76.7	17	73.9	
Álcool como relaxante							
Sim	4	9	9	20.9	4	17.4	3.29 ($p = .193$)
Não	63	91	34	79.1	19	82.6	
Álcool com outro efeito							
Não refere	68	82.9	81	98.8	80	97.6	0.43 ($p = .187$)
Atrasa o orgasmo	2	2.4	0	0	0	0	
Dá mais força	2	2.4	0	0	0	0	
Impotência	1	1.2	0	0	1	1.2	
Outro	9	11.1	1	1.2	1	1.2	

A análise da associação entre consumo de álcool e relações sexuais permitiu-nos confirmar que a maioria dos elementos dos grupos de consumidores de substâncias (G1 e G2) já teve relações sexuais sob o efeito do álcool (G1: 85.4%, G2:75%), ao contrário do G3 em que a maioria (65.8%) nunca o fez. Quando exploramos o risco associado a esta prática, também registamos que o uso do preservativo nestas ocasiões não é consistente. A maioria dos participantes do G1 nunca usa o preservativo (60%), os do G2 e do G3 usam-no apenas algumas vezes (G2: 46.6%, G3: 61.5%), ($\chi^2(2) = 26.455, p < .001$). A acrescentar ao risco para a infecção pelo VIH/SIDA que esta prática constitui, verificamos que as relações sob o efeito de álcool nem sempre aconteciam com o parceiro estável, sendo o G2 o grupo que mais relações sob o efeito do álcool tem com parceiros ocasionais (70.7%), seguindo-se o G3 (57.2%). Já o G1, nestes casos, tem na maioria das vezes (50.7%) relações sob o efeito do álcool com o parceiro estável. Relativamente à interferência do álcool no processo de tomada de decisão em iniciar a relação sexual, podemos afirmar que maioria dos participantes de todos os grupos (G1: 75.4%, G2: 64.8%, G3: 85.7%) considerou não haver interferência, pois, mesmo que não estivessem sob o efeito do álcool, teria tido relações sexuais naquelas ocasiões.

A maioria dos participantes de todos os grupos considerou que o álcool tinha influência nas relações sexuais (G1: 87.3%, G2: 71.9%, G3: 62.2%), sendo a desinibição o efeito mais referido pelos três grupos (G1: 35.3%, G2: 72.1%, G3: 60.9%).

Rastreio do VIH/SIDA

Tentamos com a análise que se segue conhecer a realidade relativa à deteção do VIH/SIDA dos participantes, bem como as motivações para a sua realização ou não realização. Também foi nosso objetivo perceber se os parceiros dos elementos das amostras realizaram ou não o teste de deteção e no caso de o terem feito, qual o resultado (positivo ou negativo).

A seguinte (Tabela 3) sumariza as respostas dos três grupos relativamente ao despiste do VIH/SIDA e às razões para a sua realização ou não e apresenta os resultados relativos às diferenças entre os três grupos.

Desta análise podemos concluir que a maioria dos elementos, de todos os grupos, não se preocupava em obter informação sobre o despiste do VIH/SIDA dos seus parceiros antes da primeira relação sexual (G1: 76.5%, G2: 53.8%, G3: 68.7%). Os que o fizeram costumavam obter esta informação perguntando diretamente ao parceiro se já tinha feito o teste (G1: 89%, G2:85.2%, G3: 100%). Contudo, também constatamos que metade dos elementos do G1 (50%) e mais de metade do G3 (54.3%) nunca tinha realizado o teste, ao contrário dos participantes do G2 em que 97.5% já o havia feito.

Tabela 3

Frequências das Variáveis Relativas ao Despiste do VIH/SIDA para os Grupos 1, 2 e 3 e Diferenças entre Grupos

Variáveis	G1 (n = 82)		G2 (n = 82)		G3 (n = 82)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Costuma obter informação sobre despiste do VIH/SIDA junto dos parceiros							
Sim	19	23.5	37	46.3	21	31.3	8.66 (p = .013)
Não	62	76.5	43	53.8	46	68.7	
De que forma							
Pergunta	16	89	29	85.2	17	100	26.45 (p < .001)
Pede/faz análises	1	5.5	4	11.7	0	0	
Outro	1	5.5	1	2.9	0	0	
Realizou teste VIH/SIDA							
Sim	41	50	79	97.5	37	45.7	58.54 (p < .001)
Não	41	50	2	2.5	44	54,3	
Porque realizou o teste							
Desconfiança/dúvida	11	27.5	21	26.9	5	13.5	22.36 (p < .001)
Pedido do médico	23	57.5	44	56.4	8	21.6	
Burocracias	4	10	5	6.4	9	24.3	
Outra razão	2	2.4	8	10.3	15	40.5	
Resultado do teste							
Positivo	3	7.5	11	13.9	0	0	6.92 (p = .031)
Negativo	37	92.5	68	86.1	37	100	
Parceiro realizou o teste							
Sim	17	42.5	43	60.6	20	52.6	6.41 (p = .041)
Não	23	57.5	28	39.4	17	47.4	
Resultado do teste do parceiro							
Positivo	1	5.9	8	20.5	0	0	1.45 (p = .485)
Negativo	16	94.1	31	79.5	20	100	
Porque não fez teste							
Medo do resultado	0	0	0	0	1	2.5	1.45 (p = .485)
Não interessa/não precisa	12	32.4	0	0	18	45	
Nunca pensou nisso	20	54.1	2	100	15	37.5	
Outra razão	2	5.4	0	0	0	0	
Mais do que uma resposta	3	8.1	0	0	6	15	

As razões apresentadas para a sua não realização foram, para o G1 (32.4%) e para o G3 (45%) considerarem que não tinha interesse e que não precisavam ou então não o tinham feito por estarem despreocupados, referindo que nunca tinham pensado nisso (G1: 54.1%, G2: 100%, G3: 37.5%).

A motivação mais frequentemente apresentada para a realização do teste do VIH foi para a maioria dos participantes do G1 e do G2, o pedido do médico (G1: 57.5%, G2: 56.4%, G3: 21.6%). Para o G3 as motivações, claramente extrínsecas, dividem-se também pela necessidade de

realizar o teste devido a burocracias (24.3%). Relativamente ao resultado do teste, verificamos que apesar de ser negativo para a maioria dos elementos dos vários grupos (G1: 92.5%, G2: 86.1%, G3:100%), encontramos 7.5% de resultados positivos para o G1 e 13.9% de resultados positivos para o G2.

Quanto à realização do teste por parte do parceiro, concluímos que o G1 foi o grupo com menor percentagem de parceiros a realizar o teste (G1: 42.5%, G2: 60.6%, G3: 52.6%). Dos parceiros que realizaram o teste, encontramos 5.9% (G1) e 20.5% (G2) de resultados positivos, enquanto nenhum dos parceiros do G3 teve um resultado positivo.

Consumos de substâncias lícitas e ilícitas

A seguinte análise pretendeu aprofundar as questões relativas aos consumos de álcool e de drogas dos participantes, como a idade do primeiro contacto com as substâncias, a idade de instalação do consumo nocivo de álcool e as quantidades de bebida consumidas por dia medidas em unidades de medida padrão. Nas variáveis relativas ao consumo de drogas ilícitas, para além da idade de início já referida, pretendemos verificar quais as drogas mais consumidas e qual a situação atual dos participantes face ao seu consumo.

Verificamos existirem participantes que iniciaram o consumo de álcool antes da idade permitida por lei por lei e também antes da idade estabelecida como mais segura que são os 18 anos, devido às questões de maturação biológica. O G1 foi o grupo que apresentou idades mais baixas de início (11-15 anos: 40%), o G2 e o G3 apesar do seu início também precoce começou ligeiramente mais tarde entre os 16 e os 20 anos (G2: 51.5%, G3: 67.2%). A instalação de padrões nocivos de uso de álcool pressupõe uma continuidade no consumo desde o primeiro contacto, para este nível apenas o G1 e o G2 apresentam valores, sendo a adolescência a idade de instalação desta forma de beber tanto para o G1 (16-20 anos: 23.8%) como para o G2 (16-20 anos: 54.1%). Já as quantidades de bebida consumida por dia antes do início do tratamento (valores apenas para o G1 e G2) mostram que o G1 é o que mais álcool consome (mais de 10 unidades por dia: 64.2%).

Análise inferencial

Tendo em consideração os objetivos específicos considerados, passamos a uma análise mais detalhada dos dados.

O primeiro objetivo pretendia avaliar se os três grupos se distinguem quanto à perceção dos comportamentos de risco.

Os resultados obtidos levaram-nos a afirmar que há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do grupo com dependência de drogas ilícitas (Tabela 4) com perceção de comportamentos de risco (65.9% vs. 31.7% e 34.1%), ($\chi^2(2) = 24.164$; $p = .001$), quando comparado com os outros dois grupos. Eventualmente a intervenção efetuada nos serviços de saúde especializados onde estes sujeitos são acompanhados, sustentada em vetores de ação de redução de riscos e minimização de danos, possibilitou o aumento da perceção deste grupo relativamente aos seus comportamentos que os colocam em maior risco de se infetarem pelo VIH/SIDA.

Tabela 4

Tabela de Contingência das Variáveis "Grupo" e Autopercepção de Comportamentos de Risco

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
Auto-percepção dos comportamentos de risco	Não	Frequência	56	28	54	138
		% Grupo	68.3%	34.1%	65.9%	56.1%
	Sim	Frequência	26	54	28	108
		% Grupo	31.7%	65.9%	34.1%	43.9%
	Total	Frequência	82	82	82	246
		% Grupo	100%	100%	100%	100%

Relativamente ao objetivo dois, determinar se o grupo de pessoas com dependência de álcool e o grupo de pessoas sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos que o grupo das pessoas com dependência de drogas ilícitas, pareceu-nos pertinente explorar se nesta amostra o grupo dos dependentes de drogas ilícitas também cumpria os requisitos de ser o grupo com mais comportamentos de risco, quando comparado com os restantes grupos.

Os resultados obtidos (Tabela 5) demonstram que as diferenças no número de comportamentos de risco são estatisticamente significativas, $F(2); 154.251) = 16.213; p < .001$. O teste de comparação múltipla *a posteriori* (Tabela 5) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo sem dependência de substâncias e os dos grupos de dependentes de álcool e de substâncias ilícitas, sendo que, como podemos confirmar pela Tabela 6, os primeiros apresentam um número médio de comportamentos de risco significativamente mais baixo (1.33 vs. 2.05 e 2.38).

Tabela 5

Significância das Diferenças Entre os Grupos Relativamente aos Comportamentos de Risco

	G1		G2		G3		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Comportamentos de risco	2.05	1.33	2.38	1.57	1.33	0.96	.000 *

* $p \leq .001$

Tabela 6
 Comparação dos Grupos Segundo o Teste De Tukey

Grupo	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
G3	82	1.33	
G1	82		2.05
G2	81		2.38
Sig.		1.000	.24

Curiosamente, o que estes resultados demonstraram foi que o grupo dos dependentes de álcool não se diferencia do grupo de dependentes de drogas ilícitas, relativamente aos comportamentos de risco.

Na exploração do objetivo três, que pretendia avaliar se os três grupos apresentam frequências diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA, os dados sumarizados encontram-se na Tabela 7.

Como podemos verificar na seguinte tabela, há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas que realizou o teste de despiste do VIH/SIDA (97.5% vs. 50.0% [G1] e 45.7% [G3]), ($\chi^2(2) = 58.538, p \leq .001$). Ou seja, apesar da integração das UA no IDT.I.P., os sujeitos do grupo dos dependentes de drogas ilícitas continuam a realizar mais o teste de despiste do VIH/SIDA do que os sujeitos do grupo de dependentes de álcool, e estes, por sua vez, não se diferenciam dos do grupo sem dependência relativamente à realização do despiste do VIH/SIDA.

Tabela 7
 Tabela de Contingência das Variáveis "Grupo" e Realização de VIH/SIDA

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
Realização do teste de despiste do VIH/SIDA	Não	Frequência	41	2	44	87
		% Grupo	50%	2.5%	54.3%	35.7%
	Sim	Frequência	41	79	37	157
		% Grupo	50%	97.5%	45.7%	64.3%
	Total	Frequência	82	81	81	244
		% Grupo	100%	100%	100%	100%

Finalmente, a análise dos dados tendo em conta o objetivo quatro, verificar se os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes (Tabela 8), permitem-nos apurar que há uma proporção mais elevada de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas cujo resultado do teste de despiste do VIH/SIDA foi positivo (13.9% vs. 7.5% e .0%), ($\chi^2(2) = 6.967, p = .030$).

Tabela 8

Análise das Diferenças na Proporção do Resultado do Teste do VIH/SIDA Entre os Três Grupos

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
Resultado do teste de despiste do VIH/SIDA	Não	Frequência	37	68	37	142
		% Grupo	92.5%	86.1%	100.0%	91.0%
	Sim	Frequência	3	11	0	14
		% Grupo	7.5%	13.9%	0%	9%
	Total	Frequência	40	79	37	156
		% Grupo	100%	100%	100%	100%

Tendo em consideração que os sujeitos do grupo sem dependência que realizaram o teste de despiste de VIH/SIDA obtiveram todos resultados negativos, optamos por refinar a nossa análise comparando apenas o G1 e o G2. Os resultados demonstraram que as diferenças relativas à seropositividade destes dois grupos não são significativas ($p = .379$), o que significa que as diferenças anteriormente encontradas, possivelmente se sustentam na frequência nula de testes positivos do G3.

Discussão

As reflexões a que as investigações obrigam devem ser enquadradas no espaço temporal em que têm lugar e, nesse sentido, devem salientar o paradigma político, social e institucional em que decorrem. A recolha dos dados da amostra deste estudo decorreu num tempo político, social e institucional de mudança. A grave crise económico-financeira que Portugal atravessa imprimiu enormes mudanças na reforma do Estado, que tiveram repercussões não só ao nível do bem-estar e sobrevivência da população, mas também ao nível das instituições e serviços públicos. Um exemplo dessa mudança, foi a extinção, em 2012, do IDT, no qual os serviços especializados de intervenção nos problemas ligados ao álcool (Centros Regionais de Alcoologia – CRA) tinham sido integrados em 2007.

Contudo, se a mudança provoca, por um lado, a angústia da incerteza, por outro pode acarretar enormes vantagens se as sinergias de conhecimentos forem aproveitadas. Este foi o nosso sentimento, que as mudanças em termos institucionais implicassem uma uniformização de práticas, facto que parece não ter acontecido, espelhando uma sensibilidade política e técnica que continua a discriminar positivamente dependentes de drogas ilícitas, não acontecendo o mesmo com os dependentes de álcool.

Segundo Fernandes e Teixeira (2010), os dados epidemiológicos portugueses sobre a infeção pelo VIH/SIDA na população de dependentes de álcool não existiam, e estes configuraram-se como primeiro passo para a fundamentação do objetivo geral deste estudo. Como já referimos, a recolha da amostra, ocorreu num tempo de mudanças (integração das Unidades de Alcoologia no IDT), que se imaginavam positivas no que ao despiste do VIH/SIDA desta população dizia respeito. Esta estrutura integrava como uma boa prática, o aconselhamento, deteção e referenciação do VIH/SIDA em todas as suas equipas de tratamento.

Segundo a OMS (WHO, 2012), as subpopulações relevantes para o rastreio do VIH/SIDA em países com epidemias concentradas (WHO, 2012), são as que apresentam comportamentos de alto risco, e consequentemente taxas de infeção pelo VIH/SIDA superiores a 5%. Se a inclusão dos consumidores de drogas ilícitas nesta subpopulação é consensual, o mesmo já não acontece com os dependentes de álcool. Contudo, apesar de não existirem dados em termos nacionais ou mesmo internacionais relativamente à taxa de infeção destes sujeitos, como já referimos, a integração das Unidades de Alcoologia no IDT tinha o potencial de fazer emergir estes números, o que nos transporta para o que foi o nosso objetivo específico três, relativo à frequência de realização do teste do VIH/SIDA por parte da nossa amostra. Constatamos pois que a frequência de realização do teste de despiste pelo VIH/SIDA era significativamente superior no G2. Na realidade, a taxa de realização do teste do VIH/SIDA é bastante inferior à dos dependentes de drogas ilícitas, embora ambos os grupos façam parte da mesma instituição de intervenção no problema da dependência – o IDT. Este facto demonstra que a prática comum de rastreio do VIH/SIDA do IDT não foi alargada aos dependentes de álcool.

No entanto, e possivelmente abrindo a porta a uma nova reflexão, neste estudo constatamos que a percentagem de dependentes de álcool com teste de VIH/SIDA positivo foi de 7.5% contra 13.9% de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas, mas registamos igualmente que, em termos de significância estatística, estes dois grupos não se diferenciam relativamente à frequência de seropositivos, ao contrário do que aconteceu com o grupo de sujeitos sem dependência, cuja frequência de resultados positivos no teste do VIH/SIDA foi nula. Estes dados relativos à taxa de seropositividade do G1 vão ao encontro da definição de subpopulação com comportamentos de alto risco (WHO, 2012), pois a frequência de testes positivos de VIH/SIDA é superior a 5%, sustentando, deste modo, a importância do protocolo de despiste dos serviços especializados de atendimento a dependentes de substâncias.

Apesar de termos consciência que o constructo de perceção do risco é subjetivo e multidimensional (Rohrman, 2008), e por essa razão, bastante difícil de se medir, optamos por mantê-lo como uma variável de estudo. Nesse sentido, os dados obtidos levam-nos a afirmar que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas tem maior perceção dos seus comportamentos de risco que o grupo dos dependentes de álcool e que o grupo sem dependência de substâncias. Aliás, a maioria dos sujeitos do G1 e do G3 identificam-se como não tendo este tipo de comportamentos. Estes resultados parecem dar resposta a uma das nossas dúvidas que era se os dependentes de álcool teriam uma auto-perceção de risco idêntica à das pessoas sem dependência, ou seja, à população geral.

No entanto, quando exploramos os comportamentos de risco propriamente ditos verificamos que a maioria dos elementos, tanto do grupo de pessoas com dependência de álcool como do grupo de pessoas com dependência de drogas ilícitas, teve dois ou mais comportamentos de risco, sendo os mais frequentes a prática de sexo sem preservativo e a recorrência aos serviços da(o)s trabalhadora(e)s do sexo. Estes dois grupos (G1 e G2), quando comparados com o grupo de pessoas sem dependência, têm significativamente mais comportamentos de risco. Estes resultados não se distanciam do que se encontra descrito na bibliografia, que demonstra que o consumo de álcool tem sido identificado como um potenciador dos comportamentos sexuais de risco para a infeção pelo VIH/SIDA (Fisher et al., 2010; Shuper et al., 2010). Esta associação muito centrada nos efeitos do álcool, assume que a desinibição provocada pelo consumo está muitas

vezes associada aos comportamentos sexuais inseguros como a falha do uso do preservativo (Fisher et al., 2010; Zablotska et al., 2006). Também constatamos que o grupo dos dependentes de álcool não se diferencia do grupo de dependentes de drogas ilícitas relativamente à prática de comportamentos de risco. Estes dados permitem-nos afirmar que ambos os grupos (G1 e G2) são equiparados em termos dos comportamentos que os colocam em risco de se infetarem com o VIH/SIDA, o que nos parece, mais uma vez, enquadrar o grupo dos dependentes de álcool na noção de população chave em maior risco de infeção pelo VIH/SIDA, a par dos dependentes de drogas ilícitas.

Conclusão

Este estudo emergiu da necessidade de responder a algumas dúvidas que se levantaram relativamente à infeção pelo VIH/SIDA em dependentes de álcool.

No decorrer da presente investigação que pretendia abrir o leque do conhecimento acerca da associação entre álcool e VIH/SIDA em Portugal, deparamo-nos com muitas perguntas que ainda ficaram por responder. No entanto, e apesar de se tratar de um estudo preliminar, algumas conclusões, com implicações para a prática, podem ser retiradas dos dados encontrados.

Aquela que mais depressa nos surge prende-se com a necessidade, por nós percebida, de alargar o corpo de conhecimento sobre uma população que, tendo reconhecidamente comportamentos que a identificam como tendo uma adição, tem igualmente uma dimensão de sequelas físicas às quais não podemos fugir. Sequelas inerentes ao evoluir do problema e centradas nos consumidores, mas também suscitadas por comportamentos de risco para a saúde, quer de cada um destes indivíduos, quer dos que lhe possam estar mais próximos, nomeadamente quando falamos de VIH/SIDA. Deste modo, indo ao encontro da questão central de investigação que se focou numa análise detalhada sobre a possibilidade de os dependentes de álcool se constituírem como um grupo que cumpre os requisitos para ser integrado na definição de subpopulação com comportamentos de alto risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Os resultados obtidos guiaram-nos para a confirmação desta premissa e orientam-nos para uma discussão séria relativamente ao que se tem feito ao nível da intervenção nas áreas das dependências e do VIH/SIDA.

Seguidamente, e tendo em linha de conta o que encontramos em termos de auto-perceção de risco e comportamentos sexuais de risco, verificamos que a discrepância entre perceção de risco e os comportamentos de risco foi evidente, configurando-se como uma possível limitação do presente estudo. Na realidade, percebemos que a perceção de risco é um constructo demasiado subjetivo, altamente influenciado por uma construção social do risco (Rohrmann, 2008), que tem desvalorizado a importância dos dependentes de álcool no aumento da infeção pelo VIH/SIDA. Apesar disto, consideramos prioritária a abordagem da sexualidade junto desta população, de uma forma global, abrangente e que possa diluir-se para os outros significativos, num registo preventivo e educativo.

Uma outra limitação prende-se com o facto de a inclusão de participantes em cada um dos grupos se basear em auto-relatos quanto aos comportamentos de uso e abuso de substâncias, que carecem de uma confirmação analítica. Esta consideração leva-nos a apontar como uma área de eventual investimento de pesquisa a avaliação da perceção e prática de comportamentos de risco em consumidores de álcool e com consumo nocivo para além dos dependentes desta substância.

Finalmente, recomendamos a implementação do que consideramos ser uma boa prática e que consiste no treino e formação das estruturas de saúde e dos seus técnicos, na consideração da avaliação do VIH/SIDA, descartando gradualmente os preconceitos associados, não só à doença, mas também a todo o processo de detecção da

mesma. Como já referimos, a população de pessoas com problemas ligados ao álcool, nomeadamente os dependentes de álcool, parece não se diferenciar de uma parcela da população sentinela para o VIH/SIDA como são os consumidores de drogas ilícitas.

Referências

- Aceijas, C., Stimson, G., Hickman, M., & Rhodes, T. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18, 2295-2303. doi: 10.1097/00002030-200411190-00010
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 55, 159-166. doi:10.1007/s00038-009-0095-x
- Boyer, C. B., Tschann, J. M., & Shafer, M. A. (1999). Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *Journal of Adolescent Research*, 14, 448-65. doi: 10.1177/0743558499144004
- Cardoso, L. R., Malbergier, A., & Figueiredo, T. F. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(S1), 70-75. doi: 10.1590/S0101-60832008000700015
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Infeção VIH/SIDA e tuberculose em números – 2013*. Lisboa, Portugal: Autor.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing -in-Publication Data.
- Fernandes, M.S., & Teixeira, Z. (2010). Percepção do risco de contaminação pelo VIH/SIDA em dependentes de substâncias. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 7, 354-364.
- Fisher, J. C., Cook, P. A., & Kapiga, S. H. (2010). Alcohol use before sex and HIV risk: Situational characteristics of protected and unprotected encounters among high-risk African women. *Sexually Transmitted Diseases*, 37, 571-578. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181dbafad
- Fritz, K., Morojele, N., & Kalichman, S. (2010). Alcohol: The forgotten drug in HIV/AIDS. *Lancet*, 376, 398-400. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60884-7
- Instituto da Droga e Toxicodependência (2010). *Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Plano-NacionalReducaoProblLigadosAlcool.pdf>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. (2012). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2008). *Children and AIDS: Second stocktaking report*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2010). *Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2011). *AIDS at 30 – Nations at the crossroads*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

- Leigh, B.C., & Stall, R. (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, 48, 1035-1045. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585544/>
- Miranda, A. C. (2009). As implicações do diagnóstico tardio. *Arquivos de Medicina*, 23, 66-67.
- Mishra, V., & Assche, S. B-V. (2009). *Concurrent sexual partnerships and HIV infection: Evidence from national population-based surveys*. DHS Working Papers No. 62. Calverton, MD: Macro International Inc.
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. (2012). Development of a perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16, 1075-1083. doi:10.1007/s10461-011-0003-2
- Negreiros, J. (2006). *Injeção de drogas, comportamento sexual e risco de VIH*. Porto, Portugal: Legis Editora/Livpsic.
- Paixão, M. T. (2000). *A situação epidemiológica HIV/AIDS em Portugal em 2001 e previsões para 2002*. Comunicação apresentada no 2º Congresso Virtual HIV-AIDS. AidsPortugal.com
- Parry, C., Rehm, J., Poznyak, V., & Room, R. (2009). Alcohol and infectious diseases: An overlooked causal linkage? *Addiction*, 104, 331-332. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02500.x
- Patrick, M. E., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Terry-McElrath, Y. M., & Schulenberg, J. E. (2012). HIV/AIDS risk behaviors and substance use by young adults in the United States. *Prevention Science*, 13, 532-538. doi: 10.1007/s11121-012-0279-0
- Pechansky, F., Diemen, L.V., & Genro, V. K. (2001). Presença de situações de risco para a transmissão do HIV em usuários de drogas não-injetáveis. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 157-159.
- Perelman, J. (2009). Teste voluntário do VIH/SIDA em Portugal, acompanhado de aconselhamento e referenciação: Relevância da avaliação económica. *Arquivos de Medicina*, 23, 64.
- Plant, M. A., & Plant, M. L. (1992) *Risk takers: Alcohol, drugs, sex and youth*. London, UK: Tavistock/Routledge.
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives*, 32, 192-200. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/4147639>
- Rohrman, B. (2008, June). Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: A conceptual appraisal. In *Conferencia presentada en la Sociedad Internacional de Gerenciamiento de Emergencias TIEMS, Universidad de Melbourne, Australia*.
- Santos, G. M., Coffin, P. O., Das, M., Matheson, T., DeMicco, E., Raiford, J. L.,... Herbst, J. H. (2013). Dose-response associations between number and frequency of substance use and high-risk sexual behaviors among HIV-negative substance-using men who have sex with men (SUMSM) in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63, 540-544. doi: 10.1097/QAI.0b013e318293f10b
- Shafer, M. A., & Boyer, C. B. (1991). Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students. *Journal of Pediatrics*, 119, 826-833. doi:10.1016/S0022-3476(05)80312-9
- Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., & Rehm, J. (2010). Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS — A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 119, 159-166. doi:10.1016/S0022-3476(05)80312-9

- Speizer, I. S., Gómez, A. M., Stewart, J., & Voss, P. (2011). Community-level HIV risk behaviors and HIV prevalence among women and men in Zimbabwe. *AIDS*, *23*, 437-447. doi: 10.1521/aeap.2011.23.5.437
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *The American Psychologist*, *45*, 921-33. doi: 10.1037/0003-066X.45.8.921
- Torres, G., Davim, R., & Almeida, M. C. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *7*, 41-46. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13460>
- Weatherburn, P., Davies, P. M., Hickson, F. C., Hunt, A.J., McManus, T. J., & Coxon, A. P. (1993). No connection between alcohol use and unsafe sex among gay and bisexual men. *AIDS*, *7*, 115-120. doi: 10.1097/00002030-199301000-00018
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., & Gordon, C. M. (2001). The relation of alcohol use to HIV-risk sexual behavior among adults with a severe and persistent mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 77-84. doi: 10.1037/0022-006X.69.1.77
- Wodak, A., & Mcleod, L. (2008). The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *AIDS*, *22*, S81-S92. doi: 10.1097/01.aids.0000327439.20914.33
- World Health Organization. (2012). *Antiretroviral treatment as prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Zablotska, I. B., Gray, R. H., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N.,... Wawer, M. (2006). Alcohol use before sex and HIV acquisition: A longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS*, *20*, 1191-1196. doi: 10.1097/01.aids.0000226960.25589.72