

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
COIMBRA**

**ATITUDE DAS MULHERES TOXICODEPENDENTES FACE À
UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO**

Ana Marta da Silva Martins Gaspar

Coimbra, Setembro de 2009

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
COIMBRA**

**ATITUDE DAS MULHERES TOXICODEPENDENTES FACE À
UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO**

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre

Orientador: Professor Doutor João Relvas

Co – orientadora: Professora Doutora Joana Fabião

Ana Marta da Silva Martins Gaspar

Coimbra, Setembro de 2009

“É errado pensar que a vida é um jogo e que, se algo correr não exactamente de acordo com as nossas expectativas, podemos jogá-lo de novo desde o início, com novas oportunidades de êxito. Seria uma tolice considerar que temos direito a um caminho de triunfos, sem sofrimentos nem desilusões, sem coragem nem heroísmo. Porque isso não sucede a ninguém e não é deste mundo. Aqui é preciso escolher e, depois, seguir em frente até ao fim. Por vezes com os ombros pesados de cansaço, de dor, de desilusão, de fracasso...”

Paulo Geraldo (2006)

Aos meus pais, mana, Bruno e à minha princesa...

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta dissertação de mestrado surge a necessidade de enaltecer todos aqueles que contribuíram para a sua concretização. Apesar do carácter individual deste trabalho académico passo a enunciar todos aqueles que me acompanharam, apoiaram e incentivaram ao longo deste percurso, quando desistir parecia ser o único caminho a seguir. O meu agradecimento é dirigido a todos eles bem como, aqueles que de um modo mais discreto também me prestaram o seu apoio.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Relvas pela dedicação, disponibilidade e sugestões, feitas durante a orientação.

À minha co-orientadora Professora Doutora Joana Fabião pela sua inteira disponibilidade, dedicação, empenho e rigor profissional. Pelas críticas e sugestões.

À Enfermeira Chefe Teresa Batista pelo carinho e por me incentivar a ampliar o meu leque de conhecimentos, pois a formação torna-nos mais dignos no desempenho das nossas funções.

Às colegas do Serviço de Puerpério – 4º piso, pela paciência com que escutaram as minhas lamentações, pela amizade e pelo incentivo.

A todos aqueles que trabalham na Equipa de Tratamento de Coimbra e da Figueira da Foz pelo carinho com que me receberam e pelo respeito com que se referiam ao meu trabalho. Obrigada a todos pela ajuda, incentivo, dedicação e pela disponibilidade para me esclarecerem todas as dúvidas.

A todas as mulheres toxicodependentes utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e da Figueira da Foz que se disponibilizaram para o preenchimento do instrumento de colheita de dados. Graças à sua participação foi possível realizar este estudo.

À Aliete Oliveira pela simpatia demonstrada e pelos instrumentos de colheitas de dados disponibilizados, que permitiram a realização deste estudo.

Às minhas colegas e amigas Diana e Joana pelo companheirismo durante este percurso académico.

À minha amiga e colega Gabriela Lopes pela energia e pelo apoio prestado.

Ao meu pai e à minha mãe pelo apoio incondicional, incentivo, compreensão e paciência reveladas ao longo deste período, por estarem sempre presentes nos momentos de alegria e de angústia e, pelo exemplo de que com dedicação e humildade todos os sonhos são possíveis de realizar. Amo-vos do fundo do coração.

À minha mana por acreditar nas minhas capacidades, por me incentivar sempre a progredir e por me aturar nos momentos de crise. Sabes que és a melhor mana do mundo....

Ao amor da minha vida, Bruno, por ter tido o privilégio de crescer enquanto pessoa e enquanto profissional ao teu lado. Por estares sempre presente nas minhas vitórias e nas minhas derrotas. Por acreditares que sou capaz de ir mais longe. Pelo apoio e pelo incentivo. Desculpa quando injustamente descarreguei em ti toda a minha frustração. Obrigada por me fazeres ver que desistir não é o melhor caminho. Amo-te muito.

RESUMO

No serviço de Obstetrícia, onde exerço funções de enfermeira de nível 1 deparar-me, com alguma frequência, com puérperas toxicodependentes, que apresentam comportamentos sexuais de risco, cuja gravidez não foi planeada, nem vigiada. Por este motivo, o risco de aparecimento de puérperas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e recém-nascidos com Síndrome de Abstinência Neonatal encontra-se acrescido, o período de internamento prolongado, a reinserção social destas mães e dos respectivos filhos adiada. O objectivo desta dissertação de mestrado consiste em “avaliar a atitude das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz, acerca da predisposição para a prática de sexo seguro”.

O presente estudo, descritivo – correlacional, é desenvolvido com base nas respostas das mulheres toxicodependentes em idade fértil, utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz, procurando descrever a realidade concreta, determinando as suas expectativas futuras perante o aparecimento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, ou de uma gravidez não planeada e o impacto destas na qualidade de vida, através da aplicação de um questionário de avaliação. O questionário foi aplicado a 66 mulheres toxicodependentes em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz, que voluntariamente constituíram a amostra. O instrumento de colheita de dados possui uma parte de caracterização sócio – demográfica seguida das escalas: Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo, Escala do Embaraço ligado ao uso do Preservativo e Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso do programa estatístico SPSS, na versão 16. Atendendo aos resultados obtidos verificou-se que as mulheres inquiridas não se encontram satisfeitas com o suporte social existente. No que respeita à atitude face ao uso do preservativo, os resultados indicam que as inquiridas não apresentam predisposição favorável para a prática de sexo seguro. No entanto, demonstram ter conhecimentos sobre o VIH/sida, que numa escala de 0 a 20, corresponde a 15,87 valores. Por outro lado, referem não apresentar embaraço ligado ao uso do preservativo, o que indica que não são relutantes à utilização do mesmo. Com base nestes resultados, constata-se que as mulheres toxicodependentes que constituem a amostra apresentam comportamentos sexuais de risco que exigem a intervenção precoce da comunidade, especialmente dos profissionais de saúde. A consciência desta realidade é o ponto de partida para a resolução deste problema de saúde pública.

ABSTRACT

I am often in contact with drug addicted, pregnant women in the obstetrics service where I work as a level 1 nurse. Those women, whose pregnancy is neither planned nor controlled, have risky sexual behaviour. Because of this, the number of pregnant women with sexually transmitted infections and newborn babies with Neonatal Abstinence Syndrome has increased and so, the length of internment is longer. Besides, the placement of these mothers and their children in society is postponed.

The aim of this summary is to “evaluate fertile women’s attitude, who are users of the Equipas de tratamento de Coimbra e Figueira da Foz, to what concerns the predisposition to the practice of safe sex.” This descriptive, co- relational study is based on an evaluation questionnaire that was given to the addicted pregnant women, who are users of the Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz, and it describes the true reality and determines their future expectations towards the appearance of sexually transmitted infections or a non-planned pregnancy and their impact in the quality of life. The questionnaire was given to 66 volunteers who are addicted pregnant women in fertile age and users of the Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz. The instrument of data collection has a social-demographic characterization that is followed by the scales: Scale of Satisfaction with social support; Scale of Attitudes towards the use of condom; Scale of Embarrassment linked with the use of condom; Test on teenagers’ knowledge and beliefs on AIDS.

The data statistical treatment was performed in the statistical program SPSS, version 16.

Based on the results of the questionnaire, it was noticed that the interviewed women are not satisfied with the social support they have. To what concerns the attitude towards the use of condom, the results show that the interviewed women don’t have favourable predisposition to the practice of safe sex in spite of having knowledge on AIDS, which corresponds to 15,87 values, in a 0 to 20 scale. On the other hand, they are not embarrassed with the use of condom, which indicates they are not reluctant to its use.

Based on the results above, it was noticed that the addicted women that constitute the sample have risky sexual behaviour, which means they need a fast community intervention, namely from health professionals.

The awareness of this reality is the starting point to the resolution of this public health problem

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1 – TOXICODEPENDÊNCIA / ANÁLISE HISTÓRICA E CONCEITOS	6
2 – TOXICODEPENDÊNCIA E GRAVIDEZ	11
3 – DOENÇAS INFECCIOSAS E GRAVIDEZ	19
3.1 – VIH/Sida	20
3.2 – VIH/Sida e Preservativo	23
3.3 – VIH/Sida e Toxicodependência	30
4 – ADOLESCÊNCIA	34
4.1 – Consumo de Drogas	34
4.2 – Estádios do Consumo de Drogas	36
5 – DO CONSUMO DE DROGAS À REINSERÇÃO SOCIAL	38
6 – PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS: INTERVENÇÃO PRIMÁRIA	41
II – MATERIAL E MÉTODOS	45
1 – METODOLOGIA	46
2 – OBJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	47
3 – TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE PESQUISA	49
4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	50
5 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DE ESTUDO	53
6 – FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES	54
7 – VARIÁVEIS EM ESTUDO	55
7.1 – Variável Dependente	55
7.2 – Variáveis Independentes	55
7.3 – Variáveis Atributo	56
7.4 – Operacionalização das Variáveis	56
7.4.1 – Variável Dependente	56
7.4.2 – Variáveis Independentes	57
7.4.3 – Variáveis Atributo	58

8 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	61
9 – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	62
III – RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
1 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA	66
1.1 – Caracterização Sócio – Demográfica	66
1.2 – Satisfação com o Suporte Social	71
1.3 – Atitude face ao uso do Preservativo	74
1.4 – Embaraço ligado ao uso do Preservativo	74
1.5 – Teste de Conhecimento e Crenças dos Adolescentes sobre	78
VIH	
2 – ANÁLISE INFERENCIAL	85
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
3.1 – Interpretação dos resultados obtidos através da estatística descritiva	94
3.2 – Interpretação dos resultados obtidos através da estatística inferencial	96
IV – CONCLUSÃO	106
V – BIBLIOGRAFIA	110
VI – ANEXO I: Pedidos de autorização para utilização e aplicação do instrumento de colheita de dados	117
VII – ANEXO II: Instrumento de colheita de dados	121
VIII – ANEXO III: Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com as frequências relativas à Atitude face ao uso do Preservativo	132

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo a classe de idades.....	66
TABELA 2 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil.....	67
TABELA 3 – Distribuição da amostra segundo a naturalidade.....	68
TABELA 4 – Distribuição da amostra de acordo com a área de residência.....	68
TABELA 5 – Distribuição da amostra de acordo com as habilitações literárias...	69
TABELA 6 – Distribuição da amostra segundo a ocupação actual.....	69
TABELA 7 – Distribuição da amostra segundo o nível socio-económico.....	70
TABELA 8 – Distribuição da amostra de acordo com quem vive actualmente....	70
TABELA 9 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência e percentagem de respostas certas da dimensão conhecimentos médicos e científicos.....	81
TABELA 10 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência e percentagem de respostas certas da dimensão mitos sobre a transmissão do VIH.....	82
TABELA 11 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência e percentagem de respostas certas da dimensão conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos.....	84
TABELA 12 – Distribuição da amostra de acordo com o Embarço ligado ao uso do Preservativo e o nível de embarço.....	89
TABELA 13 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões relativamente à predisposição para a prática de sexo seguro.....	92

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 – Distribuição da amostra de acordo com a Satisfação com o Suporte Social.....	71
QUADRO 2 – Medidas estatísticas relativas às dimensões da escala de Satisfação com o Suporte Social.....	73
QUADRO 3 – Distribuição da amostra de acordo com as frequências relativas à Atitude face ao uso do Preservativo.....	74
QUADRO 4 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado ao uso do preservativo e respectivas dimensões	75
QUADRO 5 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado à capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos.....	76
QUADRO 6 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado à capacidade de negociação do uso do preservativo com o parceiro sexual.....	77
QUADRO 7 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado ao uso propriamente dito do preservativo.....	78
QUADRO 8 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões	79
QUADRO 9 – Correlação de Pearson entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social, dimensão Satisfação com a Amizade e a Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo.....	86
QUADRO 10 – Correlação de Spearman entre as dimensões Satisfação com a Família, Satisfação com a Intimidade, Satisfação com as Actividades Sociais e a Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo.....	86

QUADRO 11 – Distribuição da amostra segundo a Escala de Satisfação com o Suporte Social e dimensão Satisfação com a Amizade relativamente à predisposição para a prática de sexo seguro.....	87
QUADRO 12 – Distribuição da amostra de acordo com as dimensões Satisfação com a Família, Satisfação com a Intimidade e Satisfação com as Actividades Sociais relativamente à predisposição para a prática de sexo seguro.....	88
QUADRO 13 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões relativamente à Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo.....	90
QUADRO 14 – Teste U Mann-Whitney relacionado com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões.....	93

SIGLAS e ACRÓNIMOS

AZT – Zidovudina

CAD – Centros de Atendimento e Detecção Precoce do VIH

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DGS – Direcção Geral de Saúde

ET – Equipa de Tratamento

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/sida

PNPCI VIH/sida – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida

PNSR – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RPTI VIH/sida – Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/sida

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas em Portugal passou a consistir num grave problema de saúde pública e, nessa medida, tem vindo a originar a crescente preocupação dos serviços oficiais, dos técnicos de educação e saúde, dos familiares, em síntese, de todos aqueles que se empenham na promoção da saúde, no desenvolvimento e no bem-estar da comunidade e dos indivíduos que a constituem.

Reconhecer que o consumo de drogas, por si só, é uma situação problemática, lamentá-lo e condená-lo são atitudes fáceis de adoptar, mas sem quaisquer efeitos positivos na mudança deste fenómeno. Impõe-se a passagem a uma postura activa, dinâmica, traduzida no envolvimento e empenho de cada um na mudança destes comportamentos, o que exige um esforço individual que possibilite a mobilização e organização dos meios apropriados à construção das respostas adequadas à mudança pretendida.

Os profissionais de saúde desempenham um papel relevante na mudança de comportamentos através do esclarecimento e consciencialização dos diferentes tipos de população que assistem. Pela detecção precoce dos toxicodependentes e sua motivação para o tratamento, pelo apoio directo e encaminhamento para os serviços especializados, pela mobilização e envolvimento dos serviços e dos cidadãos, eles poderão ser os desencadeadores do longo processo de que resultará a solução dos problemas ligados ao consumo de drogas, nomeadamente a prática de relações sexuais desprotegidas que aumentam o risco de aparecimento de infecções sexualmente transmissíveis, como é exemplo o VIH/sida, e/ou de uma gravidez indesejada.

A utilização do preservativo como método contraceptivo e de protecção face às infecções sexualmente transmissíveis torna-se indispensável na resolução dos problemas ligados ao consumo de drogas antes mencionados. Apelar ao uso frequente e correcto do preservativo, bem como desmistificar conceitos inerentes à sua utilização é uma tarefa da responsabilidade de todos aqueles que pretendem contribuir para a resolução deste flagelo social.

Atendendo a toda esta problemática torna-se pertinente a realização desta dissertação de mestrado, que tem como objectivo geral “*avaliar a atitude das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento (ET) de Coimbra e Figueira da Foz, acerca da utilização do preservativo como método contraceptivo e de protecção face às infecções sexualmente transmissíveis*” e como objectivos específicos “avaliar a satisfação com o suporte social das mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz; avaliar as práticas preventivas das mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz através da determinação do uso do preservativo; identificar se os factores “atitude”, “embaraço” e “conhecimento” influenciam, ou não, a utilização do preservativo pelas mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz”.

A questão de investigação consiste em determinar “*qual a atitude das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz acerca da utilização do preservativo como método contraceptivo e de protecção face às infecções sexualmente transmissíveis?*”

Considerando o objectivo estabelecido e a questão de investigação o estudo a desenvolver é do tipo descritivo – correlacional, de carácter quantitativo.

Com o intuito de atingir os objectivos foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pela satisfação com o suporte social;

H2: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelo embaraço ligado ao uso do preservativo;

H3: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelos conhecimentos sobre o VIH.

O instrumento de colheita de dados utilizado consiste num questionário de auto – preenchimento, cujos dados obtidos foram analisados estatisticamente através do SPSS, versão 16.0, utilizando um nível de significância de 95%.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho, é constituído por oito capítulos, sendo o primeiro reservado ao enquadramento teórico, cujo conteúdo dará suporte ao problema em estudo. Neste capítulo serão abordados alguns aspectos históricos e conceitos relativamente à toxicodependência, a sua interacção na gravidez e ainda é feita uma alusão ao grupo etário em que muitas vezes se iniciam os consumos de drogas, os estadios desse mesmo consumo e a posterior reinserção social. Termina com a prevenção da toxicodependência em termos de prevenção primária. O segundo capítulo é referente ao estudo empírico, onde se apresenta a metodologia utilizada, o tipo de estudo, os aspectos relacionados com a amostra em estudo e os procedimentos éticos relativos à colheita de dados. No terceiro capítulo encontram-se apresentados os dados, respectiva análise e discussão. No quarto capítulo, é apresentada a conclusão do estudo onde são realçados os resultados mais relevantes e enaltecidas as implicações para a saúde pública. A bibliografia encontra-se no capítulo cinco, seguindo-se posteriormente os anexos nos capítulos seis, sete e oito.

A realização deste trabalho procura alertar e sensibilizar, mais uma vez, todos aqueles que o consultem para o facto de que a toxicodependência é um problema de saúde pública. Por outro lado, pretende enfatizar que a toxicodependência no género feminino tem características e consequências muito específicas, nomeadamente na fertilidade, no período de gestação, na capacidade de ser mãe e de assumir todas as responsabilidades que essa função acarreta. Sendo assim, é urgente agir de forma precoce, ou seja, nas mulheres mais jovens.

Embora nem todos estejam de acordo, a implementação, por parte do Ministério da Educação, da disciplina de educação sexual nas escolas cuja finalidade é contribuir para uma melhoria dos relacionamentos afectivo – sexuais entre os jovens; contribuir para a diminuição das possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais como são exemplo as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez; contribuir para a tomada de decisões saudáveis na área da sexualidade, tem um papel preponderante na área da prevenção de comportamentos sexuais de risco.

Os serviços de saúde são também responsáveis pela educação e formação dos seus utentes, nomeadamente das jovens. A existência da consulta de planeamento familiar

não consegue, por si só, evitar a prática de relações sexuais desprotegidas, apesar dos esforços dos profissionais de saúde. As transformações corporais das jovens adolescentes, as alterações psíquicas e o despertar da sexualidade consistem num conjunto de modificações que desviam a atenção das adolescentes para questões tão importantes como as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez. Tendo em conta este aspecto dar início à sensibilização dos jovens, nomeadamente das raparigas, antes da adolescência poderá ser um dos caminhos a seguir na tentativa de combater este flagelo social. Talvez desta forma, enquanto as alterações corporais e psíquicas se instalam, no período da adolescência, já existe uma interiorização prévia das consequências que advêm de uma sexualidade irresponsável.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- TOXICODEPENDÊNCIA/ ANÁLISE HISTÓRICA E CONCEITOS

A droga faz parte da história e da cultura da humanidade desde os tempos mais longínquos, assumindo nos últimos dois séculos

“uma tríplice dimensão: a de mercadoria, que a torna objecto de relações jurídico-económicas e fiscais; a lúdica e terapêutica, em que funciona como meio de desinibição e fomenta o convívio social, ou como tratamento médico; e, por último, enquanto objecto e causa de criminalidade, sendo esta a perspectiva que se tem sobrevalorizado na actualidade” (Poiares, 1999, p.4).

As três dimensões anteriormente citadas não coexistiram de modo equilibrado e contínuo ao longo da história verificando-se, por vezes, o predomínio de uma delas sobre as demais. A utilização de droga possui raízes civilizacionais profundas, que integram a cultura dos povos (ibidem).

No século XIX deu-se início à consciencialização do grave problema que é o consumo de drogas, uma vez que foram identificados os seus efeitos nocivos, acabando por conduzir à proibição internacional ainda hoje existente (Idem).

O consumo de drogas confunde-se com a própria História do Mundo verificando-se que cada período de tempo tem as suas próprias drogas. Existem múltiplas referências históricas e literárias sobre substâncias através das quais o Homem procurou intervir no seu equilíbrio biopsíquico e na relação mantida com o mundo (Idem).

No início da Idade Média passa-se a ter conhecimento sobre a mirra, utilizada como tonificante e que fazia parte da farmacopeia existente. Os povos gregos e os romanos ingeriam um preparado de vinho, cânhamo e mirra, o *“vino resinato”*, com intuítos recreativos e medicinais (Idem, 1999, p.5).

A medicina grega, desde o século X a.C, encontrou no ópio um remédio utilizado e prescrito por Hipócrates, Galeno e Dioscorides, que chegou aos séculos XVI e XVII,

com Paracelso e Sydenham, que o elegeram como o produto mais universal e eficaz de todos os existentes para alívio de dores e doenças (Idem).

As tábuas de argila sumérias encontradas na Mesopotâmia, possivelmente com data de 4000 e 7000 a.C, descrevem o cultivo da papoila e a preparação do ópio, cujas propriedades terapêuticas eram conhecidas na Pérsia e no Egito cerca de 1550 a.C., tendo sido divulgadas por todo o Império Romano (Idem).

Pelo menos desde 600 a.C. já se conhecia a coca, uma vez que as escavações arqueológicas permitiram encontrar múmias de índios sul-americanos sepultados com folhas de coca nos sarcófagos. Por outro lado, diversas esculturas desse período histórico apresentam o rosto demasiado volumoso dos mastigadores da planta (Idem).

Ao longo da História, vários têm sido os povos que consumiam plantas como forma de aproximação com as divindades durante os rituais religiosos. A droga surge constantemente como elemento de ligação entre o Homem e o desconhecido, deuses ou mortos, ou seja, tem estabelecido a ponte entre a vida real e o Além. Séculos mais tarde, contrariando a tendência anterior, o uso de drogas ressurgiu como meio de aproximação com o irreal, permitindo aos consumidores fantasiar (Idem).

Nos anos Setecentos e Oitocentos, o uso de drogas na Europa não apresentou dimensões graves em termos sanitários ou a nível da segurança pública. Vivia-se nessa época uma “fase aristocrática da droga, em que os fumadoiros e opiários pertenciam a lendas ou rumores do Oriente, que alguns sectores procuravam reproduzir, transportando para os espaços de consumo o ambiente oriental “ (Idem, 1999, p. 7).

A partir dos anos 60 o consumo de drogas atingiu grandes proporções passando a ser considerada como epidemia. “Esta crise social está a causar à sociedade muitos gastos, quer em hospitalizações e desintoxicações, quase sempre mal sucedidas, quer em investigações policiais e perseguições a traficantes criminosos” (Paz, 1996, p.242).

Porém, o problema da droga não se confina à sobrecarga financeira para os cidadãos, é também uma ameaça à segurança e sobrevivência (Ibidem).

A partir das décadas de 50 e 60 o surto de drogas gerou o medo e, mais recentemente, o VIH/sida veio piorar um quadro já extremamente angustiante (Poiares, 1999).

A partir dos anos 70, segundo Poiares (1999) com base em Labin (1985), verificou-se um aumento do consumo de drogas, sobretudo de heroína e cocaína, iniciando o agravamento do problema uma vez que, no final da década de 60 o uso de cocaína quase fora extinguido nos países mais desenvolvidos.

Neste período surge o início da produção industrial das drogas sintéticas pelas chamadas “*designers drugs*”, decorrendo do aumento da procura, cujo objectivo era obter mercadoria a preços acessíveis e com menor custo a nível de efeitos secundários (médico-psicológicos), mas sobretudo terciários, no que reporta aos problemas emergentes da criminalização (Poiares, 1999, p.12).

Em todo o mundo, a “droga-problema” e a “droga-crime” implicam o recurso a mecanismos de controlo tais como a intervenção clínico-psicossocial e a repressão jurídico-política e económica. No entanto, o uso de drogas e a sua oferta continuam a aumentar. A droga, nos séculos XVIII e XIX, e nos inícios do século XX, que se confinava a grupos de elite e artistas, passou a existir nas cidades e nas aldeias, zonas mais pobres e socialmente desfavorecidas, como foi exemplo o Casal Ventoso onde a “droga fez nascer uma aristocracia do pó, que conhece leis do mercado clandestino e que sabe elevar o preço da dependência à sombra de um proibicionismo com noventa anos de História”, tornando-se num importante problema de saúde pública (Ibidem).

Os indivíduos que consomem à mais de dez anos apresentam problemas de saúde graves, nomeadamente os causados por doenças infecto-contagiosas. Por outro lado, refugiaram-se na heroína e nos policonsumos, têm comportamentos de risco, como a partilha de seringas e habitualmente estão pouco motivados para se submeterem com sucesso a qualquer terapêutica de tratamento (Ribeiro, 2001).

O uso abusivo de drogas é um tema da actualidade, uma realidade trágica que atinge adolescentes, jovens e adultos, todos os estratos sociais, todas as profissões, todas as religiões, ou seja diz respeito a todos nós (Loureiro *et al.*, 2000).

Segundo o Instituto da Droga e da Toxicodependência, em 2006, 32.460 pessoas estiveram em consultas de ambulatório, na sua maioria devido a problemas com o consumo de heroína. Não são, todavia, revelados os números de todos os outros que, sendo toxicodependentes, procuram outros produtos.

A OMS (1997) citado por Loureiro *et al.*, (2000, p.85) “define toxicodependência como o desejo ou a necessidade irresistível de prosseguir no consumo da droga e de obtê-la seja de que modo for; tendência à hiper-dosagem, dependência psíquica e física dos efeitos da droga; efeitos destruidores sobre o indivíduo e sobre a humanidade”.

O conceito de toxicodependência está estreitamente ligado com o de droga. De acordo com a OMS define-se droga como: “substância natural ou sintética que modifica o funcionamento do organismo no qual é introduzida”; bem como toxicodependência como: “um comportamento que cria uma relação de dependência com uma droga” (Ferreira, 2001, p.52).

A toxicodependência é muito mais do que um fenómeno relacionado com a marginalidade, é particularmente um fenómeno bio-psico-social, cuja complexidade exige uma actuação interdisciplinar e transversal das políticas sociais Nacionais, Europeias e Internacionais (Ibidem).

Por outro lado, a pobreza, a crise da família, a crise das estruturas e dos sistemas de apoio inseridos numa sociedade voltada para o consumo são factores que se relacionam com a toxicodependência e com os comportamentos de criminalidade nomeadamente a juvenil (Ibidem).

A toxicomania é definida pela OMS citado por Justiça (1991, p.440) como “absorção voluntária, abusiva, periódica ou crónica de uma droga natural ou sintética”. Nesta definição encontram-se incluídas toxicomanias legais como o álcool e os medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos e tranquilizantes), que vêm aumentar o número de toxicodependentes e não são estudados quando se fala de toxicodependência.

O toxicodependente, segundo Loureiro *et al.*, (2000, p.85) com base em Feytor Pinto (1994), “é mais do que um delinquente, é muito mais do que um pecador, ou mesmo um doente, o toxicodependente é uma pessoa em fractura global”.

Quando se fala em toxicodependência habitualmente não se mencionam as diferenças estatísticas relacionadas com o género no que se refere à prevalência. No entanto, e segundo o Relatório Anual 2006 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, existem grandes diferenças entre os géneros: os homens continuam a ser mais numerosos do que as mulheres em todos os países europeus.

Se as repercussões do consumo abusivo são nefastas em ambos os sexos, as consequências da toxicodependência na mulher são notoriamente diferentes uma vez que estão relacionadas com a sua função sexual, reprodutiva, gravidez e função materna.

2- TOXICODPENDÊNCIA E GRAVIDEZ

A problemática da toxicodpendência inclui questões complexas, de difícil abordagem e resolução. A adição de determinados produtos químicos aos produtos naturais veio aumentar o número de drogas, piorando de forma catastrófica os efeitos adversos das mesmas (Justiça, 1991).

O abuso de drogas cruzou fronteiras geográficas, económicas e sociais, e continua a ser um dos principais problemas com que hoje se depara a nossa sociedade (Lemos *et al.*, 2004).

O consumo de drogas em mulheres grávidas agrava toda a problemática em torno da toxicodpendência pelas repercussões que a droga apresenta quer na mulher, quer no feto e recém-nascido (Justiça, 1991).

O aumento do consumo de drogas nas mulheres, nomeadamente nas jovens em idade fértil, suscita um novo problema e uma nova patologia que é a “mãe toxicodpendente e o recém-nascido toxicómano” (Paz, 1996, p.243).

O consumo de drogas durante a gestação não é um fenómeno novo. Nos anos 60 começaram a surgir referências aos efeitos adversos da exposição fetal a drogas e nos anos 70 começaram a ser estudados os efeitos dos opiáceos nas crianças (Peralta, 2002).

“A exposição pré-natal a drogas legais como a nicotina e essencialmente o álcool e a drogas ilícitas como a cocaína e narcóticos opiáceos é actualmente uma das maiores causas preveníveis do ambiente que induzem compromissos no desenvolvimento das crianças” (Idem, p. 105).

As drogas atingem o feto através da placenta, entrando na circulação fetal alterando o seu normal desenvolvimento e funcionamento (Justiça, 1991).

Da exposição in-útero a drogas resultam dois tipos de problemas distintos. Por um lado, os efeitos directos da droga no crescimento e desenvolvimento do feto; por outro, o aparecimento de dependência no feto e no recém-nascido. Estima-se que 5,5% das grávidas consomem regularmente drogas opiáceas (heroína, metadona, morfina), haxixe e cocaína, expondo os fetos a problemas potencialmente sérios (Gonçalves *et al.*, 2004).

Os efeitos que as drogas podem provocar no feto são diversos e têm variadas consequências fisiológicas e teratogénicas no desenvolvimento da criança. A gravidade destas consequências depende do tempo de exposição do feto à substância nociva, da dosagem e da frequência com que ocorre o consumo. “Um feto exposto a uma droga até à 12ª semana de gestação pode ter sequelas muito maiores que um feto exposto à 37ª semana” (Peralta, 2002, p.105).

A maioria das drogas ilícitas contém impurezas e elementos contaminantes tais como o chumbo, o cianeto, a celulose, os herbicidas e pesticidas. São também utilizados outros produtos como diluentes nomeadamente, partículas de vidro, açúcar em pó, estricnina, arsénio e anti-histamínicos. Grande parte destas substâncias tem efeitos nocivos para a grávida e para o feto (Idem).

Aos efeitos teratogénicos de algumas destas drogas “associa-se a incidência mais elevada de tuberculose, sífilis, hepatite, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), complicações obstétricas e partos prematuros nas grávidas toxicodependentes”, o que se traduz em maior mortalidade e morbilidade materna e neonatal (Gonçalves *et al.*, 2004, p.32).

Em Portugal, desde 1984, segundo a DGS (2007), os cuidados na área do Planeamento Familiar constituem uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva. Desta forma verificou-se uma melhoria acentuada dos indicadores materno-infantis, observando-se nos últimos anos uma redução significativa da mortalidade materna e perinatal a par com o aumento da utilização de meios contraceptivos seguros e eficazes.

Os cuidados de saúde primários assumem um papel preponderante nesta área de intervenção no entanto, verifica-se a necessidade de adoptar novas medidas que possam contribuir para melhorar a equidade no acesso aos métodos contraceptivos, nomeadamente dos contraceptivos orais e dos preservativos e evitar que ocorram

descontinuidades na sua distribuição. Assim, os utentes poderão aceder aos meios contraceptivos de acordo com as suas necessidades reais e sem recurso a idas sistemáticas às unidades de saúde (DGS, 2007).

A DGS protagoniza que os contraceptivos orais sejam fornecidos para um período mínimo de seis meses e que os preservativos sejam em número a acordar com a utente mas, nunca para um período inferior a três meses (Idem).

De acordo com Costa e Leal (2005), a adesão ao uso de métodos contraceptivos implica aderência a um regime prolongado, que implica um comportamento periódico e sistemático. Pressupõe-se que os actuais meios contraceptivos permitem, com um nível aceitável de segurança, o planeamento da gravidez, pelo que o surgimento de uma gravidez não planeada é entendido como o resultado de uma atitude pouco assertiva relativamente à contraceção.

Diminuir a incidência de gravidez não planeada/não desejada tem sido uma preocupação dominante nas estratégias de intervenção, traçadas pelas entidades ligadas à promoção da saúde, nomeadamente na área da saúde reprodutiva (Idem).

Uma gravidez não planeada/não desejada implica repercussões negativas a nível pessoal, familiar, profissional e socio-económico. Por este motivo torna-se urgente adoptar medidas de educação para a saúde que diminuam a sua incidência. A DGS, na circular informativa nº.01/ DICES de 10/08/07, optou pelo uso de mensagens de advertência em produtos regularmente utilizados por homens e mulheres em idade fértil, numa campanha, que terá início breve, cujo objectivo é reduzir a gravidez indesejada em Portugal. A mensagem “Tem feito planeamento familiar?” é a escolhida.

Perante uma gravidez não planeada/não desejada, quando a opção é a evolução da mesma, colocam-se várias questões entre as quais a adesão à vigilância de saúde no decurso da gravidez embora, se constate uma associação entre a baixa adesão às consultas pré-natais e a gravidez imprevista. Além de uma vigilância pré-natal inadequada levanta-se outra questão relevante, ou seja, a influência que a vivência de uma gravidez com estas características exerce na saúde mental da mulher e na relação afectiva mãe-filho (Costa e Leal, 2005).

A gravidez de uma mulher toxicodependente tem de ser encarada sempre como uma situação de alto risco para o feto e recém-nascido. O consumo de drogas, muitas

vezes múltiplo, de opiáceos, tabaco e álcool, durante a gravidez dificulta a identificação do contributo de cada uma delas para a manifestação do síndrome de privação do recém-nascido. É frequentemente uma gravidez não desejada, com controlo pré-natal deficitário (Justiça, 1991).

A vigilância de saúde da mulher toxicodependente é, muitas vezes quase inexistente. O seu dia-a-dia é organizado em função do consumo de drogas e da forma de obter dinheiro para este, o que lhe ocupa grande parte do tempo (Frazão *et al.*, 2001).

Este modo de vida instável e quase caótico, os problemas socio-económicos que dele derivam e o desinteresse pela própria saúde, explicam a reduzida preocupação da mulher com a sua saúde ginecológica. Estas condições reflectem os riscos a que a mulher se submete: desde os efeitos do consumo de drogas na sua saúde a comportamentos que se encontram subjacentes a este, como comportamentos sexuais de risco (que aumentam a probabilidade de contrair IST), gravidezes não planeadas/não desejadas, interrupções voluntárias de gravidez, entre outros (Idem).

O Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) surge no período neonatal e é resultante da súbita privação da droga a que o feto fica sujeito com o nascimento (Lemos *et al.*, 2004).

“A frequência do SAN a opiáceos varia entre 55 e 94% e frequentemente é necessária a intervenção farmacológica para controlo de sinais e sintomas severos” (Gonçalves *et al.*, 2004, p. 29). Os sinais mais comuns são a hiperactividade do Sistema Nervoso Central (SNC) traduzida por hiperexcitabilidade, tremores, irritabilidade, alterações do sono e sucção fraca. As alterações produzidas no Sistema Nervoso Autónomo (SNA) caracterizam-se por obstrução nasal, sudação e aumento da produção de muco. O aparecimento de diarreias, vómitos e recusa alimentar constituem as alterações gastrointestinais. No que concerne aos sinais respiratórios salientam-se a taquipneia e o síndrome de dificuldade respiratória. Por este motivo foi descrita a Escala de Abstinência Neonatal para classificar os sinais e sintomas do recém-nascido (Peralta, 2002).

Este síndrome pode surgir pouco tempo após o parto, ou mais tardiamente durante as duas primeiras semanas de vida, com predomínio nas primeiras 72 horas pós – parto (Ferreira, 1990).

“O início, a duração e a severidade destes sintomas dependem do tipo de droga, da dose, da semi-vida, da duração da dependência e do intervalo de tempo entre a última toma e o nascimento”. Os recém-nascidos prematuros apresentam menor incidência de SAN devido à imaturidade do SNC, ao menor tempo de exposição à droga consumida, ou simplesmente, porque há maior dificuldade na sua detecção. “Entre 30 a 80% dos recém-nascidos com SAN requerem tratamento adequado” (Gonçalves *et al.*, 2004, p.32).

O tratamento profilático dos sintomas nos recém-nascidos de mãe toxicodependente não se justifica, no entanto, se o recém-nascido apresentar “irritabilidade progressiva, agitação, dificuldades na alimentação, perda de peso superior a 10%, o tratamento passa a justificar-se”. Por outro lado, deve-se determinar se o recém-nascido contraiu alguma infecção transmitida pela mãe (Justiça, 1991, p.441).

Em 1995 surgiu um interesse acrescido pelas terapêuticas de substituição da droga. O substituto ideal deve ter uma “duração de acção suficiente para permitir uma toma diária única, o mínimo de efeitos secundários, tais como a euforia e a sedação e uma forma galénica que impeça um eventual desvio do produto para injectável” (Lagier, 1996, p.260).

A metadona é o medicamento de referência neste domínio. Considerada pelos toxicodependentes como uma “droga triste”, a metadona, na maioria dos indivíduos, tem uma durabilidade de acção de 24 horas. Porém, cerca de 2% dos indivíduos que fazem tratamento de substituição com metadona metabolizam-na rapidamente, exigindo uma toma duas vezes por dia (Idem).

O recurso à metadona não constitui um fim em si, mas um meio terapêutico utilizado pelos recursos pluridisciplinares competentes. O resultado final estará de acordo com a motivação com que os indivíduos toxicodependentes participam no tratamento, devendo ser os principais beneficiários deste programa os dependentes de opiáceos, os indivíduos que participaram sem sucesso em várias curas de desintoxicação bem como, os que aceitam sem restrições a ida quotidiana à ET e o controlo regular, nomeadamente através de análises à urina (Idem).

A vigilância do indivíduo toxicodependente em tratamento de substituição com metadona assenta no despiste de co-morbilidades psiquiátricas ou somáticas, na sua reinserção social, na pesquisa de eventuais pontos de injeção, despiste de consumo

de produtos associados à toma de metadona e controlo urinário, como anteriormente referido (Idem).

A forma líquida em xarope da metadona impede o consumo endovenoso. Porém, mantêm-se alguns riscos tais como a sedação ou a sobredosagem, sendo o risco considerado de maior gravidade a depressão respiratória em caso de associação a outros produtos (Idem).

Uma das grandes vantagens da metadona prende-se com o facto de permitir ao indivíduo toxicodependente uma mudança radical do modo de vida. Uma vez que já não tem necessidade de angariar dinheiro para poder consumir possuiu maior disponibilidade para outras actividades, como por exemplo a procura de emprego. No entanto, apesar do acompanhamento que lhe é proporcionado, o indivíduo toxicodependente pode sentir-se aborrecido e sem projectos para ocupar o tempo que dispõe, o que pode conduzir à recaída nos consumos (Idem).

A dependência grave aos opiáceos é considerada uma doença de longa duração, cujas recaídas podem ocorrer a qualquer momento como por exemplo, mediante a observação de açúcar em pó ou num ambiente que recorde consumos anteriores (Idem).

A metadona não é um tratamento para toda a vida. O objectivo último é a abstinência, mas as condições favoráveis para o desmame demoram a surgir. “Os desvios para os estimulantes tais como a cocaína ou as anfetaminas, ou ainda para as drogas mais polimorfos como o álcool, não são raros”. A escolha do momento certo para a paragem progressiva da metadona deve ser efectuada com cuidado e exige o consentimento do indivíduo toxicodependente (Idem, p. 262).

A metadona é actualmente reconhecida como o tratamento de eleição da díade mãe-filho. Um tratamento com narcótico substituto poderá prevenir, infecções resultantes do modo de consumo como são exemplo as hepatites, a septicemia e o VIH/sida; as infecções sexualmente transmissíveis; o síndrome de abstinência, tendo em conta a incerteza do grau de pureza do produto de rua (Justiça, 1991).

A toma diária numa instituição, como são exemplo as ET de Coimbra e da Figueira da Foz permite avaliar situações/ comportamentos que coloquem a mãe ou o filho em risco. Para colmatar este problema é indispensável a boa articulação entre os vários

serviços de atendimento a grávidas toxicodependentes, bem como a responsabilização e apoio mútuo das equipas envolvidas, uma vez que desta forma será disponibilizada toda a informação e formação necessária às utentes (Idem).

De acordo com Brito (2001), as mulheres toxicodependentes grávidas, ou mães toxicodependentes que realizam o tratamento de substituição com metadona apresentam maior permanência nos serviços de apoio, demonstram um contacto mais próximo com o bebé e uma prestação mais adequada dos cuidados.

Durante a gravidez a mulher toxicodependente idealiza o seu bebé como um ser “protector e gratificante que irá preencher as suas necessidades de afecto”. O confronto com o bebé real, que chora e tem necessidades que exigem respostas imediatas e a sua total dependência da mãe, criam desilusão e vão tornando o recém-nascido insuportável. “A mãe vive então sentimentos violentos e contraditórios que conduzem a comportamentos de grande proximidade ou de total abandono transmitindo à criança uma vivência de descontinuidade” (Idem, p.80).

Posteriormente, estas crianças apresentam um comportamento de indiferença perante um episódio de separação da mãe, que são formas de defesa contra o abandono repetidamente sentido (Idem).

Apesar das medidas educacionais e de reabilitação em curso aos níveis tanto local como nacional, o abuso de drogas durante a gravidez continua a ser um problema significativo na nossa sociedade. As complicações obstétricas de abuso de substâncias nocivas apresentam muitos problemas sérios. O reconhecimento de uma doente é o passo inicial a dar nos cuidados, porque os sinais e sintomas de abuso de substâncias nocivas podem confundir-se com outros estados de doença relacionados com a gravidez. Associados ao consumo de drogas encontram-se outros factores tais como: uma deficiente saúde materna, problemas socio-económicos, vigilância pré-natal insuficiente, desnutrição e doenças infecciosas que devem ser contemplados na avaliação da mulher grávida (Peralta, 2002).

A droga e a forma cada vez maior com que se tem imposto à sociedade, às famílias, a todos nós e, muito particularmente aos técnicos de saúde, leva a que cada vez mais seja necessário trabalhar no sentido de diminuir e apoiar aqueles que por ela são tocados (Frazão *et al.*, 2001).

A gravidez na toxicodependência coloca os técnicos de saúde perante duas realidades distintas, que à partida nos parecem difíceis de coexistir: a mulher e a maternidade, o desejo de quase todas as mulheres que engravidam serem mães e assumirem os seus filhos; e a mulher toxicodependente, que consome e que tem um estilo de vida na sua grande maioria incompatível para responder às necessidades das crianças (Idem).

Numa tentativa de contrariar estas evidências, a prevenção surge como um caminho em que, enquanto profissionais de saúde, há que apostar.

Os profissionais de saúde têm grande responsabilidade na detecção precoce das mulheres toxicodependentes, na motivação para o tratamento e contraceção eficaz. A prevenção primária, pela natureza continuada e global dos cuidados prestados, desempenha um papel preponderante relativamente ao consumo abusivo de drogas, em colaboração com outras instituições e envolvendo toda a comunidade, no sentido de promover estilos de vida saudáveis (Justiça, 1991).

Medidas punitivas que estigmatizam estas mulheres e as tratam como criminosas não se revelaram benéficas no estabelecimento de um tratamento, afastando-as do sistema de saúde por recearem a prisão ou que lhes fossem retirados os filhos ao nascer. Estas mulheres possuem risco elevado de contrair infecções como sífilis, gonorreia, hepatite B e C, HIV/sida, sendo importante o seu diagnóstico pré-natal atendendo às implicações obstétricas e a sua inserção em programas de vigilância neonatal e planeamento de terapêuticas. Deste modo, verifica-se que para que estas mulheres tenham uma vigilância pré-natal adequada é fundamental não tomar medidas que as afastem dos cuidados de saúde. Infelizmente, muitas destas mulheres são avaliadas tardiamente na gravidez ou apenas na altura do parto, o que implica que os serviços nesta altura, estejam devidamente preparados com uma equipa multidisciplinar que possa avaliar a relação mãe-filho, o suporte social, estado de saúde da criança e determinar estratégias de intervenção (Peralta, 2002).

A toxicodependência é uma realidade que preocupa cada vez mais diversas entidades sociais e de saúde pública (Lemos *et al.*, 2004). Cabe a cada um de nós contribuir para a resolução deste flagelo social.

Torna-se importante sensibilizar as jovens no sentido de engravidarem de forma planeada minimizando-se os riscos de saúde e sociais das futuras mães e dos respectivos filhos.

3- DOENÇAS INFECCIOSAS E GRAVIDEZ

O aparecimento de doenças infecciosas provoca alterações no estado de saúde da mulher, podendo influenciar de forma negativa a sua função reprodutora. Quando associadas à gravidez, estas doenças assumem um papel de destaque e colocam três grandes questões nomeadamente qual o tratamento da mãe, quais os efeitos da infecção durante o período de gestação e qual a influência da doença materna e da terapêutica utilizada sobre o feto (DGS, 2000).

Apesar de não se conhecer de forma exacta o mecanismo pelo qual determinadas bactérias, vírus e protozoários actuam na gravidez, sabe-se que a “infecção materna influencia o desenvolvimento fetal e pode ser causa de aborto, nado-morto, malformação congénita, restrição de crescimento intra-uterino, rotura prematura de membranas, parto pré-termo e infecção neonatal” (Idem, p.5).

O diagnóstico e tratamento correcto e atempado permitem reduzir o risco daquelas complicações, diminuindo desta forma a morbilidade e mortalidade perinatal e infantil. No entanto, a prevenção é o mecanismo mais eficiente para prevenir as complicações e evitar as doenças (Idem).

De acordo com a circular normativa nº. 2/98 DSMIA/DGS referenciada em Saúde Reprodutiva – Doenças Infecciosas e Gravidez (2000), a prevenção das complicações na gravidez implica uma avaliação e aconselhamento pré-concepcional da mulher / casal onde é determinada a imunidade à rubéola e a vacinação, sempre que necessário; o rastreio da toxoplasmose, da sífilis e da infecção por VIH/sida; a determinação do estado de portador de hepatite B e a vacinação nas situações de risco; vacinação antitetânica, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV); o tratamento de eventuais infecções genitais e alertar sobre as implicações das IST durante a gravidez e a importância de as prevenir.

A prevenção das doenças infecciosas, particularmente as IST, implica o aconselhamento personalizado, a informação e a formação, com o objectivo de promover um comportamento sexual saudável e responsável. Para tal, torna-se

imprescindível incentivar a participação dos homens e a partilha de responsabilidade na prevenção, bem como alertar sobre o modo de transmissão, sintomatologia e tratamento das IST (Idem).

Consideram-se várias doenças passíveis de serem transmitidas por via sexual tais como a sífilis, o herpes genital, as verrugas genitais que têm como agente etiológico o vírus do papiloma humano, a Hepatite B e o VIH/sida, entre outras. Contudo, neste estudo, apenas será abordada com maior profundidade a infecção pelo VIH/sida uma vez que é a doença com maior ênfase ao longo deste estudo.

3.1- VIH/sida

O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) tornou-se na mais grave pandemia deste século, sendo nos últimos vinte e cinco anos causa primordial de doença e de morte, afectando preferencialmente adultos jovens (PNPCIVIH/sida, 2007). É uma doença provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), que pertence ao grupo dos retrovírus, com os subtipos 1 e 2 (VIH-1 e VIH-2), descobertos por Luc Montaigner em Paris, para a qual ainda não foi descoberta a cura eficaz ou a vacina preventiva (DGS, 2000). Resta apostar na prevenção, na gestão da infecção e da doença que tem carácter crónico (PNPCIVIH/sida, 2007).

Com o aparecimento desta doença verifica-se uma depressão do sistema imunitário, o que leva ao surgimento de infecções oportunistas e de alguns tipos de neoplasias. Ainda não foi definida com exactidão a duração do período de incubação porém, sabe-se que algumas semanas após a infecção pelo VIH, pode surgir a “síndrome retroviral aguda” que se caracteriza pelo aparecimento de febre, mal-estar geral, linfadenopatias e erupção macular cutânea. Nesta fase, é apenas possível determinar o ácido nucleico viral, uma vez que a serologia para o VIH é ainda negativa. O vírus permanece no hospedeiro embora este se mantenha assintomático. Cerca de metade dos indivíduos infectados pelo VIH/sida apresentam quadro característico de SIDA no espaço de 10 anos, na ausência de terapêutica antiretroviral (DGS, 2000).

De acordo com, Michel Sidibe (2007), director da ONUSIDA, na abertura da reunião de coordenadores de programas nacionais de infecção VIH/sida, realizada no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, apenas 4,6 milhões de indivíduos infectados com VIH/sida terão acesso a tratamento médico em 2010 se o ritmo actual

de resposta à sida se mantiver, o que representa um terço dos 13 milhões que necessitam de cuidados médicos nesta área de intervenção. Por outro lado, Michel Sidibe salienta ainda que a garantia de acesso universal ao tratamento não consiste, por si só, na resolução deste problema de saúde pública. A prevenção assume um papel preponderante, uma vez que por cada pessoa que inicia o tratamento surgem seis novos casos de infecção.

A ONUSIDA assiná-la como países de elevada prevalência além de Portugal, Guaiana na América do Sul com 3%, o Camboja na Ásia com 4% e o Botswana em África com 36%, sendo neste país considerada primeira causa de morte com uma previsão, para o ano 2010, de 40 milhões de órfãos. Desde 2001, verifica-se uma diminuição do número de novos casos de infecção de 3 milhões para 2,7 milhões em 2007 porém, neste mesmo ano, morreram, em consequência da sida, dois milhões de pessoas. No entanto, a taxa de novas infecções por VIH/sida está a aumentar em muitos países, como a China, Indonésia, Quénia, Moçambique, Papua Nova Guiné, Rússia, Ucrânia e Vietname. A incidência está também a aumentar em países como Alemanha, Austrália e Reino Unido. Alguns dos países mais afectados estão a realizar melhorias significativas na prevenção de novas infecções por VIH/sida, como é o caso do Ruanda e do Zimbabué, onde a utilização do preservativo aumentou entre jovens com vários parceiros sexuais.

De acordo com o relatório bianual da ONUSIDA referente a 2008, verificam-se melhorias significativas nos esforços de prevenção, apesar de não serem suficientes para fazer retroceder a epidemia. As novas infecções por VIH/sida e as mortes relacionadas com sida diminuem, mas a epidemia não dá tréguas em nenhuma parte do mundo. Estima-se que existem 33 milhões de pessoas a viver com o VIH/sida no mundo.

Portugal ocupa um lugar preocupante em relação aos restantes países da Europa ocidental, no que respeita ao número de cidadãos infectados com o VIH/sida, tendo em conta os indicadores epidemiológicos e sociais (PNPCIVIH/sida, 2007).

De acordo com ONUSIDA (2008), Portugal em 2005 ocupou o segundo lugar no contexto europeu com 2.635 novos casos de infecção. No entanto, em 2006 houve um decréscimo do número de novos casos diagnosticados ocupando por este motivo o quarto lugar em relação aos restantes países europeus.

Em Portugal, o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em Outubro de 1983. Desde essa data até 31 de Dezembro de 2006 “foram notificados ao CVEDT, 30.366 casos de infecção VIH/sida” (PNPCIVIH/sida, 2007, p.11).

Do total de casos notificados no período antes referido verificou-se que “45% corresponderam a utilizadores de drogas injectáveis, 37,5% considerados associados a transmissão heterossexual, 11,9% a transmissão homossexual e 5,6% a outros modos de transmissão”.Constata-se ainda que “dos 13.515 casos de SIDA, 17,7% ocorreram em mulheres, 84,6% no grupo etário compreendido entre os 20 e os 49 anos, 3,3% correspondem a infecções por VIH-2 e 1,4% a infecção simultânea por VIH-1 e 2” (Ibidem).

Em 2007 foram diagnosticados 965 casos de infecção por VIH/sida em Portugal, elevando a 32.491 os casos de infecção desde 2000. Destes, 320 correspondem a casos de SIDA. Em Dezembro do mesmo ano, o maior número de casos notificados continua a observar-se nos indivíduos toxicodependentes com 43,9%. Segue-se a transmissão por via heterossexual com 38,8%, a homossexual masculina com 12% e as restantes vias de transmissão com 5,3%. A percentagem de mulheres infectadas com VIH/sida é de 17,9%, em que 84,2% corresponde ao grupo etário entre os 20 e os 49 anos de idade (CVEDT, 2007).

No início, julgava-se que esta doença atingia preferencialmente determinados grupos considerados de risco quer pelo seu estilo de vida, quer pelos tratamentos de saúde efectuados. Desta forma consideravam-se os homossexuais, bissexuais, toxicodependentes, hemofílicos e outros indivíduos que estivessem sujeitos a múltiplas transfusões de sangue ou de outros produtos hemáticos como os principais grupos de risco (DGS, 2000).

A transmissão heterossexual da doença, com excepção dos países africanos, julgava-se pouco frequente (DGS, 2000). No entanto, de acordo com Oliveira (2008), os heterossexuais são actualmente o grupo mais atingido pelo VIH/sida, bem como o mais representado em termos sócio-demográficos o que significa que, do número de casos notificados, a proporção de heterossexuais para homo e bissexuais varia entre 2,6:1 e 3,9:1. Deste modo, constata-se que embora o número de indivíduos heterossexuais infectados seja maior do que o dos homo e bissexuais, o risco relativo não é o mesmo. Assim, existem, proporcionalmente, mais casos de VIH/sida entre homo e bissexuais do que entre os heterossexuais e que a probabilidade de ser-se

infectado com VIH/sida num encontro sexual homossexual é maior do que num encontro heterossexual.

O PNPCIVIH/sida (2007) corrobora a afirmação anterior ao referir que os dados mais recentes sugerem um aumento da incidência da infecção nesta população.

Em Fevereiro de 2005, segundo o CVEDT (2005), a infecção por VIH/sida foi considerada como doença de declaração obrigatória, em que todos os casos de infecção, independentemente do estadio, devem ser notificados para o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

3.2- VIH/sida e Preservativo

A Sida, considerada pandemia mundial, numa fase inicial apareceu nos hospitais. Era considerada como fenómeno médico até ao momento em que se verificou que a sua propagação dependia do modo de comportamento dos indivíduos na sociedade. A partir desta fase a doença tornou-se num problema universal das civilizações industrializadas e dos países em desenvolvimento (Santos, 1993).

Em Dezembro de 2001, estimava-se haver, em todo o mundo, 40 milhões de indivíduos contaminados pelo VIH/sida, dos quais 18,5 milhões eram mulheres, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, em idade reprodutiva (Silveira e Santos, 2005).

Com o aumento do número de infecções VIH/sida diagnosticadas entre heterossexuais verifica-se, da mesma forma, um aumento do número de mulheres contaminadas (Idem).

Actualmente, as mulheres são consideradas vulneráveis face ao VIH/sida quer pelas características anatomofisiológicas, bem como pela sua condição social, económica e cultural. O papel que desempenham no seio familiar como prestadora de cuidados, parceira sexual e de mãe coloca-a face aos desafios de uma doença grave como o VIH/sida tornando-a, simultaneamente, “vítima e portadora/mensageira” (Chaves *et al.*, 2005, p.100).

Na década de 80 constatou-se um aumento rápido do número de mulheres infectadas com VIH/sida. Estas constituíam 9% dos primeiros 100.000 casos de indivíduos infectados (Idem).

Segundo dados do CVEDT, em Junho de 2006, verifica-se uma percentagem de 17,5 de mulheres infectadas com VIH/sida e de 17,7% em Dezembro do mesmo ano. Em Junho de 2007 a percentagem de mulheres infectadas é de 17,8 e em Dezembro do referido ano é de 17,9%.

As mulheres jovens com idades compreendidas entre os 25-29 anos, de acordo com os dados do CVEDT de 2006 e 2007, demonstram ser as mais afectadas pelo vírus VIH/sida.

As IST e o aparecimento do VIH/sida influenciaram de maneira decisiva a sexualidade humana durante o século XX. Até então, essa questão era tratada com reservas e pudor pela saúde pública (Pelaes, 2005).

A prevenção da gravidez indesejada, e das IST sempre fizeram parte das civilizações urbanas. O aparecimento das cidades criou a necessidade de planear o crescimento e a produção de alimentos. O nascimento de filhos fora da união oficial sempre foi motivo de escândalo social. Tudo isso levou à criação de métodos capazes de evitar a gravidez, sem, no entanto, impedir o prazer do acto sexual (Idem).

Os chineses foram os criadores da primeira versão do preservativo que consistia num papel de seda humedecido com óleo. Os japoneses também utilizavam um mecanismo semelhante (Idem).

Os egípcios utilizavam métodos contraceptivos desde 1850 a.C. As mulheres colocavam na vagina produtos para impedir a passagem ou matar os espermatozóides. Utilizavam fezes de crocodilo, por possuírem pH alcalino, tal qual os espermicidas modernos, gomas e uma mistura de mel e bicarbonato de sódio. Os homens utilizavam protectores para o pénis, confeccionados em linho ou a partir de intestino de animais (Idem).

A mitologia grega criou o preservativo para o Ocidente. O rei Minos, filho de Zeus e Europa, era casado com Pasiphë. O monarca era conhecido pelo seu amor pelas mulheres e pelas suas inúmeras amantes. Por obra de Pasiphë, Minos passou a

ejacular serpentes, escorpiões, que matavam todas aquelas que tivessem relações sexuais com o soberano. Pasiphë era imune ao feitiço aplicado a Minos, mas este tornou o rei incapaz de procriar. Minos, no entanto, apaixonou-se por Procris. Para evitar que a relação com Minos lhe trouxesse a morte, Procris introduziu na vagina uma bexiga de cabra. Os monstros ficaram aprisionados na bexiga e Minos voltou a poder ter filhos (Idem).

Na era Renascentista o preservativo já era utilizado especialmente como medida de protecção das infecções transmitidas sexualmente. Através de Gabrielle Fallopio, em 1564, é criada uma cobertura de linho para a glande com capacidade de evitar a infecção por sífilis ao passo que, em 1700 já existiam preservativos feitos de bexigas de animais ou de peles finas (Idem).

No século XVII, um médico inglês conhecido como doutor Condom, alarmado com o número de filhos ilegítimos de Carlos II da Inglaterra (1630-1685), criou para o rei uma protecção feita com intestino de animal. Este episódio também contribuiu para a difusão do preservativo (Idem).

Em 1870, surgem os primeiros preservativos de borracha considerados mais resistentes e lisos do que os utilizados até ao momento. No entanto, o preço destes preservativos não estava ao alcance de todos os cidadãos, além de serem considerados pouco cómodos. A sua associação à prostituição bem como, às doenças venéreas diminuiu a sua aceitação e utilização no Séc. XIX. É durante a I Guerra Mundial que o uso do preservativo aumenta consideravelmente, sendo os principais utilizadores os militares. Os preservativos de látex passam a substituir os de borracha a partir dos anos 30 (Oliveira, 2008).

Com o aparecimento da SIDA nos anos 70, a utilização do preservativo demonstra ser uma das mais importantes armas de luta contra o VIH/sida. O uso do preservativo de forma correcta e assídua reduz em 90% o risco de transmissão do VIH/sida (Oliveira, 2008). Estudos laboratoriais e epidemiológicos têm revelado que o preservativo é eficaz contra uma ampla variedade de IST (Silveira e Santos, 2005). O PNSR (2008) corrobora a afirmação anterior e acrescenta que o preservativo além de conferir protecção contra as IST, protege o surgimento de uma gravidez não desejada/ não planeada.

Entre 2005 e 2007, a proporção de mulheres grávidas seropositivas que fizeram terapia antirretrovírica para prevenir a transmissão materno-infantil do VIH/sida passou de 14% para 33%. No mesmo período, o número de novas infecções entre crianças diminuiu de 410 mil para 370 mil (ONUSIDA, 2008).

O preservativo masculino e feminino são métodos contraceptivos de barreira e têm a mesma eficácia, podendo surgir 5 a 15 gravidezes em 100 mulheres/ ano. Entre outros aspectos diferem no preço, sendo o preservativo feminino mais dispendioso (PNSR, 2008).

O preservativo masculino é utilizado, em todo o mundo, por aproximadamente 45 milhões de casais em idade fértil como método de prevenção das IST, onde se inclui VIH/sida, bem como método contraceptivo (Silva Oliveira *et al.*, 2008).

Segundo Kalckmann (2006), baseado em Mane e Aggleton (1999) e UNAIDS (2006), a vulnerabilidade da mulher ao VIH/sida tem vindo a aumentar nos países ditos desenvolvidos e nos em vias de desenvolvimento. Como possível justificação para esta realidade salienta-se a violência sexual de que muitas mulheres são vítimas, ou o medo da sua ocorrência como causa impeditiva para a negociação do uso de preservativos masculinos com os parceiros sexuais, o que permite a prática de relações desprotegidas.

Surge a necessidade de “feminilização” da doença (Kalckmann, 2006), através da disponibilização do preservativo feminino na comunidade, como forma de ampliar as possibilidades de protecção da população feminina e de diminuir a desigualdade entre os casais, possibilitando à mulher a prática de sexo seguro. Assim, existe uma co-responsabilidade da mulher na prevenção da disseminação do VIH/sida (Silva Oliveira *et al.*, 2008).

O preservativo feminino foi criado no final dos anos 80 por Lasse Hessel. Esta médica acreditava que por meio deste mecanismo era possível às mulheres controlar, eliminar ou facilitar a negociação do uso de protecção (Kalckmann, 2006).

O seu uso é recomendado pela OMS, bem como por outras organizações internacionais uma vez que é considerado como uma importante alternativa contra a pandemia do VIH/sida (Idem).

A utilização do preservativo feminino não exige condições clínicas específicas no entanto, é habitualmente melhor aceite pelas mulheres que conhecem bem o seu corpo. A falta de intimidade com o próprio corpo é considerada a principal barreira para a utilização do preservativo feminino. No entanto, durante a realização de um estudo acerca da aceitabilidade do preservativo feminino, realizado no Brasil, com a participação de 2.453 mulheres, constatou-se que 97,1% das participantes demonstraram desejo de experimentar; 70,1% continuavam a usar o método 90 dias após o estudo e 63,3% referiram preferir o preservativo feminino ao masculino. Ainda neste estudo, 56,2% dos homens referiram algumas vantagens do uso deste preservativo em comparação com o masculino (Silva Oliveira *et al.*, 2008).

Os principais motivos da população masculina para opinarem de forma positiva ou negativa sobre o preservativo feminino estão relacionados, principalmente, com o conforto, as dificuldades de erecção, a ejaculação precoce ou a impotência (Kalckmann, 2006).

Num estudo realizado a médicos e enfermeiros de instituições públicas de referência para prestação de cuidados a utentes com IST, em Fortaleza, constatou-se que a maioria não estava apta a promover o uso do preservativo feminino, uma vez que desconheciam características fundamentais deste método, contribuindo, assim, para a fomentação de mitos, criação de barreiras e promoção de insegurança. Os profissionais de saúde que exercem funções na área da saúde sexual e reprodutiva, especialmente no diagnóstico e tratamento das IST, devem estar bem informados sobre o preservativo feminino, uma vez que são responsáveis pelo incentivo do seu uso e desmistificação (Silva Oliveira *et al.*, 2008).

Na luta contra a disseminação do VIH/sida é importante consciencializar, de forma eficaz, para o aumento do uso de preservativos em indivíduos infectados uma vez que “há escassa consciência que a infecção constitua um grave problema para o país, que a SIDA constitua um real problema grave de saúde pública em Portugal” (PNPCIVIH/sida, 2007, p.18). Num estudo desenvolvido no nosso país, verificou-se em “22% dos inquiridos o uso consistente do preservativo no último ano e 20% dissera ter utilizado preservativo na última relação sexual” (2007, p.13).

O facto de existir um “período de janela entre o momento da infecção e a seropositividade, e o alongamento do tempo entre seropositividade e a instalação da *sida*, fazem com que as pessoas infectadas transmitam a doença sem que elas

próprias ou os seus parceiro (a)s sexuais se apercebiam disso” (Oliveira, 2008, p.64). Por outro lado, a melhoria do estado de saúde e a redução da carga viral, resultantes da mais moderna terapia antiretroviral, podem induzir, no indivíduo contaminado com VIH/sida, sensação de diminuição da necessidade de práticas seguras (Silveira e Santos, 2005).

Existe forte correlação entre as medidas educacionais na promoção do uso do preservativo e a redução da transmissão do VIH/sida e de outras infecções. Por outro lado, focar as medidas educacionais para a prática de comportamentos saudáveis em indivíduos infectados com VIH/sida parece ser mais eficaz do que à população geral, uma vez que existe maior efeito na disseminação da epidemia quando as sessões de educação para a saúde são dirigidas aos indivíduos infectados e que estes, demonstram um grau de altruísmo preventivo habitualmente maior que os esforços de auto-protecção dos VIH/sida negativos (Idem).

De modo geral, as intervenções dirigidas aos portadores de VIH/sida envolvem técnicas para melhorar a qualidade de vida e promover a reflexão sobre o comportamento do indivíduo e suas consequências. Devem ser evitados juízos de valor e recriminações. Os modos de prevenção devem ser recomendados (Idem).

Um homem ou uma mulher seropositivos são, teoricamente, considerados por Chaves *et al.*, (2005) inférteis uma vez que a prática de relações sexuais desprotegidas coloca em risco a/o companheira(o) e os futuros filhos. A decisão de ter ou não filhos é pessoal porém, as pressões a que os casais estão sujeitos geram conflitos internos que tornam a decisão de gravidez marcada pela ansiedade.

O mau prognóstico materno e do lactente encontra-se associado ao consumo de drogas, gravidez não vigiada e infecção por VIH/sida não detectada e medicada. No sentido de reverter esta situação é importante, ao nível da prevenção primária, reprodução e cuidados pré-natais, incentivar as mulheres a realizar o teste de despiste da infecção VIH/sida uma vez que a detecção precoce da doença permite limitar a transmissão vertical (Idem).

Segundo a RPTIVIH/sida (2007), a maioria dos casos de infecção por VIH/sida em recém-nascidos e crianças é devida à transmissão vertical o que corrobora com a necessidade de prevenção antes expressa, apesar de 75% dos filhos de mães com VIH/sida nascer não infectado.

Muitas mulheres não conhecem o verdadeiro passado sexual e/ou toxicodependente do seu companheiro, ou julgam-se imunes ao risco de contrair VIH/sida pelo que, 40% das mulheres seropositivas são diagnosticadas após a confirmação da gravidez através de exames de rotina pré-natais (Chaves *et al.*, 2005)

A transmissão vertical do VIH/sida pode ocorrer no período pré-natal, perinatal (incluindo o momento do parto) e no pós-natal através do aleitamento materno e, embora não se conheça a proporção exacta de transmissão destas vias estima-se que cerca de 65% dos casos possa ocorrer no pré-natal, 23% no perinatal e 12% no pós-natal (RPTIVIH/sida, 2007).

A profilaxia com zidovudina (AZT) inicia-se na 14^a semana de gestação uma vez que no período anterior não são conhecidos os efeitos teratogénicos da medicação sobre o feto (Chaves *et al.*, 2005).

Estudos demonstram que antes do início da profilaxia com AZT a taxa de transmissão vertical de VIH-1 na Europa Ocidental e Estados Unidos era de 15 a 25% e de 25 a 40% em África e na Ásia. A transmissão vertical de VIH-2 também é possível, embora menos frequente. A utilização simultânea de AZT e de tratamento anti-retrovírico com associação de vários fármacos nas grávidas diminui o risco de transmissão vertical para valores abaixo dos 2% (RPTIVIH/sida, 2007).

Na prevenção da transmissão vertical de VIH/sida está incluído o planeamento do momento do parto com marcação atempada de cesariana electiva. Desta forma, a realização de cesariana electiva antes do início do trabalho de parto e da rotura de membranas reduz em cerca de 50% o risco de transmissão vertical do VIH/sida, que quando associado a terapêutica anti-retrovírica, como atrás mencionado, não excede os 2%. Por outro lado, a profilaxia com AZT na gestação, em perfusão durante o parto e posteriormente administrado ao recém-nascido nas primeiras 6 semanas são factores que também contribuem para a diminuição da transmissão do VIH/sida mãe-filho (Idem).

Segundo a Agência Lusa (2007), a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA iniciou, em 2002, uma acção de sensibilização para a importância da realização do teste do VIH/sida pelas mulheres que pretendem engravidar ou estão grávidas. Sob o slogan “Antes de pensar na cor (das botinhas do bebé) faça o teste da SIDA”. A campanha

pretende diminuir a transmissão da infecção mãe-filho, aconselhando e incentivando a realização dos testes na Rede Nacional de CAD.

3.3- VIH/sida e Toxicodependência

A dependência do tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas estão, hoje, entre as principais doenças sociais, provocando enorme morbidade e mortalidade, gerando um flagelo mundial. A sociedade actual mostrou-se totalmente incapaz de inverter esta situação catastrófica.

A OMS refere que as drogas ilícitas são responsáveis por 2% das mortes a nível mundial. De acordo com o OEDT (2008), os indivíduos consumidores de drogas apresentam taxas de mortalidade entre seis a cinquenta e quatro vezes mais elevadas que a população geral devido, principalmente, às *overdoses* e, nalguns países, à infecção pelo VIH/sida.

A realização de um inquérito sobre a atitude e percepção dos jovens em relação à droga demonstrou que 81 a 96% dos inquiridos considerou que o consumo de heroína, cocaína e ecstasy estava associado a risco elevado. No entanto, o consumo de cannabis, para 43% dos jovens inquiridos, apresenta risco moderado para a saúde, semelhante ao risco do consumo de tabaco, sendo esta droga a que se encontra mais frequentemente associada às infracções à legislação (Idem).

As alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e ao consumo de substâncias ilícitas induzem a prática de comportamentos de risco, entre eles relações sexuais não protegidas com preservativo, relações com múltiplos parceiros (as), bem como a troca de seringas e agulhas e demais material utilizado pelos toxicodependentes por via endovenosa (PNPCIVIH/sida, 2007).

O VIH/sida tem como via de transmissão as relações sexuais não protegidas, o contacto com sangue contaminado e a gravidez/ amamentação de mãe infectada.

A transmissão relacionada com a dádiva de sangue e órgãos é praticamente inexistente devido às actuais medidas rigorosas de controlo. A transmissão mãe-filho situa-se abaixo dos 2% graças à vigilância pré-natal e à programação do parto (Idem).

O consumo de droga de forma injectada associa-se a variados problemas de saúde como são exemplo as infecções transmitidas por via sanguínea, incluindo o VIH/sida e a Hepatite C. Embora, a variação na percentagem de consumidores de droga injectada sugira que existe uma tendência para o abandono desta forma de consumo, na Europa Oriental, a via intravenosa continua a ser a via de administração de heroína mais utilizada (OEDT, 2008).

Especificamente nas mulheres toxicodependentes a transmissão sexual do VIH/sida tem papel adicional à transmissão por via endovenosa. Um número considerável de mulheres aditas de substâncias ilícitas por via endovenosa procuram relações sexuais remuneradas para adquirir droga. A prevenção neste grupo de risco é fundamental visto que a utilização de meios contraceptivos eficazes é relativamente baixa e os contactos sexuais não protegidos com múltiplos parceiros são frequentes (Chaves *et al.*, 2005).

O número de infecções recentes por VIH/sida, de acordo com o OEDT (2008) tem vindo a decrescer na Europa, embora existam diferenças entre os países. Enunciam-se como responsáveis por este decréscimo a diminuição do consumo de droga de forma injectada, a maior implementação de medidas de prevenção, de tratamento e redução de danos, que incluem o tratamento de substituição e os programas de troca de agulhas e seringas.

A Associação Nacional das Farmácias criou o programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” em Outubro de 1993, com o objectivo de recolher ou trocar seringas nos postos móveis; nos centros de parceria, como é exemplo a Associação Abraço e nas farmácias aderentes.

Com base nos valores do relatório referente ao período entre Outubro de 1993 e Dezembro de 2007 constata-se que foram recolhidas/trocadas 40.594.144 seringas. Através da análise do relatório verifica-se que o número de trocas aumentou progressivamente entre 1994 e 1997, atingindo um pico. Manteve-se estável nos anos de 1998 e 1999, voltando a aumentar em 2000, cujos valores se mantiveram em 2001. Em 2002 observou-se uma diminuição acentuada do valor total de trocas, que se manteve estável em 2003. Nos anos de 2004 e 2005 ocorreram ligeiros aumentos, verificando-se, novamente, uma ligeira diminuição em 2006 e, posteriormente, em 2007 (anf, 2007).

Portugal, Estónia e Letónia apresentam uma diminuição de infecção por VIH/sida, apesar de continuarem a registar valores desproporcionalmente elevados de novas infecções e de serem, por este motivo, “responsáveis por uma percentagem significativa dos novos casos de VIH/sida na Europa, atribuídos ao consumo de droga” (OEDT, 2008, p.16).

Ao contrário da Estónia e da Letónia, onde os valores estabilizaram, Portugal apresenta um decréscimo do número de recentes infectados por VIH/sida em 2005/2006 (Idem).

De acordo com o CVEDT (2005), existe um aumento proporcional do número de casos de infecção por VIH/sida entre heterossexuais e uma diminuição, também proporcional, dos casos de infecção associada ao consumo de drogas ilícitas.

Presentemente, a infecção pela via parentérica é de 36,4%, valor inferior ao da transmissão heterossexual (51,5%). A redução deste valor pode ser justificada pelo aumento dos casos de infecção entre heterossexuais bem como, pelas campanhas de incentivo a evitar comportamentos de risco e pela alteração dos padrões de consumo (PNPCIVIH/sida, 2007). Porém, segundo OEDT (2008, p. 87), apesar da diminuição do número de casos em 2006 (22,4 casos novos por milhão de habitante), comparativamente com o ano 2005 (29,9 casos novos por milhão de habitante),” Portugal continua a ser o país com maior incidência de SIDA relacionada com o consumo de droga injectada”.

Como foi dito anteriormente, existe uma grande tendência para o aparecimento de doenças infecto-contagiosas entre os consumidores de drogas. Para reduzir a propagação e respectivas consequências deste tipo de patologia é importante tratar o problema da toxicodependência, incluindo o tratamento de substituição; informar e aconselhar na área da saúde; distribuir de forma gratuita seringas e agulhas esterilizadas; realizar sessões de educação para a saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, com a distribuição de preservativos bem como, sobre o consumo de drogas (OEDT, 2008).

No entanto e para que a prevenção seja o mais eficaz possível deveríamos ter presentes os dados apresentados pela OEDT (2006) relativos ao consumo de drogas entre os estudantes de 15-16 anos que segundo a mesma revelam tendências

preocupantes. Neste sentido, serão os adolescentes um grupo prioritário de intervenção no âmbito preventivo de toxicodependências.

4- ADOLESCÊNCIA

A palavra “adolescência” advém do latim “*adolescere*”, que significa crescer. Consiste numa fase da vida que pode ser definida pelas dimensões psicológica, biológica, histórica, política, económica, social e cultural (Serra, 2001).

A OMS (1965), referenciada por Serra (2001) faz referência à dimensão biológica e psicológica da adolescência, estando esta compreendida na faixa etária entre os 10 e os 19 anos. Durante este período de desenvolvimento a vários níveis existem diversas alterações que são influenciadas por factores hereditários, ambientais e psicológicos.

Segundo Bagagem (1998, p.14) com base em Almeida (1990), Coleman (1990) e Cordeiro (1988), a adolescência é um período caracterizado por grandes mudanças a nível físico, psicológico e afectivo. “Os adolescentes passam por fases de grande instabilidade e desequilíbrios extremos perturbantes e perturbadores, mas que são necessários para a formação da sua identidade e desenvolvimento da personalidade”. Ainda não alcançaram a maturidade, o que dificulta a estabilidade e a moderação das suas atitudes.

O desejo de se libertarem das regras dos pais para se afirmarem como “gente crescida” leva-os a criticar os princípios de autoridade dos pais, professores e de todas as estruturas hierárquicas, ou de autoridade. Este desejo vai conduzi-los muitas vezes a comportamentos exagerados em que os próprios poderão ser vítimas das suas tomadas de decisão por vezes extremistas. Durante este período a relação entre pais e filhos não é fácil uma vez que os jovens vivem transformações que podem destabilizar a harmonia do lar (Bagagem, 1998).

4.1- Consumo de Drogas

Vivemos actualmente numa época em que se usa e abusa de drogas. Este uso abusivo verifica-se em todas as classes sociais, onde os jovens têm acesso fácil ao armário de medicamentos dos pais, que incluem desde os barbitúricos, às anfetaminas

e aos tranquilizantes. Muitos jovens iniciam o consumo de drogas desta forma porém, a génese da toxicodependência é quase sempre multi-causal (Idem).

Como já foi anteriormente referido, o consumo de drogas é um problema grave dos jovens provenientes de todas as classes sociais, mas também dos adultos. Alguns deles iniciaram o consumo há 15, 20 ou mais anos, enquanto que outros encaminharam-se para a toxicodependência numa fase mais tardia, com mais de 40 anos. Deste modo, verifica-se que a toxicodependência é um problema social grave, uma vez que cabe à sociedade suportar os malefícios da droga com todos os seus custos aos mais variados níveis (Idem).

Quanto mais cedo o jovem se torna toxicodependente, mais complicado se torna o processo de tratamento e reinserção social. A dependência das drogas torna as pessoas apáticas sem motivação, nem sequer para viverem (Idem).

A mentira é usada pelos toxicodependentes ao mais elevado nível que é possível bem como, todo o tipo de chantagem para conseguirem concretizar os seus desejos. Mantêm-se numa situação de infantilidade perante a vida (Idem).

Durante o percurso da toxicodependência surgem problemas de saúde como sejam as hepatites B e C; a má nutrição e magreza extrema; a falta de apetite; as cáries dentárias; o alcoolismo, uma vez que a maioria dos toxicodependentes aumenta o efeito das drogas com o álcool; o tabagismo; alterações gastrointestinais; o VIH/sida e ainda a elevada sinistralidade nas estradas (Idem).

O início do consumo de droga na vida de muitos indivíduos surge como uma saída para o alívio do sofrimento, negação da realidade, bem como forma de obter algum prazer imediato (Idem).

O uso de drogas durante a adolescência pode agir como factor de desorganização da personalidade, podendo provocar a despersonalização corporal, a angústia profunda, estados psicóticos agudos com perturbações da consciência, alucinações e convicções paranoides (Idem).

4.2- Estádios do Consumo de Droga

Num estudo desenvolvido por Lemaire (1996) verificou-se, através da observação clínica de cinco mil toxicodependentes, o aparecimento de quatro estádios na evolução da doença, considerando apenas os dois últimos como estádios de toxicodependência instalada. No entanto, a passagem pelos dois primeiros estádios é obrigatória.

Do estudo desenvolvido constatou-se que 80% dos participantes adolescentes experimentaram um “charro” juntamente com os amigos para não serem excluídos do grupo ou, simplesmente para ver qual a sensação. Por outro lado, verificou-se que 90% dos toxicodependentes fumaram haxixe antes de experimentar drogas duras, pensando que não era droga (Idem).

O primeiro estádio é considerado o da “contaminação”, em que 90% dos jovens não ultrapassa, seja pela falta de prazer, por medo, ou ainda porque preferiram as actividades habituais. Nesta fase a contaminação actua como vacinação (Idem).

O estádio dois é ocupado pelos consumidores ocasionais, que consomem por prazer ou por pertencerem a um grupo que por vezes consome. Neste patamar, alertar sobre os perigos da droga pode fazer com que os consumos terminem (Idem).

Os consumidores habituais abrangem o terceiro estádio. A dependência instalou-se. Estes jovens fumavam vários “charros” por dia e ocasionalmente outras drogas tais como, anfetaminas, tranquilizantes, LSD, ecstasy e cocaína ou heroína inalada. O comportamento altera-se e verifica-se o abandono escolar. Poderá surgir também alguma delinquência ou prostituição como forma de obter o dinheiro necessário para o consumo (Idem).

O quarto estádio é o da toxicodependência verdadeiramente instalada. Trata-se por vezes de uma politoxicodependência, onde a dependência é total. A degradação física e psíquica e as doenças infecciosas são frequentes. A cura é difícil, a reinserção social é demorada e os insucessos são frequentes devidos às várias recaídas (Idem).

De acordo com Loureiro *et al.*, (2000, p.85) baseado em Coelho (1998), o estado de intoxicação crónica ou periódica causada pelo consumo repetido de uma droga natural ou sintética, de forma voluntária é denominada por toxicodependência. De acordo com

este autor são perceptíveis três etapas ao longo deste processo nomeadamente: “desejo invencível e compulsivo de continuar a consumir droga e de a obter por qualquer meio; tendência a aumentar o conteúdo das doses (tolerância); dependência física e psíquica aos efeitos da droga que consiste no aparecimento de um conjunto de sinais físicos e psíquicos assim que o consumo é interrompido de forma brusca”.

O recurso à droga tem vindo a alterar-se ao longo do tempo. O consumo de drogas teve diversos objectivos, como por exemplo, rituais, diagnósticos, meios terapêuticos, ou seja, era aceite socialmente. A partir de meados do século XIX verificou-se uma ampliação e aumento do consumo da droga devido especialmente “à maior disponibilidade de produtos, desenvolvimento dos sistemas de comunicação, factores socio-económicos, emigração e urbanização, alteração a nível dos valores sociais e da mentalidade em geral, bem como à exploração dos outros por pessoas sem escrúpulos” (Loureiro *et al.*, 2000, p.86).

Atendendo a toda esta problemática, que julgo importante combater, torna-se necessário agir. Apostar na reinserção social é uma das formas de combate deste flagelo social que consiste num problema de saúde pública actual e, aparentemente, sem fim.

5- DO CONSUMO DE DROGAS À REINserÇÃO SOCIAL

O indivíduo não existe sozinho pelo contrário, vive numa sociedade composta pelos diversos sub-sistemas que constituem a sua rede social de apoio que lhe permite crescer e viver. A família, os amigos e as actividades do quotidiano fazem parte da vida de qualquer indivíduo (Gama, 1996).

De acordo com o OEDT (2008), verificou-se nos últimos anos um aumento considerável do número de indivíduos consumidores de droga em tratamento devido à sua dependência e, actualmente, em vários países, uma percentagem significativa de consumidores de opiáceos submetem-se a tratamento de substituição a longo prazo.

Na vida de um indivíduo toxicodependente o consumo sistemático de drogas leva à ruptura de todos os sub-sistemas. A rede de suporte deixa de existir restando apenas o agregado familiar, na maioria das vezes destruído. A família do toxicodependente é afectada a nível profissional, de relacionamento, económico, entre outros, o que impede o desempenho de um papel de suporte do indivíduo toxicodependente (Gama, 1996). Surge uma questão fulcral que consiste em saber até que ponto os utentes podem ser reintegrados socialmente e retomar um estilo de vida dito normal (OEDT, 2008).

Actualmente, surge uma nova perspectiva associada ao conceito da droga e da toxicodependência, ou seja, a cidadania e a reinserção social (Ferreira, 2001).

A reinserção baseia-se na “reestruturação das redes sociais de apoio, na reconstrução do micro-social. Implica um processo de mudança, faz parte integrante do tratamento”. O processo terapêutico que não tenha presente esta vertente e o grau de dificuldade que ela tem para o toxicodependente, dificilmente terá sucesso (Gama, 1996, p.255).

Para o toxicodependente abandonar o uso de drogas é uma tarefa tão difícil como acatar as regras do mundo dito normal. Durante o período de consumo os indivíduos isolam-se, não têm que se relacionar com ninguém porque os outros nem sequer são

amigos. Já não sabem conversar, estar com os outros bem como, resistir às frustrações o que dificulta a reinserção na sociedade (Idem).

O início da actividade profissional é considerado como um dos principais elementos para alcançar a reintegração na sociedade e constitui um bom prognóstico. Todavia, a reinserção no mercado de trabalho é habitualmente difícil devido às poucas qualificações, baixa escolaridade e, por vezes, à dificuldade das entidades patronais em contratar indivíduos dependentes de substâncias ilícitas ou em fase de tratamento de substituição (OEDT, 2008).

O processo de reinserção não pode ser exclusivo dos toxicodependentes. A sua implementação não necessita da criação de serviços específicos para toxicodependentes, uma vez que a dificuldade está em construir as redes sociais de apoio. É importante que os indivíduos consumidores de drogas tenham acesso às estruturas sociais ditas normais, que entrem em contacto com cidadãos não toxicodependentes e que estas estruturas estejam preparadas para actuar em determinados problemas de toxicodependência que começam a surgir. Não deve haver cursos especiais para os toxicodependentes, mas deve haver ao nível dos cursos de formação profissional uma equipa sensibilizada para acompanhar algum problema de insucesso em relação à toxicodependência. Ou seja, os toxicodependentes têm que utilizar recursos normais, simplesmente deverá haver equipas sensibilizadas para este tipo de problemas, para actuarem dentro do próprio serviço. Em suma, verifica-se que a reinserção é um processo individualizado uma vez que os níveis de dependência são diferentes e, do mesmo modo, os níveis de intervenção (Gama, 1996).

A droga e a toxicodependência consistem nos dias de hoje num problema social não apenas ao nível do tratamento, mas essencialmente ao nível da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, o que implica uma intervenção na área da formação, reinserção social, investigação e na articulação/ cooperação de recursos sociais existentes numa rede estruturada de resposta à droga e à toxicodependência (Ferreira, 2001).

O consumo de drogas tem consequências negativas e graves na saúde física e psíquica dos toxicodependentes. Aos problemas de saúde associam-se as dificuldades económicas, sociais e legais. O afastamento de familiares exaustos de

tentativas frustradas de incentivo ao abandono dos consumos e de maus-tratos, torna o indivíduo toxicodependente ainda mais vulnerável.

6- PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS: INTERVENÇÃO PRIMÁRIA

As acções de educação para a saúde têm como principal objectivo incentivar a mudança de comportamentos, o que permite que os cidadãos ampliem os seus conhecimentos tanto acerca de si próprios como sobre os factores que influenciam a sua saúde. Para tal, recorrem a métodos educativos que podem ser colocados em prática através de campanhas em massa feitas pelos mais variados meios de comunicação tendo em conta que os valores pessoais, as crenças, os tabus ou os aspectos culturais podem influenciar o processo de comunicação (DGS, 2007).

O conceito de prevenção permitiu abandonar o plano da doença para se centrar na vertente da saúde e na sua promoção (Melo, 2000).

O recurso à informação como método estratégico, ou seja, o trabalho centrado no aumento do nível de conhecimento da população sobre a toxicodependência é um modo antigo de abordar esta problemática. Deste modo, um indivíduo informado tem capacidade de orientar as suas decisões de uma forma mais consciente e responsável (Idem).

“O recurso a cartazes de rua, spots televisivos, atingem um número muito elevado de pessoas mas não controlam, quer o impacto, quer a compreensão da mensagem” (Idem, p.51).

De acordo com Oliveira, (2008, p.65), com base em Orquídea Lopes (2006), organizar e estruturar uma campanha publicitária, neste caso relativa à prevenção da transmissão do VIH/sida, é uma tarefa complexa. A mensagem utilizada deve, simultaneamente, respeitar “os diversos públicos e as suas sensibilidades, os liberais e os conservadores; os infectados e os não infectados; os homossexuais e os heterossexuais; os brancos e os de cor; os pobres e os ricos; as vítimas inocentes e as vítimas culpadas; o homem/mulher fiel e o homem/mulher infiel”, o que corrobora com a opinião do autor antes referenciado.

A prevenção na área da toxicodependência consiste numa intervenção para evitar que algo considerado negativo ocorra. Habitualmente é uma estratégia que parte do princípio de que o estado anterior a um problema é mais harmonioso e, por isso, alvo de um esforço técnico que permita repor e preservar a sua funcionalidade (Melo, 2002).

Na toxicodependência, o sintoma, que consiste no “uso ou abuso de substâncias psicoactivas, é apenas uma comunicação de um mal maior preexistente que num determinado momento, em função de um conjunto complexo de factores, ganha um novo nível de visibilidade”. Na verdade, o início do consumo repetido de substâncias é precedido de um conjunto de sinais, tais como, “a desmotivação com o universo escolar, expressão de revolta ou, pelo contrário, uma atitude reservada e ansiosa perante o outro, uma ausência de projectos para além do conseguir satisfazer o seu desejo, de pagar o seu prazer ou alcançar a sua aceitação no grupo” (Idem, p.23).

A prevenção da toxicodependência não se resume apenas ao evitar que um determinado grupo inicie o consumo de drogas é, principalmente, procurar, questionar e compreender as razões que levaram o indivíduo a adoptar tal comportamento, é uma intervenção dirigida às motivações que levam, além da experimentação, à perpetuação do comportamento e à criação da relação psicológica com a (s) substância (s) (Ibidem).

A mudança de comportamentos consegue-se apenas quando desejada. Qualquer tentativa de alterar comportamentos, sem que esta mudança seja desejada, resultará no enorme desgaste da equipa técnica e no provável insucesso. “O desejo de mudança, a consciencialização dessa necessidade é um processo lento que poderá beneficiar de um apoio técnico para se concretizar”. Por vezes existem pedidos de mudança que são somente o desejo de evitar a manifestação de um mal-estar social mais generalizado. A prevenção não deve ser justificada deste modo, deve antes centrar-se na mudança real que envolva o todo social (Idem, p.24).

A intervenção preventiva não tem que ser dirigida ao elemento considerado como problemático, mas pode iniciar-se com aqueles que, estando igualmente em sofrimento, se disponibilizam a começar um processo de mudança. Por vezes, o alvo de intervenção parece estar bem definido, mas inacessível. Intervir nos grupos “adjacentes” ou “estratégicos” poderá ser um ponto de partida para atingir indirectamente aqueles que identificamos como o alvo (Idem).

Actualmente verifica-se que a prevenção dirige-se em primeiro lugar aos jovens e, mais recentemente às crianças. Os jovens são considerados o grupo de destaque uma vez que é durante o período da adolescência que se verificam alterações profundas no indivíduo, nomeadamente o “processo de consolidação da identidade, o luto da imagem parental, o novo processo de separação – individuação, a procura de novas referências e grupos de pertença” (Idem, p.25).

A acção preventiva deve centrar-se nas fases de crescimento onde se verificam mudanças repentinas da vida quotidiana de jovens e crianças como são exemplo a passagem do 1º ciclo para o 2º ciclo do ensino básico e a entrada no ensino superior (Idem).

O desenvolvimento de intervenções com jovens suscita questões aos adultos para as quais nem sempre têm resposta. Paralelamente ao trabalho desenvolvido com os jovens devem ser consideradas intervenções com os adultos para melhor os preparar enquanto elementos de referência afectiva e profissional (Idem).

A implementação da prevenção é condicionada pela posição que a intervenção ocupa no contínuo que vai da saúde à doença. Quando a prevenção está próxima da saúde a intervenção assume um carácter de promoção da saúde, visando o bem-estar e a adopção de estilos de vida saudáveis. Esta forma de actuação é designada por prevenção inespecífica uma vez que as estratégias e os métodos utilizados são aplicados não apenas à toxicodependência. As práticas distanciam-se da doença que lhe está na origem sendo por vezes indiciadas de não serem objectivas no combate aos factores de risco inerentes aos fenómenos a combater. Com este tipo de abordagem destacam-se os factores de protecção em detrimento dos factores de risco, mas atendendo ao rigor com que a prevenção tem sido abordada em Portugal, facilmente se desvia desta linha de intervenção para iniciativas que são enquadradas na animação social ou na ocupação de tempos livres (Idem).

A prevenção centrada na doença, denominada prevenção específica, visa o controlo dos factores de risco e é considerada mais rigorosa e objectiva. Habitualmente, esta linha de intervenção procura informar os indivíduos sobre as substâncias e seus efeitos, bem como dos riscos subjacentes ao consumo. As estratégias do tipo educativo/ informativo aproximam-se mais da vertente preventiva, enquanto que a estratégia do tipo desenvolvimentista ou humanista encontra-se mais próxima da promoção da saúde (Idem).

A prevenção deve ser iniciada precocemente incidindo, especialmente, sobre a população adolescente pois esta constitui o grupo populacional mais vulnerável para a adopção de estilos de vida de risco, onde se incluem o início dos consumos de drogas e os comportamentos sexuais de risco. “ Nas mulheres o consumo pode também induzir alterações do ciclo menstrual, com a supressão da hormona luteínica [progesterona] (...) e a possibilidade de existência de ciclos anovulatórios, e pode produzir esterilidade temporária, sobretudo em consumidoras crónicas” (Lorga, 2001, p.52). Desta forma podem surgir gravidezes por amenorreias de consumo e pelo não uso de métodos contraceptivos, que associados à instabilidade “dos padrões menstruais e ovulatórios” (Ibidem) das adolescentes, bem como à imaturidade característica desta faixa etária exige uma actuação preventiva atenta e precoce neste grupo.

II – MATERIAL E MÉTODOS

1- METODOLOGIA

A elaboração de um estudo de pesquisa implica a utilização de uma metodologia científica como base de partida para a aquisição e transmissão de conhecimentos.

O método em pesquisa científica engloba a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenómenos. Os caminhos a adoptar para desenvolver a pesquisa científica são vários, mas existe uma só metodologia, a científica. Esta consiste em delimitar o problema, realizar observações e interpretá-las com base nas relações encontradas, fundamentando-se sempre que possível nas teorias já existentes (Richardson, 1989).

A investigação científica consiste num processo sistemático e rigoroso, que leva à aquisição de novos conhecimentos com vista a obter respostas para questões precisas, que merecem uma investigação. É o método mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que tem como base o processo racional (Fortin, 1999).

Neste capítulo pretende-se descrever de forma sequencial as diversas etapas que orientam a realização deste trabalho.

2- OBJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Os objectivos de um estudo indicam o porquê da investigação. Apresentam-se sob a forma de enunciados declarativos que precisam as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo. Por outro lado, as questões de investigação precisam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas, decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar (Fortin, 1999).

Convicta da problemática do aparecimento de IST, bem como de uma gravidez não planeada/ não vigiada, resultado da prática de comportamentos sexuais de risco pelas mulheres toxicodependentes considero importante a elaboração deste estudo que tem como **objectivo geral**:

- Avaliar a atitude das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz, acerca da predisposição para a prática de sexo seguro.

No decorrer do estudo é necessário determinar os objectivos operacionais, pelos quais o estudo se deve orientar. Deste modo são considerados os seguintes **objectivos específicos**:

- Avaliar a satisfação com o suporte social das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz;
- Avaliar as práticas preventivas das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz através da determinação do uso do preservativo;
- Identificar se os factores “atitude”, “embaraço” e “conhecimento” influenciam, ou não, a utilização do preservativo pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz.

A **questão de investigação** consiste em:

- Qual a atitude das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz acerca da predisposição para a prática de sexo seguro?

3- TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE PESQUISA

Na fase metodológica dos aspectos inerentes ao estudo delimitam-se os métodos que poderão permitir dar resposta à questão de investigação previamente formulada.

Considerando a problemática em questão, assim como o objectivo estabelecido, o estudo a desenvolver é do tipo descritivo – correlacional, de carácter quantitativo. Este tipo de estudo tem por objectivo determinar a relação entre variáveis, com vista a descrever essas relações. Deste modo, pretende-se estabelecer a relação entre determinadas variáveis e as repercussões na predisposição para a prática de sexo seguro.

Atendendo à problemática em estudo bem como à questão de investigação definida a abordagem quantitativa é considerada, neste caso, a que melhor se adequa.

A amostra de estudo foi definida e seleccionado o instrumento que se considera apropriado para efectuar a colheita dos dados, sendo assegurado que o mesmo é fiel e válido. A escolha metodológica é importante para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação (Fortin, 1999).

Um dos instrumentos de medida mais adequados a este tipo de estudo é o questionário.

4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Existem diversos tipos de instrumentos de colheita de dados sendo da responsabilidade do investigador seleccionar o método que melhor se adapta ao seu estudo (Fortin, 1999).

O questionário utilizado no estudo foi gentilmente cedido por Aliete Oliveira, enfermeira mestre em Saúde Pública, cuja dissertação de mestrado foi intitulada pelo “*Uso e o não uso do preservativo numa população jovem – contributo para a compreensão dos factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida*”.

O instrumento de colheita de dados utilizado consiste num questionário de auto-preenchimento, de forma a diminuir qualquer interferência causada pelo observador e a maximizar a privacidade daquele que o preenche. Deste modo, torna-se possível obter junto das inquiridas informações inerentes a factos, ideias e comportamentos, restringindo-as às questões formuladas, impossibilitando alterações no pensamento ou na precisão. Em suma, a escolha do questionário como método de colheita de dados é acertada uma vez que é preenchido pelo inquirido, garante o anonimato, é pouco dispendioso, permite a obtenção de respostas mais verídicas, rápidas e precisas, um grande número de dados e pode aplicar-se a um maior número de indivíduos simultaneamente num curto espaço de tempo.

O questionário aplicado é formado por questões fechadas (questões de resposta múltipla, questões dicotómicas e questões com formato de resposta tipo Likert) e é constituído por três partes. A primeira consiste numa breve introdução com o nome do investigador, objectivo geral do estudo, apelo ao seu preenchimento com garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

A segunda parte consiste numa escala de caracterização sócio – demográfica baseada em Relvas, J.; Lomba, L.; Mendes, F.(2006) onde se pretende caracterizar a amostra, no que diz respeito à idade, estado civil, naturalidade, residência, habilitações literárias, ocupação actual, nível económico e com quem vive.

A terceira parte é composta pelas escalas:

- **Escala de Satisfação com o Suporte Social** (Ribeiro, J.L.P, 1999) cuja finalidade é medir o grau de satisfação com o Suporte Social. Esta escala avalia quatro dimensões que são a “satisfação com a amizade” (itens 3, 12, 13, 14 e 15), “intimidade” (itens 1, 4, 5 e 6), “satisfação com a família” (itens 9, 10 e 11) e as “actividades sociais” (itens 2, 7 e 8). A nota final da escala resulta da soma da totalidade dos itens e varia entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 deverão ser cotados de forma inversa.
- **Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo**, traduzida e adaptada por A. Cunha – Oliveira, J.A. Cunha – Oliveira, J.R. Pita e S. Massano Cardoso (2006). Esta escala pretende avaliar a atitude face ao preservativo, ou seja avaliar a predisposição para aceitar ou não a utilização do preservativo. Está concebida para ser utilizada no âmbito da prática de sexo seguro e da prevenção da transmissão do VIH/sida (Oliveira, 2008). A escala completa é composta por cinco sub – escalas num total de 38 itens. Neste estudo foi utilizada apenas a sub – escala referente à “atitude” que é constituída por 13 itens, com um formato de resposta tipo Likert, com cinco opções que variam entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”. Os itens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 13 deverão ser pontuados de forma inversa. A pontuação da escala varia entre 13 e 65 pontos, sendo o ponto médio 39. Deste modo considera-se que as pontuações entre 13 e 39 pontos indicam predisposição menos favorável à prática de sexo seguro, enquanto que as pontuações entre 40 e 65 pontos indicam uma predisposição mais favorável à prática de sexo seguro.
- **Escala do Embaraço Ligado ao Uso do Preservativo**, traduzida e adaptada por A. Cunha – Oliveira, J.A. Cunha – Oliveira, J.R. Pita e S. Massano Cardoso (2006) que avalia o embaraço que é “vivenciado quando é preciso adquirir preservativos, negociar a sua utilização com o parceiro sexual ou fazer uso efectivo do preservativo durante a relação sexual. O embaraço relacionado com o preservativo define-se como o desconforto psicológico, a auto – consciência e o sentimento de falta de à-vontade associados à compra, negociação do uso e uso do preservativo” (Oliveira, 2008, p.88). A escala é composta por 18 itens, com um formato de resposta tipo Likert, com cinco opções que variam entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”. Nestes 18 itens evidenciam-se três dimensões que avaliam, na primeira a aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

e 12); na segunda a negociação do uso com o parceiro sexual (itens 8,9,10,11 e 13); e na terceira o uso propriamente dito do preservativo (itens 14, 15, 16, 17 e 18). A pontuação final varia entre 18 e 90, sendo o ponto médio 54. Assim, as pontuações que variam entre 18 e 54 indicam baixo nível de embaraço e as que se encontram entre 55 e 90 indicam nível mais alto de embaraço ligado ao uso do preservativo.

- **Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH** traduzido e adaptado por A. Cunha – Oliveira, J.A. Cunha – Oliveira, J.R. Pita e S. Massano Cardoso (2006). A escala completa é constituída por dois sub – testes, em que o primeiro avalia os conhecimentos e o segundo as crenças a respeito da prevenção do VIH/sida. Neste estudo apenas foi utilizado o primeiro sub – teste que é composto por 45 itens com formato de resposta “verdadeiro” e “falso”. Este sub – teste apresenta três dimensões tais como: conhecimentos médicos e científicos (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 20, 26, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 41), mitos sobre a transmissão do VIH (itens 11, 23, 25, 27, 29, 32, 37, 43 e 45) e conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos (itens 7, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 24, 28, 30, 40, 42 e 44). A pontuação final varia entre 0% e 100% de respostas certas.

5 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DE ESTUDO

A população é formada por um grupo de indivíduos possuidores de características comuns. Uma população particular que é submetida a um estudo é denominada “população alvo”. Esta é constituída pelos elementos que integram os critérios de selecção definidos antecipadamente (Fortin, 1999).

A população deste estudo é constituída pelas mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e da Figueira da Foz. Com base nesta população foi delimitada a amostra de estudo que consiste num subconjunto de entidades que compõe a população. A amostragem refere-se a um processo de selecção de uma parte da população para representar a sua totalidade. Atendendo ao tipo de estudo e à necessidade de obter uma amostra significativa, recorreu-se ao método de amostragem não probabilística de natureza acidental, onde as mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e da Figueira da Foz foram incluídas no estudo à medida que se apresentavam na ET. Os critérios de inclusão na amostra de estudo consistem em serem mulheres toxicodependentes em idade fértil, utentes das ET de Coimbra e da Figueira da Foz.

A escolha desta amostra torna-se pertinente uma vez que, de acordo com Lemos *et al.*, (2004), a prevalência de abuso de drogas em jovens adultos, incluindo mulheres, aumentou acentuadamente nas últimas décadas. Um número cada vez maior de mulheres em idade fértil consomem drogas ilícitas e/ou participa em programas de substituição com metadona. Por outro lado, a amenorreia frequente nas mulheres toxicodependentes leva-as a crer que a possibilidade de engravidarem é remota. A mulher consumidora de drogas, segundo Frazão *et al.*, (2001) não recorre ao uso de métodos contraceptivos ou quando o faz, fá-lo de forma irregular e inadequada, praticando comportamentos sexuais de risco. Deste modo, o risco de contrair IST encontra-se aumentado e a gravidez, na maioria das vezes, é diagnosticada tardiamente.

A amostra do estudo foi constituída por 66 mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e da Figueira da Foz com idades compreendidas entre os 15 e os 50 anos que aceitaram preencher o questionário do estudo, enquanto se encontravam na ET.

6 - FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

“A hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin, 1999, p.102). Neste estudo as hipóteses formuladas são simples, onde se define uma relação de associação ou causalidade entre duas variáveis e não direccionadas, uma vez que se afirma a existência de uma relação entre variáveis mas, não se prediz a natureza dessa relação. Deste modo foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pela satisfação com o suporte social;

H2: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelo embaraço ligado ao uso do preservativo;

H3: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelos conhecimentos sobre o VIH.

7 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, de acordo com a sua utilização na investigação. A operacionalização das variáveis permite a sua mensuração ou quantificação (Fortin, 1999).

Uma variável consiste numa qualquer qualidade, propriedade ou característica de pessoas, objectos ou de situações que são estudadas na investigação. Uma variável pode assumir diversos valores para expressar diferenças, graus e quantidades (Idem). Assim sendo, neste estudo são considerados os seguintes tipos de variáveis:

7.1 - Variável Dependente:

A variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever (Polit e Hungler, 1995). Neste estudo considera-se como variável dependente “*predisposição para a prática de sexo seguro*”.

7.2- Variáveis Independentes:

Consideram-se variáveis independentes aquelas que o investigador manipula num estudo, para observar e medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 1999). Deste modo são consideradas variáveis independentes:

- Satisfação com o Suporte Social;
- Satisfação com a Amizade;
- Satisfação com a Família;
- Satisfação com a Intimidade;
- Satisfação com as Actividades Sociais;
- Embaraço ligado ao uso do preservativo;
- Conhecimentos e crenças sobre VIH/sida;

- Conhecimentos Médicos e Científicos;
- Conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos;
- Mitos sobre a transmissão do VIH.

7.3 - Variáveis Atributo:

As variáveis atributo são também denominadas de caracterização uma vez que permitem caracterizar uma população e podem ser elaboradas pelo investigador de acordo com o seu estudo (Polit e Hungler, 1995). As variáveis atributo são:

- Idade;
- Estado civil;
- Ocupação actual;
- Habilitações literárias;
- Nível económico.

7.4- Operacionalização das Variáveis

A operacionalização das variáveis consiste na sua transformação em conceitos mensuráveis, o que contribui de forma decisiva para o rigor e objectividade do estudo.

7.4.1 - Variável dependente

A predisposição para a prática de sexo seguro implica que os indivíduos sejam formados, informados e alertados para as consequências dos comportamentos sexuais de risco. As IST e/ou uma gravidez não planeada/não desejada são o resultado da prática de sexo desprotegido. Tendo em conta este problema de saúde pública, a utilização do preservativo surge como método contraceptivo e de protecção face às IST. O seu uso é recomendado pela OMS, bem como por outras organizações internacionais uma vez que é considerado como uma importante alternativa contra a pandemia do VIH/sida (Kalckmann, 2006).

Também Oliveira (2008), refere que o uso do preservativo de forma correcta e assídua reduz em 90% o risco de transmissão do VIH/sida.

Estudos laboratoriais e epidemiológicos têm revelado que o preservativo é eficaz contra uma ampla variedade de IST (Silveira e Santos, 2005). O PNSR (2008) corrobora a afirmação anterior e acrescenta que o preservativo além de conferir protecção contra as IST, protege o surgimento de uma gravidez não planeada/não desejada.

A variável dependente **predisposição para a prática de sexo seguro** foi mensurada pela Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo, traduzida e adaptada por A. Cunha – Oliveira, J.A. Cunha – Oliveira, J.R. Pita e S. Massano Cardoso (2006). É constituída por 13 itens, com um formato de resposta tipo Likert, com cinco opções que variam entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”. A pontuação da escala varia entre 13 e 65 valores e o ponto médio da escala é 39, sendo por isso considerado que as mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz que apresentam pontuação entre 13 e 39 são indicadoras de uma predisposição menos favorável à prática de sexo seguro ao passo que, aquelas que se pontuam entre 40 e 65 indicam predisposição mais favorável.

Os itens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 13 deverão ser pontuados de forma inversa.

7.4.2 - Variáveis independentes

As variáveis **satisfação com a amizade** (itens 3, 12, 13, 14 e 15), **satisfação com a intimidade** (itens 1, 4, 5 e 6), **satisfação com a família** (itens 9, 10 e 11) e **satisfação com as actividades sociais** (itens 2, 7 e 8) foram mensuradas através da Escala de Satisfação com o Suporte Social, da autoria de Ribeiro, J.L.P. (1999) constituída por 15 itens e 4 dimensões compostas pelas respectivas variáveis. Os 15 itens apresentam um formato de resposta tipo Likert com cinco opções que variam entre “A – concordo totalmente” e “E – discordo totalmente”, sendo atribuído o valor de 1 a A e o valor de 5 a E. A pontuação final de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão. A nota final da escala resulta da soma da totalidade dos itens e varia entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Atendendo que 45 é o ponto médio da escala considera-se que as mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz que apresentam pontuação entre

15 e 45 não se encontram satisfeitas e que aquelas que se pontuam entre 46 e 75 encontram-se satisfeitas com o Suporte Social.

Os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 deverão ser cotados de forma inversa, o que implica atribuir o valor de 5 aos assinalados com a letra A e o valor de 1 aos assinalados com a letra E.

As variáveis **capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos** (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12); **capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual** (itens 8, 9, 10, 11 e 13) e **uso propriamente dito do preservativo** (itens 14, 15, 16, 17 e 18) constituem, respectivamente, as três dimensões da Escala do Embaraço Ligado ao Uso do Preservativo, traduzida e adaptada por A. Cunha – Oliveira, J.A. Cunha – Oliveira, J.R. Pita e S. Massano Cardoso (2006). Apresenta-se sob a forma de resposta tipo Likert, com cinco opções que variam entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente” nos 18 itens que a constituem. A pontuação varia entre 18 e 90 valores, sendo o ponto médio 54. Deste modo as mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz com pontuação no intervalo de 18 a 54 indicam nível baixo de embaraço ligado ao uso do preservativo enquanto que, as que se pontuam entre 55 e 90 indicam nível mais alto de embaraço.

O Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH, traduzido e adaptado por A. Cunha – Oliveira, J.A. Cunha – Oliveira, J.R. Pita e S. Massano Cardoso (2006), é formado por três dimensões que englobam, respectivamente, as variáveis **conhecimentos médicos e científicos** (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 20, 26, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 41) **mitos sobre a transmissão do VIH** (itens 11, 23, 25, 27, 29, 32, 37, 43 e 45), **conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos** (itens 7, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 24, 28, 30, 40, 42 e 44). É composto na sua totalidade por 45 itens com formato de resposta “verdadeiro” e “falso”. A pontuação final varia entre 0 e 100% de respostas certas.

7.4.3 - Variáveis atributo

A **idade** consiste no número de anos que uma pessoa conta desde o nascimento até à época de que se fala (Costa e Melo, 1995). Neste estudo a variável “idade” foi operacionalizada segundo o número de anos completos que as mulheres em idade fértil utentes das ET de Coimbra e Figueira da Foz possuem até ao momento do

preenchimento do questionário. De forma a obter informação relativa a esta variável, foi elaborada uma questão aberta que permite caracterizar a amostra tendo sido agrupada em classes.

A variável **estado civil** pode assumir a designação de solteiro, casado, divorciado, separado e viúvo (Código Civil Português, 2008). Neste estudo acrescentou-se o item “união de facto”. Esta variável é avaliada através de uma questão fechada.

A variável **ocupação actual** é entendida como “emprego, ofício, trabalho” que o indivíduo desempenha, ou não, na sociedade na época em que se fala (Costa e Melo, 1995, p.1184). No estudo foi avaliada através de uma questão fechada. Para a caracterizar e facilitar a sua mensuração foram definidas as seguintes categorias: “estuda, estuda e trabalha, trabalha, inactiva, serviço militar e outra”.

No que respeita à variável **Habilitações literárias**, segundo a lei de bases do sistema educativo nacional (Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro), o ensino encontra-se dividido em vários níveis tais como: analfabeto, ensino básico, ensino secundário e ensino superior. A operacionalização desta variável contou com as seguintes categorias: “até ao 9º ano, do 9º ao 12º ano e ensino superior”. Esta variável é avaliada através de uma questão fechada.

O estatuto sócio – económico é talvez uma das variáveis mais difíceis de quantificar. Foi com base nas profissões e níveis de escolaridade, que se procedeu à definição de três níveis sócio – económicos (Carvalho, 1996, p. 23): “nível baixo”, que inclui operários, serventes, funcionários públicos ou de outros serviços, com habilitações literárias até seis anos de escolaridade; “nível médio”, que inclui quadros médios de empresas, funcionários públicos, etc., cujas habilitações não excedem doze anos de escolaridade; “nível alto”, constituído por quadros superiores e de empresas, directores, gestores e profissionais liberais.

A variável **nível económico** é avaliada através de uma questão fechada onde se incluem as seguintes categorias: “alto, médio/ alto, médio, médio/ baixo e baixo”.

Para melhor compreensão do estudo passo a definir algumas variáveis que considero importantes tais como:

- “**Idade Fértil**”, de acordo com a DGS (2008) são consideradas em idade fértil as mulheres até aos 54 anos de idade. No entanto, com as inúmeras mudanças da

sociedade actual observam-se alterações do comportamento dos indivíduos a vários níveis, nomeadamente na decisão de serem pais. A carreira profissional, a vivência de novas experiências e a ambição de adquirirem poder económico são apenas alguns, dos muitos, factores responsáveis pelo adiamento da maternidade. Por outro lado, o início precoce não informado / não planeado da actividade sexual por parte de alguns jovens faz com que seja possível existirem “crianças mães”.

- **“Atitude”**, segundo Costa e Leal (2005, p.257) citando Ribeiro (1999) consiste na “predisposição para a realizar determinado comportamento; predisposição do indivíduo para valorizar de uma forma favorável ou desfavorável determinado objecto, esta valorização é dinâmica, tomando forma ao longo da vida, com base nas experiências pessoais. No estudo a “atitude” foi mensurada através da Escala de Atitude face à utilização do Preservativo.
- **“Embaraço”**, na opinião de Oliveira, (2008, p.88) relacionado com o preservativo define-se como o “desconforto psicológico, a auto - consciência e o sentimento de falta de à-vontade associados à compra, negociação do uso e do uso do preservativo”. A mensuração desta variável foi feita através da Escala do Embaraço Ligado ao Uso do Preservativo.
- **“Conhecimento”** consiste na “faculdade de conhecer, relação directa que se toma de alguma coisa, ..., forma do entendimento que representa o acto de conhecer” (Costa e Melo, 1995, p.403). Neste estudo a mensuração da variável “conhecimento” fez-se por meio do Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH.

8- PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Actualmente existe grande preocupação em relação à protecção dos direitos das pessoas envolvidas em estudos de pesquisa. “A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação” (Fortin, 1999, p.116).

O estudo definitivo realizou-se após o consentimento dos autores das escalas relativamente ao seu uso e a aprovação pelo CRI de Coimbra do pedido de autorização para aplicação do questionário.

A participação das inquiridas no estudo esteve sujeita à obtenção prévia do consentimento esclarecido através do acordo verbal. A cada utente das ET de Coimbra e Figueira da Foz, em idade fértil, inquirida foi fornecida toda a informação relevante para esse mesmo consentimento. Dessa informação fez parte: a descrição dos objectivos e finalidade do estudo, o esclarecimento sobre a contribuição de cada participante no mesmo, o anonimato e o carácter voluntário dessa participação, o compromisso de garantia de confidencialidade dos dados e a manifestação de uma permanente disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida. Foram ainda informadas que poderiam abandonar o estudo se assim o desejarem.

9– TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico é actualmente o método mais adequado para interpretar os dados obtidos em estudos deste género. A investigação consagra-se através da determinação da existência ou ausência de relação entre as variáveis. Para que tal aconteça, para além de um desenho adequado e a reflexão sobre essa eventual relação entre as variáveis, é necessário o recurso a testes estatísticos que indiquem métodos e meios que permitam, com um determinado grau de probabilidade, assumir ou refutar a existência de relação entre duas ou mais variáveis. Os testes estatísticos constituem uma grande ajuda para a interpretação dos dados.

Numa primeira fase procedeu-se à inspecção da distribuição da amostra em cada uma das variáveis que compõe as hipóteses deste estudo.

Para verificar a hipótese H1 (A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pela satisfação com o suporte social), que envolve a variável dependente predisposição para a prática de sexo seguro e a variável independente satisfação com o suporte social, recorreu-se para a análise das correlações ao teste r de Pearson nas variáveis que apresentam distribuição normal e R ó de Spearman para as restantes.

Para a hipótese H2 (A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelo embaraço ligado ao uso do preservativo) utilizou-se o teste Qui – quadrado.

Na hipótese H3 (A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelos conhecimentos sobre o VIH), que envolve a variável dependente predisposição para a prática de sexo seguro e a variável independente conhecimentos sobre VIH, procedeu-se à análise das correlações

através do teste r de Pearson nas variáveis que apresentam distribuição normal e $Ró$ de Spearman para as demais.

Os dados obtidos foram analisados através do SPSS, versão 16.0, e estudados estatisticamente utilizando um nível de significância de 95%.

III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a estatística descritiva e posteriormente a análise inferencial dos resultados obtidos.

1- ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A amostra do estudo é constituída por 66 mulheres toxicodependentes em idade fértil utentes das ET de Coimbra e da Figueira da Foz.

1.1 - Caracterização sócio – demográfica

A caracterização sócio – demográfica é feita tendo em conta as variáveis: idade, estado civil, naturalidade, residência, habilitações literárias, ocupação actual, nível económico e com que vive actualmente.

Idade

No que se refere à idade verifica-se que a média de idades da amostra é de 32,41 anos e que o desvio padrão é 7,40 anos.

Determinaram-se sete classes de idades, que apresentam como média e desvio padrão 3,77 e 1,56 respectivamente. No que respeita à tabela de classes de idades, tabela 1, verifica-se que a maioria das mulheres toxicodependentes em idade fértil utentes das ET de Coimbra e da Figueira da Foz tem entre 25 e 30 anos e que representam 28,8% da amostra do estudo.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo a classe de idades (n=66)

Classe de idades	N	%
15-20	3	4,5
20-25	11	16,7
25-30	19	28,8
30-35	13	19,7
35-40	8	12,1
40-45	9	13,6
45-50	3	4,5
TOTAL	66	100,0

$$\bar{x} = 3,77; s = 1,56$$

Estado civil

Relativamente ao estado civil, a amostra apresenta como média 2,02 e desvio padrão 1,26. Através da análise da tabela 2 constata-se que a maioria das mulheres incluídas na amostra são solteiras, representando 54,5% e que o segundo estado civil mais frequente é o referente à união de facto cuja representatividade da amostra é 21,2%.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil (n=66)

Estado Civil	N	%
Solteira	36	54,5
Casada	6	9,1
Divorciada	9	13,6
União de facto	14	21,2
Viúva	1	1,5
Total	66	100,0

$$\bar{x} = 2,02; s = 1,26$$

Naturalidade

Através da análise relativa à naturalidade verifica-se que houve dificuldade na distinção de conceitos entre esta e a nacionalidade por parte dos elementos que compõem a amostra, pelo que 29 mulheres, que correspondem a 43,9% da amostra responderam quanto à naturalidade que eram portuguesas. As restantes 37 não apresentaram dificuldade em compreender o significado de naturalidade. Destas, a maioria, 13, referiu Coimbra como naturalidade, o que representa 19,7% da amostra (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a naturalidade (n=66)

Naturalidade	N	%
Anadia	1	1,5
Angolana	1	1,5
Brasil	3	4,5
Coimbra	13	19,7
Figueira da. Foz	4	6,1
França	1	1,5
Góis	1	1,5
Guarda	1	1,5
Ílhavo	2	3,0
Leiria	1	1,5
Lisboa	1	1,5
Mafra	1	1,5
Mealhada	2	3,0
Montemor-o-Velho	1	1,5
Pombal	1	1,5
Porto	1	1,5
Portuguesa	29	43,9
TOTAL	66	100,0

Área de Residência

Relativamente à área de residência a maioria das mulheres inquiridas vive em Coimbra, representando 45,5% da amostra (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a área de residência (n=66)

Área de Residência	N	%
Coimbra	30	45,5
Arredores de Coimbra	8	12,1
Outra Cidade	27	40,9
Arredores de outra Cidade	1	1,5
TOTAL	66	100,0

Habilitações Literárias

No que respeita às habilitações literárias foram constituídas três classes sendo a mais representativa a que pertence às mulheres toxicodependentes que estudaram até ao 9º ano de escolaridade, num total de 50,0% da amostra, seguida da classe do 9º ao 12º ano, com 39,4% (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com as habilitações literárias (n=66)

Habilitações Literárias	N	%
Até ao 9º ano	33	50,0
Do 9º ao 12º ano	26	39,4
Ensino Superior	7	10,6
TOTAL	66	100,0

Ocupação Actual

Em relação à ocupação actual, as mulheres que trabalham têm a mesma representatividade que aquelas que são inactivas, 45,5%. Verifica-se também que a percentagem das que se encontram a estudar ou a estudar e a trabalhar em simultâneo é pequena, 3,0% e 6,1% respectivamente (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a ocupação actual (n=66)

Ocupação Actual	N	%
Estuda	2	3,0
Estuda e trabalha	4	6,1
Trabalha	30	45,5
Inactiva	30	45,5
TOTAL	66	100,0

Nível sócio – económico

Quanto ao nível socio-económico constata-se que a maior percentagem é referente ao nível médio (31,8%). Os níveis médio/ baixo e baixo têm igual valor (30,3%). A menor percentagem, 7,6%, é relativa ao nível económico médio/ alto (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o nível socio-económico (n=66)

Nível Socio-económico	N	%
Médio/Alto	5	7,6
Médio	21	31,8
Médio/Baixo	20	30,3
Baixo	20	30,3
TOTAL	66	100

Com quem vive actualmente

Com base na tabela 8, verifica-se que em resposta à questão com quem vive actualmente a maioria das inquiridas respondeu que morava com o marido/namorado (45,5%) seguido das que moravam com os pais/ familiares (37,9%).

Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com quem vive actualmente (n=66)

Com quem vive actualmente	N	%
Pais/familiares	25	37,9
Marido/Namorado	30	45,5
Amigos	3	4,5
Estudantes/colegas trabalho	1	1,5
Sozinha	7	10,6
TOTAL	66	100

1.2 - Satisfação com o Suporte Social

No sentido de proceder à avaliação da satisfação com o suporte social foram tidas em conta as quatro dimensões da escala: satisfação com a amizade, satisfação com a família, satisfação com a intimidade e satisfação com as actividades sociais (quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da amostra de acordo com a satisfação com o suporte social (n=66)

	Satisfação Amizade	Satisfação Família	Satisfação Intimidade	Satisfação Actividades Sociais	Satisfação Suporte Social
Média	14,94	8,47	10,48	7,08	40,97
Desvio Padrão	4,30	3,74	2,63	3,14	7,55
Mínimo	6,00	3,00	4,00	3,00	23,00
Máximo	25,00	15,00	18,00	15,00	60,00

Satisfação com a Amizade

A satisfação com a amizade apresenta como média 14,94, desvio padrão 4,30 e ponto médio 15,5. Constata-se que a média de respostas a esta dimensão é inferior ao ponto médio o que indica que as inquiridas não estão satisfeitas com a amizade (quadro 1).

Apesar de não se encontrarem satisfeitas com a amizade verifica-se, com base na quadro 2, que as mulheres toxicodependentes encontram-se mais satisfeitas com a quantidade de tempo que passam com os amigos (média de 3,32) e menos satisfeitas com o tipo de amigos que têm (média de 2,68), embora a diferença entre as médias não seja relevante.

Satisfação com a Família

A satisfação com a família tem média de 8,47 e o desvio padrão de 3,74, verificando-se a situação anterior, uma vez que o ponto médio desta dimensão é 9 e a média de respostas é inferior (quadro 1).

Com base no quadro 2, constata-se a proximidade das médias de resposta aos três itens da dimensão, sendo que os itens “*estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família*” e “*estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família*” apresentam a mesma média.

Satisfação com a Intimidade

O ponto médio da satisfação com a intimidade é 11 e a média de respostas é 10,48, o que indica que as inquiridas também não se encontram satisfeitas com a intimidade. O desvio padrão é 2,63 (quadro 1).

Através da análise do quadro 2, observa-se que o item “*quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer*” apresenta o valor da média mais elevado enquanto que, no item “*mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer*” possui o valor mais baixo da média, apesar da diferença das médias não ser notória.

Satisfação com as Actividades Sociais

Na satisfação com as actividades sociais em que 7,08 é a média e 3,14 é o desvio padrão verifica-se, mais uma vez, que as inquiridas não se encontram satisfeitas, uma vez que o ponto médio desta dimensão é 9, ou seja superior à média de respostas (quadro 1).

Atendendo à proximidade dos valores da média referenciados no quadro 2, constata-se que a maioria das inquiridas (média de 2,65) gostava de participar mais em actividades de organizações.

Quadro 2 – Medidas estatísticas relativas às dimensões da escala de Satisfação com o Suporte Social

Dimensão	Item	Média	Desvio Padrão
Satisfação com a amizade	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	2,89	1,326
	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	2,85	1,511
	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,32	1,267
	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3,20	1,315
	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	2,68	1,438
Satisfação com a Família	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	2,82	1,380
	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	2,83	1,421
	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	2,82	1,402
Satisfação com a Intimidade	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	2,59	1,265
	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	2,83	1,399
	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	2,47	1,372
	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	2,59	1,478
Satisfação com as actividades sociais	Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2,42	1,415
	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	2,00	1,203
	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	2,65	1,330

A distribuição da amostra em relação à escala global tem média de 40,97 e desvio padrão 7,55 (quadro 1). Sendo o ponto médio 41,5 e, atendendo que na escala se considera que as pontuações que se encontram entre 15 e 45 indicam que as inquiridas não se encontram satisfeitas com o suporte social então verifica-se que as mulheres toxicodependentes inquiridas não estão satisfeitas com o suporte social, o que tem vindo a ser demonstrado na avaliação das quatro dimensões que constituem a escala (quadro 2).

1.3 – Atitude face ao uso do Preservativo

A pontuação da escala Atitudes Face ao Uso do Preservativo varia entre 13 e 65 valores e o ponto médio é 39. Deste modo considera-se que as pontuações entre 13 e 39 pontos são indicadoras de uma predisposição menos favorável à prática de sexo seguro e que as pontuações entre 40 e 65 pontos indicam predisposição mais favorável.

Atendendo ao quadro 3, verifica-se que a pontuação mínima obtida foi de 20 e que a máxima foi de 65 pontos. A média de respostas foi de 33,00 e o desvio padrão 7,94.

Com base na tabela 1, do anexo III, observa-se que 53, das 66 inquiridas apresentam pontuação inferior ou igual a 39 pontos, (80,4%) enquanto que, 13 têm pontuação superior a 39 pontos, que corresponde a 17,6% da amostra.

Deste modo verifica-se que a maioria das inquiridas apresenta menor predisposição para a prática de sexo seguro.

Quadro 3 – Distribuição da amostra de acordo com as frequências relativas à Atitude face ao uso do Preservativo (n=66)

Média	33,00
Mínimo	20
Máximo	65
Desvio Padrão	7,94

1.4 – Embaraço ligado ao uso do Preservativo

No que diz respeito ao embaraço ligado ao uso do preservativo a escala permite avaliar as seguintes dimensões: capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos; capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual e uso propriamente dito do preservativo (quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado ao uso do preservativo e respectivas dimensões (n=66)

	Embaraço Compra	Embaraço Negociação	Embaraço Uso	Embaraço Global
Média	12,60	9,00	8,35	30,03
Desvio Padrão	5,11	4,05	4,05	11,36
Mínimo	8,00	5,00	5,00	18,00
Máximo	32,00	20,00	21,00	55,00

Capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos

Relativamente a esta dimensão, com base no quadro 4, verifica-se que a média é 12,60 e que o desvio padrão é 5,11. O ponto médio é 20.

De acordo com o quadro 5, verifica-se que a média de resposta aos itens é bastante inferior ao ponto médio desta dimensão o que é indicador de baixo nível de embaraço ligado à capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos

Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado à capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos

Dimensão	Item	Média	Desvio Padrão
Capacidade de aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos	Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos num supermercado perto da ET de Coimbra ou da Figueira da Foz	1,41	0,784
	Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos perto da casa dos meus pais	1,77	0,989
	Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos num sítio onde pudesse ser vista por determinadas pessoas	1,68	0,931
	Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos perto da ET de Coimbra ou da Figueira da Foz.	1,45	0,768
	Fico ou iria ficar embaraçada se fosse buscar preservativos ao Centro de Saúde.	1,43	0,661
	Fico ou iria ficar embaraçada numa farmácia ou num supermercado se tivesse de perguntar ao empregado pelos preservativos ou em que secção eles estão	1,58	0,824
	Fico ou iria ficar embaraçada se tivesse de abordar com o (a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) assuntos relacionados com o uso dos preservativos	1,50	0,707
	Fico ou iria ficar embaraçada por andar com preservativos na saca ou na carteira	1,74	1,012

Capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual

Relativamente à capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual a média é 9,00, o desvio padrão 4,05 e o ponto médio é 12,5 (quadro 4).

Através da análise do quadro 6, verifica-se que a média das respostas obtidas é muito inferior ao ponto médio desta dimensão o que demonstra baixo nível de embaraço ligado à capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual.

Quadro 6 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado à capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual

Dimensão	Item	Média	Desvio Padrão
Capacidade de negociação do uso de preservativo com o parceiro sexual	Fico ou iria ficar embaraçada se tivesse de interromper o jogo amoroso para pedir ao meu parceiro que use preservativo	1,89	1,040
	Iria ficar embaraçada se o meu novo parceiro insistisse para usarmos preservativo	1,80	1,070
	Fico ou iria ficar embaraçada se no meio do jogo amoroso tivesse que dizer ao meu parceiro que sem preservativo não quero fazer sexo.	1,88	1,060
	Fico ou iria ficar embaraçada por estar precavida e puxar de um preservativo enquanto estivesse a fazer amor, caso o meu parceiro não tivesse nenhum	1,82	1,051
	Fico ou iria ficar embaraçada se falasse com o meu parceiro sobre aquilo que sinto e penso a respeito do uso do preservativo.	1,61	0,959

Uso propriamente dito do preservativo

No que respeita à dimensão uso propriamente dito do preservativo, a média é 8,35 e o desvio padrão 4,05. O ponto médio é 13 (quadro 4).

Com base no quadro 7, verifica-se, mais uma vez, que a média de respostas é bastante inferior ao ponto médio da dimensão, o que indica baixo nível de embaraço ligado ao uso propriamente dito do preservativo

Quadro 7 – Distribuição da amostra de acordo com o embaraço ligado ao uso propriamente dito do preservativo

Dimensão	Item	Média	Desvio Padrão
Uso propriamente dito do preservativo	Fico ou iria ficar embaraçada se o meu parceiro me visse com o preservativo na mão depois de o termos usado	1,82	1,036
	Fico ou iria ficar embaraçada se visse o meu companheiro a colocar o preservativo.	1,55	0,748
	Fico ou iria ficar embaraçada se ajudasse o meu parceiro a colocar o preservativo	1,64	0,922
	Fico ou iria ficar embaraçada ao ver o meu parceiro retirar o preservativo	1,64	0,955
	Fico ou iria ficar embaraçada ao ajudar o meu parceiro a retirar o preservativo	1,71	1,034

A média e o desvio padrão da escala global são 30,03 e 11,36 respectivamente. O ponto médio obtido neste estudo é 36,5. Tendo em conta que o ponto médio da escala é 54 e que as pontuações entre 18 e 54 indicam nível baixo de embaraço ligado ao uso do preservativo, verifica-se que as inquiridas têm baixo nível de embaraço ligado ao uso do preservativo (quadro 4).

1.5 - Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH

O Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH possui três dimensões: conhecimentos médicos e científicos, mitos sobre a transmissão do VIH e conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos (quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões

	Conhecimentos médicos e científicos	Conhecimentos sobre comportamentos	Mitos	Conhecimentos e crenças dos adolescentes sobre VIH
Média	78,79	75,41	86,36	79,33
Desvio Padrão	1,02	1,40	1,43	9,27
Mínimo	39,13	38,46	44,44	55,56
Máximo	95,65	100,00	100,00	95,56

Tendo em conta que a pontuação final da escala varia entre 0 e 100% de respostas certas ter-se-á em conta a escala de 0 a 20, onde 20 corresponde a 100% de respostas certas, no sentido de facilitar a compreensão dos resultados obtidos.

De um modo geral, com base no quadro 8, verifica-se que a média de resposta das diferentes dimensões varia entre 75,41 e 86,36%, que correspondem a 15,08 e 17,27 valores respectivamente, o que demonstra que as mulheres que constituem a amostra possuem conhecimentos médicos e científicos, conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos, bem como acerca dos mitos sobre a transmissão do VIH.

No que respeita ao Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH constata-se que a média de respostas é 79,33%, que corresponde a 15,87 valores, encontrando-se em consonância com a existência de conhecimentos sobre VIH, como se verificou nas três dimensões que compõe a escala.

Ao proceder a uma análise de forma mais detalhada, com base no quadro 8, observa-se que a pontuação máxima 100% (20 valores) foi atingida nas dimensões

conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos e mitos sobre a transmissão do VIH. A pontuação máxima da dimensão conhecimentos médicos e científicos (95,65%) encontra-se muito próxima da pontuação máxima obtida nas restantes dimensões.

Seguidamente, apresenta-se a frequência e a percentagem de respostas certas dos itens que constituem cada uma das três dimensões no sentido de dar a conhecer de modo mais pormenorizado o tipo de respostas obtidas através da aplicação desta escala.

Conhecimentos médicos e científicos

Os conhecimentos médicos e científicos são avaliados por 23 itens dos quais 19 têm percentagem de respostas certas superiores a 50%, ou seja superiores a 10 valores, o que leva a crer as mulheres toxicodependentes do estudo possuem alguns conhecimentos médicos e científicos. O item *“mesmo com aspecto de uma pessoa saudável, um(a) parceiro(a) infectado(a) pode transmitir o VIH”* é o que apresenta maior percentagem de respostas certas, 98,5% (19,70 valores) enquanto que o item *“se um teste de VIH for negativo significa que a pessoa tem SIDA”* é o que possui menor percentagem de respostas certas, 37,9% que corresponde a 7,58 valores (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência e percentagem de respostas certas da dimensão conhecimentos médicos e científicos

Dimensão	Item	Frequência (n)	Percentagem (%)
Conhecimentos médicos e científicos	SIDA significa <i>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i>	58	87,9
	Hoje, a maioria dos cientistas acredita que a SIDA é causada por um vírus chamado VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana)	60	90,9
	A maioria das pessoas que contraem a SIDA costumam curar-se	64	97,0
	Um bebé de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA	59	89,4
	O VIH circula no sangue	64	97,0
	As maiorias das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA	26	39,4
	O VIH aparece no sémen	54	81,8
	O número de homens e mulheres infectados com VIH será provavelmente menor nos próximos anos do que hoje	41	62,1
	A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças	61	92,4
	Um teste negativo para os anticorpos VIH significa que provavelmente a pessoa tem SIDA	53	80,3
	Se um teste de VIH for negativo significa que a pessoa tem SIDA	25	37,9
	As pessoas com SIDA podem, por isso, contrair outras doenças	60	90,9
	Podes morrer de SIDA se apanhares a doença	57	86,4
	As pessoas com SIDA apanham pneumonias com mais facilidade do que a média das pessoas	61	92,4
	Os preservativos de pele de carneiro são melhores do que os preservativos de látex para a prevenção do VIH	59	89,4
	Basta um teste de VIH positivo para teres a certeza de que estás infectada	28	42,4
	Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH	50	75,8
	Mesmo com aspecto de uma pessoa saudável, um(a) parceiro(a) infectado(a) pode transmitir o VIH	65	98,5
	Se és realmente saudável, o exercício físico poderá proteger-te da infecção pelo VIH	61	92,4
	Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso quererá dizer que tu não estás infectada	46	69,7
	Melhor do que usar apenas o preservativo será usá-lo com um espermicida	29	43,9
Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, através de um golpe ou de uma ferida aberta	54	81,8	
Se tiveres um teste <i>falso positivo</i> para o VIH, isso significa que estás infectada	47	71,2	

Mitos sobre a transmissão do VIH

Através da tabela 10, constata-se que a percentagem de respostas certas varia entre 54,5% (10,90 valores) e 100% (20 valores), correspondendo aos itens “*pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue*” e “*há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA*”, respectivamente. Deste modo, verifica-se que as mulheres que constituem a amostra têm conhecimentos acerca dos mitos sobre a transmissão do VIH uma vez que as pontuações obtidas são superiores a 10 valores.

Tabela 10 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência e percentagem de respostas certas da dimensão mitos sobre a transmissão do VIH

Dimensão	Item	Frequência (n)	Percentagem (%)
Mitos sobre a transmissão do VIH	Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA ao terem-se sentado em sanitas públicas	63	95,5
	Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA	66	100,0
	Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dados beijos com a língua a uma pessoa que estava infectada	54	81,8
	Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA	51	77,3
	Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insectos	55	83,3
	As mulheres grávidas estão protegidas contra o VIH	62	93,9
	Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por tem ido comer a um restaurante onde um dos empregados tinha SIDA	62	93,9
	Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue	36	54,5
	Pode-se apanhar o vírus da SIDA ao fazer teste de VIH	64	97,0

Conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos

Na terceira dimensão, o item “*se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA*” é o que apresenta menor percentagem de respostas certas, 10,6% (2,12 valores). A maior percentagem de respostas certas é de 98,5% (19,70 valores) e corresponde aos itens “*ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual*”; “*a utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA*” e “*qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA*” (tabela 11).

Apesar da discrepância entre o valor máximo e mínimo obtidos verifica-se que apenas o item com menor pontuação de respostas certas atrás referenciado e o item “*É mais seguro não fazer sexo do que ter relações sexuais usando preservativo*” é que possuem pontuação inferior a 50%, ou seja inferior a 10 valores. Sendo assim, é notório que a amostra inquirida possui conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência e percentagem de respostas certas da dimensão conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos

Dimensão	Item	Frequência (n)	Percentagem (%)
Conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos	As prostitutas em Lisboa têm uma baixa probabilidade de apanhar o VIH (o qual pode levar à SIDA)	48	72,7
	Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA	7	10,6
	Ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual	65	98,5
	Os homens têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com mulheres do que se tiverem relações sexuais com homens.	53	80,3
	A utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA	65	98,5
	As mulheres têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com um homem estritamente heterossexual do que com um homem bissexual	54	81,8
	É seguro ter relações sexuais sem preservativo com uma pessoa que consome drogas injectáveis desde que tu não te injectes	59	89,4
	Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA	65	98,5
	Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence	42	63,6
	É mais seguro não fazer sexo do que ter relações sexuais usando preservativo	29	43,9
	Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo	50	75,8
	Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há.	62	93,9
	As pessoas que consomem álcool e drogas como a marijuana, a cocaína e o “crack” têm mais tendência para não praticar sexo seguro.	48	72,7

2- ANÁLISE INFERENCIAL

Após a caracterização geral da amostra torna-se indispensável comprovar, ou não, as hipóteses formuladas, através da análise inferencial dos resultados obtidos.

Numa primeira fase procedeu-se à inspeção da distribuição da amostra em cada uma das variáveis que compõe as hipóteses deste estudo. O teste Kolmogorov – Smirnov (teste de normalidade para amostras superiores a 50 sujeitos), demonstrou que apenas a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a sua dimensão Satisfação com a Amizade bem como, Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo tem distribuição normal não permitindo, as restantes o recurso à estatística Paramétrica.

H1: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pela satisfação com o suporte social.

Assim, para testar a hipótese H1, que envolve a variável dependente predisposição para a prática de sexo seguro e a variável independente satisfação com o suporte social, onde se encontram englobadas as quatro dimensões, recorreu-se para a análise das correlações ao teste r de Pearson (quadro 9) nas variáveis que apresentam distribuição normal e R de Spearman para as restantes (quadro 10).

Quadro 9 – Correlação de Pearson entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social, dimensão Satisfação com a Amizade e a Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo (n=66)

	Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo	
	Correlação de Pearson	Nível de significância (p)
Escala de Satisfação com o Suporte Social	-0,032	0,798
Satisfação com a Amizade	0,062	0,620

De acordo com o quadro 9, não existe correlação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a dimensão Satisfação com a Amizade e a Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo para o nível de significância de 0,05.

Quadro 10 – Correlação de Spearman entre as dimensões Satisfação com a Família, Satisfação com a Intimidade, Satisfação com as Actividades Sociais e a Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo (n=66)

Dimensões	Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo	
	Correlação de Spearman	Nível de significância (p)
Satisfação com a Família	0,140	0,264
Satisfação com a Intimidade	-0,243	0,050
Satisfação com as Actividades Sociais	-0,058	0,646

Atendendo ao quadro 10, verifica-se que a correlação entre as várias dimensões e a Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo não é significativa ao nível de 0,05. No entanto, a dimensão Satisfação com a Intimidade é a que mais se aproxima do nível de significância utilizado ($p=0,05$).

Os quadros 9 e 10 permitem determinar, uma vez que o nível de significância (p) é superior a 0,05, que os dados obtidos não corroboram a hipótese H1 formulada, logo não há evidência de que existe relação entre a predisposição para a prática de sexo seguro e a satisfação com o suporte social.

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo a Escala de Satisfação com o Suporte Social e dimensão Satisfação com a Amizade relativamente à predisposição para a prática de sexo seguro

		Predisposição para a prática de sexo seguro	Frequência (n)	Média	Desvio Padrão
Escala de Satisfação com o Suporte Social	Menos favorável à prática de sexo seguro		53	41,34	7,65
	Mais favorável à prática de sexo seguro		13	39,46	7,26
Satisfação com a Amizade	Menos favorável à prática de sexo seguro		53	14,75	4,36
	Mais favorável à prática de sexo seguro		13	15,69	4,13

A maioria das mulheres toxicodependentes inquiridas (n=53), no que respeita à Escala de Satisfação com o Suporte Social, apresenta predisposição menos favorável à prática de sexo seguro, sendo a média 41,34 e o desvio padrão 7,65. Relativamente à Satisfação com a Amizade verifica-se que a maioria (n=53) também apresenta predisposição menos favorável à prática de sexo seguro (quadro 11).

Quadro 12 – Distribuição da amostra de acordo com as dimensões Satisfação com a Família, Satisfação com a Intimidade e Satisfação com as Actividades Sociais relativamente à predisposição para a prática de sexo seguro

Dimensões	Predisposição para a prática de sexo seguro	N	Média das ordens	Nível de significância (p)
Satisfação com a Família	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	33,66	0,890
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	32,85	
	TOTAL	66		
Satisfação com a Intimidade	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	34,25	0,514
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	30,42	
	TOTAL	66		
Satisfação com as Actividades Sociais	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	35,51	0,084
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	25,31	
	TOTAL	66		

Mais uma vez, segundo o quadro 12, o nível de significância é superior a 0,05, o que demonstra que não existe relação entre as três dimensões apresentadas e a variável dependente predisposição para a prática de sexo seguro. Por outro lado, verifica-se que em todas as dimensões a maioria das mulheres inquiridas (n=53) apresenta predisposição menos favorável à prática de sexo seguro, sendo a diferença entre médias mais relevante na dimensão Satisfação com as Actividades Sociais, cujo nível de significância é o que se encontra mais próximo de 0,05.

H2: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelo embaraço ligado ao uso do preservativo.

Para a hipótese H2 utilizou-se o teste Qui – quadrado uma vez que apenas se pode analisar na sua forma qualitativa. Com efeito, o facto de se ter observado que existe apenas uma mulher em idade fértil que apresenta embaraço ligado ao uso do preservativo, não permitiu que se relacionasse esta com outras variáveis (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da amostra de acordo com o Embaraço ligado ao uso do preservativo e o nível de embaraço

Embaraço ligado ao uso do preservativo	Frequência Obtida	Percentagem (%)	Frequência Esperada
Baixo nível de embaraço	65	98,5	33,0
Embaraço	1	1,5	33,0
TOTAL	66	100,0	

$$X^2=62,061a \quad GL=1 \quad P<0,0001$$

H3: A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelos conhecimentos sobre o VIH.

No sentido de testar a hipótese H3, que envolve o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e suas dimensões em relação à Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo, procedeu-se à análise da correlação através do teste Ró de Spearman. Pela análise do quadro 13 verifica-se que a predisposição para a prática de sexo seguro, determinada pela Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo, não se encontra influenciada pelos conhecimentos sobre VIH uma vez que o nível de

significância (p) é superior a 0,05. Porém, a dimensão “Conhecimentos sobre Comportamentos de alto risco e Comportamentos Preventivos” é a que apresenta o valor mais próximo do limiar da significância (p=0,055), o que denota algum conhecimento por parte destas mulheres relativamente a comportamentos de alto risco e preventivos.

Quadro 13 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões relativamente à Escala de Atitudes face ao uso do Preservativo (n=66)

Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH	Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo	
	Correlação de Spearman	Nível de significância (p)
Conhecimentos sobre Comportamentos de alto risco e Comportamentos Preventivos	-0,237	0,055
Conhecimentos Médicos e Científicos	-0,020	0,872
Mitos sobre a Transmissão do VIH	-0,126	0,313
Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH – TOTAL	-0,154	0,217

Pela análise da tabela 13, constata-se que nas dimensões apresentadas bem como na escala global a maioria das mulheres toxicodependentes inquiridas (n=53) apresenta predisposição menos favorável para a prática de sexo seguro.

A dimensão Conhecimentos sobre Comportamentos de alto risco e Comportamentos Preventivos é a única que apresenta maior percentagem de respostas certas no grupo com predisposição menos favorável para a prática de sexo seguro, o que indica que conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e preventivos não é sinónimo de prática de sexo seguro (tabela 13).

Nas restantes dimensões, tal como no teste global de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH, surge a situação contrária, ou seja, a maior percentagem de respostas certas corresponde às mulheres inquiridas toxicodependentes com predisposição mais favorável para a prática de sexo seguro, embora a diferença entre as médias não seja relevante do ponto de vista estatístico (tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição da amostra de acordo com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões relativamente à predisposição para a prática de sexo seguro

Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH	Predisposição para a prática de sexo seguro	Frequência (n)	Percentagem de respostas certas
Conhecimentos sobre Comportamentos de alto risco e Comportamentos Preventivos	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	34,73
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	28,50
	TOTAL	66	
Conhecimentos Médicos e Científicos	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	32,44
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	37,81
	TOTAL	66	
Mitos sobre a Transmissão do VIH	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	32,84
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	36,19
	TOTAL	66	
Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH – TOTAL	Menos favorável à prática de sexo seguro	53	33,35
	Mais favorável à prática de sexo seguro	13	34,12
	TOTAL	66	

No sentido de verificar se a predisposição para a prática de sexo seguro é influenciada pelos conhecimentos sobre VIH e respectivas dimensões recorreu-se ao Teste U de Mann-Whitney.

Através da análise do quadro 14, verifica-se que os valores não se encontram próximos do nível de significância o que indica que a predisposição para a prática de sexo seguro não é influenciada pelos conhecimentos sobre VIH e respectivas dimensões.

Quadro 14 – Teste U Mann-Whitney relacionado com o Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH e respectivas dimensões

	Teste de Conhecimentos e Crenças dos Adolescentes sobre VIH – TOTAL	Conhecimentos Médicos e Científicos	Mitos sobre a Transmissão do VIH	Conhecimentos sobre Comportamentos de alto risco e Comportamentos Preventivos
U Mann-Whitney	336,500	288,500	309,500	279,500
Wilcoxon W	1767,500	1719,500	1740,500	370,500
Z	-0,130	-0,914	-0,590	-1,071
Nível de significância (p)	0,897	0,361	0,555	0,284

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a apresentação e análise dos dados e, tendo em conta o objectivo deste estudo, proceder-se-á à interpretação dos resultados que, segundo Polit e Hungler (1995), é dar-lhes significado.

Na elaboração deste capítulo, numa primeira fase, é feita uma análise dos resultados considerados mais pertinentes e tecidas as considerações que se julgam mais adequadas. Por outro lado, procura-se estabelecer as necessárias comparações com o que foi referenciado no capítulo do enquadramento teórico.

Em primeiro lugar é feita a análise dos resultados e elaboradas as considerações relativamente aos resultados obtidos através da estatística descritiva. Seguidamente realiza-se a mesma análise inerente à estatística inferencial.

3.1- Interpretação dos resultados obtidos através da estatística descritiva

Este estudo foi realizado com base numa amostra constituída por 66 mulheres toxicodependentes em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e da Figueira da Foz.

A escolha de uma amostra constituída apenas por mulheres toxicodependentes em idade fértil torna-se pertinente uma vez que, de acordo com Ribeiro (2001), os indivíduos toxicodependentes têm comportamentos de risco, como a partilha de seringas e habitualmente estão pouco motivados para se submeterem com sucesso a qualquer terapêutica de tratamento. Do mesmo modo, Frazão *et al.*, (2001), defende que as mulheres toxicodependentes, devido à procura incessante de droga para consumo, apresentam uma vigilância de saúde, nomeadamente ginecológica, inadequada. Por outro lado, as alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e ao consumo de substâncias ilícitas induzem a prática de comportamentos de risco, entre eles relações sexuais não protegidas com preservativo (PNPCIVIH/sida, 2007). Deste modo, a probabilidade de contraírem infecções sexualmente transmissíveis bem

como o aparecimento de gravidezes não planeadas/não desejadas encontra-se aumentada. O risco de surgimento de uma gravidez não planeada/não desejada, resultado da amenorreia de consumo, ou do não uso de métodos contraceptivos que, segundo Lorga (2001, p.52),

“ nas mulheres o consumo pode também induzir alterações do ciclo menstrual, com a supressão da hormona luteínica [progesterona] (...) e a possibilidade de existência de ciclos anovulatórios, e pode produzir esterilidade temporária, sobretudo em consumidoras crónicas”.

Por outro lado, de acordo com Paz (1996, p.243), o aumento do consumo de drogas nas mulheres, nomeadamente nas jovens em idade fértil, suscita um novo problema e uma nova patologia que é a “mãe toxicodependente e o recém-nascido toxicómano”. Também Justiça (1991) corrobora com esta problemática alertando para o facto de que a gravidez de uma mulher toxicodependente deve ser encarada sempre como uma situação de alto risco para o feto e recém-nascido e que é frequentemente uma gravidez não desejada, com controlo pré-natal deficitário.

O comportamento e estilo de vida das mulheres toxicodependentes implicam a necessidade de uma vigilância constante da gravidez. Assim, constata-se a pertinência deste estudo, onde se pretende conhecer esta realidade e determinar as acções que minimizem os riscos de saúde e sociais das mulheres toxicodependentes e dos futuros filhos.

Através dos resultados obtidos verifica-se que a idade das mulheres toxicodependentes inquiridas varia entre 15 e os 50 anos, apresentando a amostra uma idade média de 32,41 e desvio padrão 7,40 anos. Segundo a DGS (2008) são consideradas em idade fértil todas as mulheres até aos 54 anos de idade, o que comprova que o grupo inquirido se encontra em idade fértil.

Relativamente ao estado civil foi observado que a maioria das mulheres toxicodependentes são solteiras (54,5% da amostra). Com base em Gama (1996), o consumo sistemático de droga de um indivíduo toxicodependente leva à ruptura de todos os sub – sistemas. A rede de suporte deixa de existir restando apenas o agregado familiar, na maioria das vezes destruído. A família do toxicodependente é afectada a nível profissional, de relacionamento, económico, entre outros, o que impede o desempenho de um papel de suporte do indivíduo toxicodependente.

No que respeita às habilitações literárias verifica-se que a maioria das inquiridas estudou até ao 9º ano de escolaridade, representando 50% da amostra, o que indica que completaram a escolaridade obrigatória até aqui vigente.

No que concerne à ocupação actual constata-se que as mulheres toxicodependentes que são inactivas e as que trabalham têm a mesma representatividade (45,5%), não alcançando os 50%. De acordo com a OEDT (2008), o início da actividade profissional é considerado como um dos principais elementos para alcançar a reintegração na sociedade e constitui um bom prognóstico. Porém, a reinserção no mercado de trabalho é habitualmente difícil devido às poucas qualificações, baixa escolaridade bem como, à dificuldade das entidades patronais em contratar indivíduos dependentes de substâncias ilícitas ou em fase de tratamento de substituição.

Relativamente ao nível económico a percentagem mais representativa da amostra, 31,8%, corresponde ao nível médio. Atendendo que 45,5 % das inquiridas trabalha e que 50% completaram a escolaridade obrigatória poder-se-á dizer que o nível económico médio deve-se aos rendimentos provenientes do trabalho que, tendo em conta as qualificações, poderá ter uma remuneração satisfatória.

3.2- Interpretação dos resultados obtidos através da estatística inferencial

No que respeita à variável dependente “predisposição para a prática de sexo seguro” avaliada pela escala de Atitudes face ao Uso do Preservativo verifica-se, de acordo com os resultados obtidos, que as inquiridas apresentam predisposição menos favorável à prática de sexo seguro. Apesar de existir em Portugal Planeamento Familiar desde 1984, a DGS (2007) defende que os cuidados de saúde primários assumem um papel preponderante nesta área de intervenção no entanto, verifica-se a necessidade de adoptar novas medidas que possam contribuir para melhorar a equidade no acesso aos métodos contraceptivos, nomeadamente dos contraceptivos orais e dos preservativos e evitar que ocorram discontinuidades na sua distribuição. Assim, os utentes poderão aceder aos meios contraceptivos de acordo com as suas necessidades reais e sem recurso a idas sistemáticas às unidades de saúde. O acesso e a distribuição ineficaz de métodos contraceptivos poderão ser uma das justificações para a predisposição menos favorável à prática de sexo seguro. Por outro lado, de acordo com Costa e Leal (2005), a adesão ao uso de métodos contraceptivos implica aderência a um regime prolongado, que implica um comportamento periódico e

sistemático. Pressupõe-se que os actuais meios contraceptivos permitem, com um nível aceitável de segurança, o planeamento da gravidez, pelo que o surgimento de uma gravidez não planeada é entendido como o resultado de uma atitude pouco assertiva relativamente à contracepção.

Oliveira (2008), na dissertação de mestrado “O uso e o não uso do preservativo numa população jovem – contributo para a compreensão dos factores que condicionam a adesão aos mecanismo de prevenção do VIH/sida”, constatou que as raparigas tinham atitude mais favorável face ao uso do preservativo do que os rapazes. Por outro lado, a mesma autora, com base em Cruz (1996), refere que os jovens que tencionavam utilizar o preservativo na próxima relação sexual eram aqueles que tinham uma atitude mais favorável e positiva face ao preservativo, o que levou a autora a concluir que “uma atitude favorável face ao uso do preservativo é preditora da sua utilização” (2008, p. 103).

Atendendo ao resultado obtido neste estudo, atitude menos favorável face ao uso do preservativo que indica predisposição menos favorável para a prática de sexo seguro, com base nas ilações de Oliveira (2008) verifica-se assim, que a atitude menos favorável face ao uso do preservativo é preditora da sua não utilização. Deste modo, torna-se visível que o não uso frequente do preservativo pelas mulheres toxicodependentes inquiridas é um problema de saúde pública, não apenas pelo aparecimento de IST e/ou de uma gravidez não planeada/ não desejada mas também por todas as implicações sociais.

Relativamente à hipótese **H1** (“A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pela satisfação com o suporte social”) verifica-se, através da análise dos dados que não há relação entre a predisposição para a prática de sexo seguro e a satisfação com o suporte social.

De acordo com os resultados obtidos do estudo efectuado verifica-se que as inquiridas não se encontram satisfeitas com o Suporte Social, nem com as dimensões que compõe a escala: amizade, família, intimidade e actividades sociais.

Gama (1996) refere que o indivíduo não existe sozinho pelo contrário, vive numa sociedade composta por diversos sub – sistemas que constituem a sua rede social de

apoio que lhe permite crescer e viver. A família, os amigos e as actividades do quotidiano fazem parte da vida de qualquer indivíduo.

O estilo de vida praticado por um toxicodependente com consumo sistemático de drogas leva à ruptura de todos os sub – sistemas. A rede de suporte deixa de existir restando apenas o agregado familiar, na maioria das vezes destruído (OEDT, 2008).

Durante o período de consumo os indivíduos isolam-se, deixam de se relacionar com aqueles que os rodeiam até porque esses já não são amigos. Já não sabem conversar, estar com os outros bem como, resistir às frustrações o que dificulta a reinserção na sociedade (Gama, 1996).

A actividade profissional consiste num dos mecanismos necessários para a reintegração na sociedade. Porém, os indivíduos dependentes de substâncias ilícitas ou em fase de tratamento de substituição vêm a sua integração no mundo do trabalho dificultada quer pela falta de qualificações, quer pela discriminação de que por vezes são alvo por serem toxicodependentes (OEDT, 2008).

O início do consumo repetido de substâncias é precedido de um conjunto de sinais, tais como, “a desmotivação com o universo escolar, expressão de revolta ou, pelo contrário, uma atitude reservada e ansiosa perante o outro, uma ausência de projectos para além do conseguir satisfazer o seu desejo, de pagar o seu prazer ou alcançar a sua aceitação no grupo” (Melo, 2002, p.23).

A prevenção da toxicodependência não se resume apenas ao evitar que um determinado grupo inicie o consumo de drogas é, principalmente, procurar, questionar e compreender as razões que levaram o indivíduo a adoptar tal comportamento, é uma intervenção dirigida às motivações que levam, além da experimentação, à perpetuação do comportamento e à criação da relação psicológica com a (s) substância (s) (Ibidem).

De acordo com os resultados obtidos no estudo verifica-se que, apesar das mulheres toxicodependentes inquiridas não se encontrarem satisfeitas com as várias dimensões que compõe a escala, verifica-se que a dimensão que apresentou valores médios mais elevados foi a Satisfação com a Amizade (média de 14,94) e que a dimensão com valores médios mais baixos foi a Satisfação com as Actividades Sociais (média de 7,08). O mesmo se verificou no estudo efectuado em 2005 por Raul Cordeiro, J. Claudino e M. Arriaga sobre Comportamentos Aditivos e Suporte Social em

Adolescentes Pré – Universitários. Neste estudo concluiu-se que os motivos para a prática de comportamentos de risco são variados e que podem estar relacionados com “temores de inadequação social ou inadequação social real, necessidade de afirmar uma identidade e dinâmica de grupo, como a pressão dos pares” (Cordeiro *et.al.*, 2006, p.46).

Atendendo aos resultados obtidos nesta dissertação constata-se que, embora os valores não se encontrem próximos do limiar da significância, as mulheres toxicodependentes inquiridas não se encontram satisfeitas com o suporte social e que a maioria apresenta predisposição menos favorável à prática de sexo seguro o que, tal como Cordeiro *et al.*, (2006) verificou no seu estudo é preditor da prática de comportamentos de risco.

No que respeita à hipótese **H2** (“A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelo embaraço ligado ao uso do preservativo”), pela análise dos resultados obtidos constata-se que apenas uma mulher toxicodependente inquirida apresenta embaraço ligado ao uso do preservativo. Este facto é bastante importante no controlo da transmissão de doenças como é exemplo o VIH/sida. Este dado pode ser indicativo de que a maioria tem consciência da responsabilidade que a mulher tem na prevenção da transmissão do VIH/sida e do aparecimento de uma gravidez não programada e que o preservativo possibilita à mulher a prática de sexo seguro.

Na verdade, entre 2005 e 2007, a proporção de mulheres grávidas seropositivas que fizeram terapia antirretrovírica para prevenir a transmissão materno – infantil do VIH/sida aumentou significativamente passando de 14% para 33% (ONUSIDA, 2008).

Segundo Oliveira (2008), o uso do preservativo de forma correcta e assídua reduz em 90% o risco de transmissão do VIH/sida. Silva Oliveira *et al.*, (2008), acrescentam que existe uma co – responsabilidade da mulher na prevenção da disseminação do VIH/sida.

O aparecimento do preservativo feminino veio acrescer esta responsabilidade permitindo às mulheres, de forma mais facilitada, controlar, eliminar ou facilitar a negociação do uso de protecção (Kalckmann, 2006). No entanto existem alguns mitos em torno da utilização do preservativo feminino. Os profissionais de saúde que

exercem funções na área da saúde sexual e reprodutiva, especialmente no diagnóstico e tratamento das IST, devem estar bem informados sobre o preservativo feminino, uma vez que são responsáveis pelo incentivo do seu uso e desmistificação (Silva Oliveira *et al.*, 2008).

Um dos indicadores para o aumento do número de mulheres infectadas com VIH/sida poderá ser a violência sexual de que muitas são actualmente vítimas, ou o medo da sua ocorrência como causa impeditiva para a negociação do uso de preservativos masculinos com os parceiros sexuais, o que permite a prática de relações desprotegidas (Kalckmann (2006), baseado em Mane e Aggleton (1999) e UNAIDS (2006)). Porém, os resultados deste estudo indicam que as mulheres toxicodependentes inquiridas não apresentam embaraço ligado ao uso do preservativo, em todas as suas dimensões, o que leva a crer que não sentem dificuldade na aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos; na negociação do uso do preservativo com o parceiro sexual bem como, no uso propriamente dito do preservativo. No entanto, a não existência de embaraço ligado ao uso do preservativo não é sinónimo de uma atitude favorável ao uso do preservativo ou seja, à predisposição para a prática de sexo seguro.

No que concerne à hipótese **H3** (“A predisposição para a prática de sexo seguro, pelas mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e Figueira da Foz é influenciada pelos conhecimentos sobre o VIH”) constata-se que não há relação entre a predisposição para a prática de sexo seguro e os conhecimentos e crenças sobre VIH. No entanto, o VIH/sida tornou-se numa das pandemias mais graves deste século, sendo nos últimos vinte e cinco anos causa primordial de doença e de morte, afectando preferencialmente adultos jovens (PNPCIVIH/sida, 2007).

Em Dezembro de 2001, estimava-se haver, em todo o mundo, 40 milhões de indivíduos contaminados pelo VIH/sida, dos quais 18,5 milhões eram mulheres, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, em idade reprodutiva (Silveira e Santos, 2005).

As mulheres jovens com idades compreendidas entre os 25-29 anos, de acordo com os dados do CVEDT de 2006 e 2007 demonstram ser as mais afectadas pelo vírus VIH/sida.

Embora não se verifique que haja relação entre a predisposição para a prática de sexo seguro das mulheres toxicodependentes em idade fértil inquiridas e os conhecimentos e crenças sobre VIH, segundo Chaves *et al.*, (2005) as mulheres são consideradas mais vulneráveis face ao VIH/sida.

Em 2007 foram diagnosticados 965 casos de infecção por VIH/sida em Portugal, elevando a 32.491 os casos de infecção desde 2000. Destes, 320 correspondem a casos de SIDA (CVEDT, 2007).

Além das mulheres serem consideradas vulneráveis à doença, o facto de serem, simultaneamente, toxicodependentes aumenta a susceptibilidade de contraírem a doença, como se observa com base em CVEDT (2007), onde em Dezembro de 2007, o maior número de casos notificados continua a observa-se nos indivíduos toxicodependentes com 43,9%. Segue-se a transmissão por via heterossexual com 38,8%, a homossexual masculina com 12% e as restantes vias de transmissão com 5,3%. A percentagem de mulheres infectadas com VIH/sida é de 17,9%, em que 84,2% corresponde ao grupo etário entre os 20 e os 49 anos de idade (CVEDT, 2007).

Com o aumento do número de infecções VIH/sida diagnosticadas entre heterossexuais verifica-se, da mesma forma, um aumento do número de mulheres contaminadas (Silveira e Santos, 2005).

A vulnerabilidade da mulher toxicodependente em contrair o VIH/sida é considerável o que constitui um grave problema de saúde pública, como se constatou em Junho de 2007 onde a percentagem de mulheres infectadas era de 17,8 e em Dezembro de referido ano de 17,9%.

Com base nos resultados obtidos neste estudo verificou-se que o nível de conhecimentos sobre VIH/sida nas 66 mulheres toxicodependentes que compõe a amostra tem como média 15,87 valores. Atendendo que no estudo desenvolvido por Oliveira (2008) se considerou que o nível de conhecimentos dos estudantes que integraram o estudo (696) era elevado, sendo a média de 17 valores, numa escala de 0 a 20, verifica-se que os elementos que constituem a amostra deste estudo também possuem nível elevado de conhecimentos apesar de apresentarem características diferentes e serem em número bastante inferior.

Procedendo à análise dos itens com resposta certas verifica-se que não há muita discrepância entre as percentagens dos dois estudos. Como exemplo podemos referir

“A maioria das pessoas que contraem a SIDA costumam curar-se” apresentou segundo Oliveira (2008) 98,6% de respostas certas e neste estudo 97,0%. “Um bebé de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA” apresentou 96,4% e 89,4% de respostas certas respectivamente.

No estudo desenvolvido Oliveira (2008, p. 108), constatou-se que apesar do alto nível de conhecimentos dos estudantes sobre VIH/sida “é preocupante o nível de concepções erradas ... quanto ao modo de transmissão do VIH”. Assim, 40,2% dos jovens inquiridos referiram que o VIH pode ser transmitido ao dar sangue enquanto que, 54,5% das mulheres toxicodependentes responderam de forma acertada, sendo a percentagem de respostas erradas 45,5%. Relativamente à transmissão do VIH por picadas de insectos 26,7% dos estudantes consideraram que era possível (Oliveira, 2008). Em contrapartida 16,7% das mulheres toxicodependentes também o consideraram, sendo a percentagem de respostas certas 83,3%.

Deste modo, levanta-se a questão, como é que não apresentam predisposição favorável para a prática de sexo seguro, uma vez que demonstram ter conhecimentos médicos e científicos; conhecimentos sobre os mitos da transmissão do VIH/sida; conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos. Será o gosto pelo risco, também manifestado pelos jovens?

Oliveira (2008) também constatou o mesmo facto uma vez que concluiu que apesar do nível de conhecimentos sobre VIH/sida dos estudantes ser elevado verificou-se que “esse nível de conhecimentos tem uma tradução insuficiente nos comportamentos sexuais e na prevenção de riscos” (2008, p. 106). Por outro lado, apesar dos nível de informação dos jovens universitários ser muito bom, “continuam com uma muito reduzida auto – percepção de risco pessoal” (2008, p. 109). O mesmo parece verificar-se neste estudo.

Como tem vindo a ser referido ao longo deste estudo o facto de ser mulher, no que respeita à predisposição para a infecção por VIH/sida, constitui por si só um factor de risco, que se encontra agravado quando associado ao factor toxicodependência. Com base na OEDT (2006), a prevalência do VIH/sida nos homens é em média 13,6%, enquanto que nas mulheres é de 21,5%. Convém também salientar que, de acordo com as várias referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste estudo, as mulheres mais afectadas pelo VIH/sida encontram-se em idade fértil. O apelo à natalidade é uma constante uma vez que o envelhecimento da população é uma realidade porém, a elevada percentagem de mulheres infectadas com VIH/sida em

idade fértil dificulta a mudança destes padrões além dos riscos de saúde e sociais inerentes.

Atendendo a toda esta problemática surge a necessidade urgente de intervir. Esta intervenção deve ser precoce. Deve iniciar-se no seio de cada família e nas escolas, uma vez que determinados comportamentos de risco, como é exemplo a toxicodependência, quando instalados são difíceis de alterar. As crianças e jovens devem ser informados e formados desde cedo no sentido de identificarem e evitarem comportamentos de risco. De acordo com Bagagem (1998), quanto mais cedo o jovem se torna toxicodependente, mais complicado se torna o processo de tratamento e reinserção social. “O desejo de mudança, a consciencialização dessa necessidade é um processo lento que poderá beneficiar de um apoio técnico para se concretizar” (Melo, 2002, p.24).

Hoje verifica-se que a prevenção é dirigida em primeiro lugar aos jovens e, mais recentemente às crianças. Os jovens são considerados o grupo de destaque uma vez que é durante o período da adolescência que se verificam alterações profundas no indivíduo, nomeadamente o “processo de consolidação da identidade, o luto da imagem parental, o novo processo de separação – individuação, a procura de novas referências e grupos de pertença” (Idem, p. 25).

O consumo de substâncias perigosas como o álcool e drogas ilícitas tem início nestas idades o que reforça a necessidades de agir precocemente. No estudo desenvolvido por Lemaire (1996) constatou-se que 80% dos participantes adolescentes experimentaram um “charro” juntamente com os amigos para não serem excluídos do grupo ou, simplesmente para ver qual a sensação. Por outro lado, verificou-se que 90% dos toxicodependentes fumaram haxixe antes de experimentar drogas duras, pensando que não era droga. Quando a dependência se encontra instalada, o comportamento altera-se e verifica-se o abandono escolar. Poderá surgir também alguma delinquência ou prostituição como forma de obter o dinheiro necessário para o consumo.

A descoberta do corpo, do outro como homem ou mulher e do sexo também surge nesta fase, o que implica o incentivo a frequentarem consultas de Planeamento Familiar, onde serão esclarecidas dúvidas e fornecidos os métodos contraceptivos adequados. Só assim é possível evitar o aparecimento de uma gravidez não planeada/não desejada e alertar para a existência do VIH/sida uma vez que de acordo

com o PNPCIVIH/sida (2007, p.18) “há escassa consciência que a infecção constitua um grave problema para o país, que a SIDA constitua um real problema grave de saúde pública em Portugal”. Esta evidência observa-se neste estudo onde, apesar das inquiridas não possuírem embaraço ligado ao uso do preservativo e apresentarem elevado nível de conhecimentos sobre o VIH/sida manifestam predisposição menos favorável para a prática de sexo seguro.

Torna-se importante, mais uma vez, agir. Contrariar as estatísticas actuais. Alertar que todos correm riscos especialmente as mulheres que são as mais vulneráveis à infecção pelo VIH/sida bem como, as mais afectadas aquando o aparecimento de uma gravidez não planeada/não desejada. Educar no sentido de apresentarem uma predisposição favorável à prática de sexo seguro, onde se inclui o uso do preservativo e o planeamento da gravidez. Desmistificar conceitos em torno da toxicodependência enaltecendo que todos somos susceptíveis.

A realização deste trabalho permitiu constatar que o grupo de mulheres toxicodependentes inquirido apresenta elevado nível de conhecimentos sobre o VIH/sida, não sente embaraço relacionado com o uso do preservativo porém, não manifestam predisposição favorável à prática de sexo seguro, o que constitui mais um factor de risco, além do de serem toxicodependentes. Torna-se bem visível que são um grupo de risco que necessita de intervenção.

Por outro lado, através da consulta bibliográfica, o período fértil é caracterizado pelo início do consumo de drogas bem como pelo número elevado de infectados com VIH, colocando em risco a qualidade de vida das mulheres na fase mais produtiva das suas vidas, quer a nível da reprodutividade, quer a nível profissional.

Tal como já foi anteriormente referenciado, as mulheres constituem um grupo de risco no âmbito da predisposição para a infecção por VIH/sida, que se encontra acrescido quando associado à toxicodependência no entanto, o número de mulheres toxicodependentes que são acompanhadas pelas equipas de tratamento é inferior ao dos homens, o que não significa que o seu número não seja preocupante. De acordo com a OEDT (2006), em alguns países europeus o número de raparigas que consomem álcool e drogas encontra-se próximo do dos rapazes. Por outro lado, entre 2000 e 2003 a morte por *overdose* nos homens diminuiu 30% ao passo que, no mesmo período, a percentagem de mulheres mortas por *overdose* diminuiu 15%.

Tendo em conta a gravidade do problema no género feminino como é que se justifica que as mulheres toxicodependentes a frequentar as equipas de tratamento sejam em número reduzido. Ou, por outro lado, o que é que as leva a não frequentar estes serviços. Será o medo de perderem a custódia dos seus filhos? O receio de assumirem perante uma comunidade exigente a vários níveis como os profissionais, familiares e pessoais que são toxicodependentes? O pavor de demonstrarem que de alguma forma falharam como mulheres, esposas, mães e profissionais?

É da responsabilidade de todos os profissionais identificar, apoiar e encaminhar este grupo tão específico que são as mulheres, tendo consciência que a intervenção precoce é a medida mais acertada.

IV – CONCLUSÃO

O presente estudo pretendeu avaliar a atitude das mulheres toxicodependentes relativamente à utilização do preservativo.

A partir do enquadramento teórico efectuado e tendo em vista os procedimentos metodológicos exigíveis, desenvolveu-se um estudo do tipo descritivo – correlacional, atendendo aos objectivos e hipóteses formuladas.

Para a sua concretização, foram inquiridas, através da utilização de um questionário, 66 mulheres toxicodependentes em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e da Figueira da Foz.

Considerando os resultados obtidos é pertinente salientar aqueles que se consideram mais relevantes:

- A idade das mulheres toxicodependentes inquiridas varia entre 15 e 50 anos, encontrando-se por isso em idade fértil.
- Relativamente às habilitações literárias 50% das inquiridas estudou até ao 9º ano de escolaridade, o que indica que completaram a escolaridade obrigatória até aqui vigente.
- No que se refere à ocupação actual constata-se que as mulheres toxicodependentes que são inactivas e as que trabalham têm a mesma representatividade (45,5%).
- Quanto à variável dependente “predisposição para a prática de sexo seguro” avaliada pela escala de Atitudes face ao Uso do Preservativo verifica-se, de acordo com os resultados obtidos, que as inquiridas apresentam predisposição menos favorável para a prática de sexo seguro.
- As mulheres que constituem a amostra não se encontram satisfeitas com o suporte social que têm, porém não se verificou a existência de relação entre este e a predisposição para a prática de sexo seguro.

- Com excepção de uma, todas as mulheres toxicodependentes inquiridas referem não apresentar embaraço inerente ao uso do preservativo, sendo este relativo à sua aquisição, compra, obtenção ou posse; negociação com o parceiro sexual; uso propriamente dito.
- Atendendo ao nível de conhecimentos sobre VIH/sida nas mulheres toxicodependentes que compõe a amostra constata-se que apresentam uma média 15,87 valores, numa escala de 0 a 20. Porém, o elevado nível de conhecimentos sobre VIH/sida não é sinónimo de predisposição favorável para a prática de sexo seguro.

De acordo com a bibliografia consultada verifica-se que as mulheres são consideradas um grupo de risco, que se encontra acrescido quando associado à toxicodependência. Os dados mais relevantes relativos aos números de infectadas por VIH/sida situam-se na idade fértil destas mulheres colocando em causa a natalidade e a qualidade de vida das futuras mães e dos respectivos filhos.

A toxicodependência suscita um novo problema que é o da “mãe toxicodependente e o do recém – nascido toxicómano” (Paz, 1996, p. 243). O risco do aparecimento do Síndrome de Abstinência Neonatal é uma realidade que causa sofrimento na mãe e no filho, implica um período de internamento mais prolongado, com os respectivos encargos.

A mulher toxicodependente tem um comportamento específico que na sua maioria é de risco. Este facto verificou-se neste estudo uma vez que apresentam predisposição menos favorável para a prática de sexo seguro. Porém, não referem embaraço relacionado com o uso do preservativo, ou seja, demonstram que não se opõe à utilização do preservativo, apresentam elevado nível de conhecimentos sobre o VIH/sida no entanto, não usam o preservativo da forma desejada. Deste modo, correm o risco de contraírem IST e de engravidarem de forma não planeada/não desejada.

Toda esta conjuntura suscita uma problemática que necessita de uma intervenção atempada, ou seja, antes de se instalarem os comportamentos de risco, uma vez que são difíceis de modificar quando estabelecidos. Esta intervenção deve ter início nas escolas reforçando a educação sexual vigente e sendo progressivamente alargada a todos os sectores que compõe a nossa sociedade.

É necessário consciencializarmo-nos da gravidade deste fenómeno para uma intervenção coerente e duradoura.

Finalizado este estudo julgo ser pertinente fazer referência às dificuldades encontradas e aos obstáculos que se foram opondo ao seu desenvolvimento. Durante todo este percurso, surgiram dificuldades na colheita dos dados, uma vez que as inquiridas apresentaram alguma relutância em participar no estudo. Por outro lado, o número reduzido de mulheres toxicodependentes a frequentarem as Equipas de Tratamento de Coimbra e da Figueira da Foz exigiu que a aplicação dos questionários se prolongasse por vários meses.

O tratamento e a análise estatística dos dados revelaram-se para mim difícil, dado a inexperiência nesta área. Além disso, a associação do trabalho com outras tarefas sobrepostas, transformam-se em factores de stress.

Pelos factos mencionados, entende-se a concretização deste trabalho como uma gratificação pessoal, pela aprendizagem proporcionada embora, consciente das suas limitações.

Enquanto mulher, cidadã, profissional de saúde e futura mãe julgo importante desenvolver esforços no sentido de conceber programas de intervenção direccionados a jovens em grupos de risco.

Terminado este trabalho espera-se dar um contributo significativo na sensibilização para a problemática de todos os profissionais de saúde com quem se partilhe estes resultados.

V – BIBLIOGRAFIA

- Associação Nacional das Farmácias – **Sector de Projectos de Intervenção Comunitária**. Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”1993 a 2007.
- BAGAGEM, Maria da Purificação – A problemática da toxicodependência nos jovens e suas famílias. **Revista Referência**. Coimbra. Nº. 0 (Janeiro, 1998), p. 13-20. ISSN: 0874-0283
- BRITO, Isabel – Continuidades na Maternidade da Toxicodependente. **Revista Toxicodependências**. Vol. 7. Nº. 3 (2001), p. 79-82.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2005): A situação em Portugal em 30 de Junho de 2005, doc. 134. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2005): A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2005, doc. 135. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2006): A situação em Portugal em 30 de Junho de 2006, doc. 136. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2006): A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2006, doc. 137. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2007): A situação em Portugal em 30 de Junho de 2007, doc. 138. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2007): A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2007, doc. 139. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa.

- CHAVES, Cláudia; RAMALHO, Maria José; CARRILHO, Paula; ARAÚJO, Teresa – Sida e a Mulher. **Educação, Ciência e Tecnologia**. 2005.
- CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS – Lisboa: Porto Editora, 2008. ISBN: 978-972-0-01403-0.
- CORDEIRO, Raul; CLAUDINO, J; ARRIAGA, M – Comportamentos Aditivos e Suporte Social em Adolescentes Pré-Universitários. **Revista Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 12. Nº. 1 (2006), p. 39-48.
- COSTA, Emília; LEAL, Isabel Pereira – Dimensões sócio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. **Análise Psicológica**. Vol. XXIII. Nº. 3 (2005), p. 247-260.
- COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio – **Dicionário da Língua Portuguesa**. 7ª ed, revista e ampliada. Porto: Porto Editora, 1995.
- Direcção – Geral da Saúde (2007), Circular Informativa nº. 01/DICES, de 10/08/07.
- Direcção – Geral da Saúde (2007), Circular Informativa nº. 16/SR, de 07/08/07.
- Direcção – Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2000) – Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez. Lisboa, 2000.
- Direcção – Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva – Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa, 2008.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – **Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos**. Coimbra, 2007.
- FERREIRA, Isabel; FONSECA, Maria José; AMARAL, João – O recém-nascido de mãe toxicodependente. **O Médico**. Porto. Vol. 122. Nº. 1960 (1990), p. 36-40. ISSN: 0461-6375.

- FERREIRA, Isabel; FONSECA, Maria José; AMARAL, João – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Gravidez. **O Médico**. Porto. Vol. 122. Nº. 1960 (1990), p. 443-445. ISSN: 0461-6375
- FERREIRA, Jorge – Serviço Social e Toxicodependência. **Revista Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 7. Nº. 2 (2001), p. 51-58. ISSN: 0874-4890.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
- FRAZÃO, Carla [et al] – A mulher toxicodependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade. **Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso**. Lisboa (2001). ISBN: 972-98625-0-8.
- GAMA, Isabel Diniz – Equipa de cuidados de saúde na prevenção e reinserção dos toxicodependentes. **Servir**. Lisboa. Vol.44. Nº. 5 (Setembro – Outubro, 1996), p. 254-256. ISSN: 0871-2370.
- GONÇALVES, P; LEMOS, S; FARIA, D; WINCKLER, L – Recém-nascido filho de mãe toxicodependente: experiência de um serviço. **Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**. Lisboa. Vol. XV. Nº. 1 (Junho, 2004), p. 29-35. ISSN: 4592.
- JUSTIÇA, Adelaide – Toxicodependência e Gravidez. **O Médico**. Porto. Vol. 124. Nº. 2026 (Maio, 1991), p. 440-442. ISSN: 0461-6375.
- KALCKMANN, Suzana – Preservativo feminino: percepções e opiniões de homens da cidade de São Paulo, Brasil. 2006.
- LAGIER, G – Os medicamentos substitutos da Heroína – As vedetas do dia. **Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 44. Nº.5 (Setembro – Outubro, 1996), p. 260-262. ISSN: 0871-2370.
- LEMAIRE, V – Os quatro estados da toxicodependência. **Servir**. Lisboa. Vol. 44. Nº.5 (Setembro – Outubro, 1996), p. 253. ISSN: 0871-2370

- LEMOS.S. [et.al.] – Toxicodependência na Gravidez e no Recém-nascido. In: **Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**. Lisboa. Vol XV, nº. 1 (Junho 2004), p. 36-42. ISSN: 4592.
- LORGA, Paulo Alexandre – Toxicodependência e Sexualidade: Revisão Bibliográfica a Propósito das suas Possíveis Interações. **Revista Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 7.Nº. 3 (2001), p.41-52.
- LOUREIRO, Cândida; ANDRÉ, M^a. Clara; LOPES, Rosa Cristina – Ética e Toxicodependência. **Informar**. Porto. Ano VI. Nº. 22-23 (Julho/Dezembro, 2000), p. 84-88.
- LUSA – Agência de Notícias de Portugal, S.A. 2007
- MELO, Raul – Metodologias de Intervenção na Prevenção Primária da Toxicodependência. **Revista Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 6. Nº. 1 (2000), p. 49-57. ISSN 0874-4890.
- MELO, Raul – Os quês e os porquês da prevenção primária da toxicodependência. **Revista Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 8. Nº. 2 (2002), p. 23-28. ISSN 0874-489
- MOTA, Tiago – Hepatite B e C: Toxicodependência e sexo sem preservativo são as principais causas contágio. **Informação SIDA**. Lisboa. Ano 9. Nº. 52 (Setembro/Outubro, 2005), p. 4-6
- OBSERVATÓRIO EUROPEU da DROGA e da TOXICODPENDÊNCIA: Relatório Anual 2006. Comunicado da agência da UE de informação sobre droga – Perspectiva do género no consumo de droga. Lisboa.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU da DROGA e da TOXICODPENDÊNCIA: Relatório Anual 2008 – A evolução do fenómeno da droga na Europa. Luxemburgo. ISBN: 978-92-9168-336-9.
- OLIVEIRA, Aliete – Preservativo, Sida e Saúde Pública. Imprensa da Universidade de Coimbra. Setembro, 2008. ISBN: 978-8074-62-1.

- PAZ, Isabel – Toxicodependência: repercussões na saúde materno-infantil recém-nascidos filhos de mães toxicodependentes. **Servir**. Lisboa. Vol.44. Nº. 5 (Setembro – Outubro, 1996), p. 242-246. ISSN: 0871-2370.
- PELAES, Silvana – Anticoncepção e DST. Monografia apresentada no curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista: Júlio de Mesquita Filho. Araraquara: São Paulo, 2005
- PERALTA, Fátima – Toxicodependência e Gravidez. **Revista de Obstetrícia e Ginecologia**. Lisboa. Vol. XXV. Nº. 4 (Abril, 2002), p. 104-107. ISSN: 0873-0458.
- POIARES, Alberto Carlos – Contribuição para uma análise histórica da droga. **Revista Toxicodependências**. Lisboa. Vol. 5.Nº. 1 (1999), p.3-12.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN: 85-7307-101-X.
- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO VIH/sida – 2007-2010: Um compromisso com o futuro. Lisboa. Março (2007) ISBN: 978-972-8478-18-6.
- Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/sida – Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida '07. Lisboa/ Porto. Outubro (2007). ISBN: 978 – 972 – 8478 – 20 – 9.
- RIBEIRO, João Salvado – Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade? **Revista Toxicodependências**. Lisboa Vol. 7. Nº. 3 (2001), p. 73-78
- RICHARDSON, R. [et al] – **Pesquisa Social. Métodos e Técnicas**. 2ª ed. São Paulo: Atlas. 1989. ISBN: 85-224-2111-0.
- SANTOS, Fernando – Sida/ Toxicodependência – Reflexões de um Enfermeiro. **Revista Enfermagem em Foco**. Lisboa. Ano 2. Nº. 11 (Maio - Julho, 1993), p. 34-35. ISSN: 0871-8008

- SERRA, Giane Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na **Revista Capricho**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. p.136.
- SIDIBE, Michel – Presidência Portuguesa da União Europeia, Outubro de 2007.
- SILVA OLIVEIRA, N; MOURA, E; GUEDES, T; ALMEIDA, P– Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza – CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde Soc.** São Paulo. Vol. 17. Nº. 1 (2008), p. 107-116.
- SILVEIRA, Mariângela; SANTOS, Iná – Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. **Revista Saúde Pública**. Brasil. 2005, p. 296-304.

VI – ANEXO I

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

VII – ANEXOII

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu (nome em letra maiúscula), _____
abaixo assinado, concordo em participar como voluntária no estudo intitulado “**Atitude das Mulheres Toxicodependentes Face à Utilização do Preservativo**”, cujo objectivo é:

- ***Avaliar a atitude das mulheres em idade fértil utentes das Equipas de Tratamento de Coimbra e da Figueira da Foz, acerca da utilização do preservativo como método contraceptivo e de protecção face às infeções sexualmente transmissíveis.***

O presente trabalho é de autoria de Ana Marta da Silva Martins Gaspar. A finalidade do estudo é determinar a atitude das mulheres toxicodependentes perante a utilização do preservativo no sentido de evitarem a contracção de infeções sexualmente transmissíveis e o surgimento de uma gravidez não planeada.

A colheita de dados é feita através da aplicação de um questionário.

Estou ciente de que terei:

- 1) A garantia de receber esclarecimento, em qualquer momento ao longo do estudo;
- 2) A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo;
- 3) A segurança de que não serei identificada e que será mantido o carácter de anonimato das informações prestadas;
- 4) Assegurada que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão a apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico da área;
- 5) Os resultados do estudo estarão disponíveis para mim por meio das divulgações científicas e directamente através da investigadora;

A assinatura abaixo representa a minha anuência em participar no presente estudo.

Data: ____/____/____

(Assinatura da participante)

Forma de contacto:

Ana Marta da Silva Martins Gaspar – E-mail: martafox21@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA
Mestrado em Saúde Pública

Os instrumentos de recolha de dados que se seguem destinam-se à realização da dissertação de mestrado intitulada por “**Atitude das Mulheres Toxicodependentes Face à Utilização do Preservativo**”, do curso de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Este questionário é anónimo e confidencial, pelo que não serão pedidas informações que permitam a identificação daqueles que os preenchem.

É importante ler atentamente as instruções e responder com o máximo rigor e sinceridade para a obtenção de resultados conclusivos.

Obrigada pela colaboração!

Ana Marta Gaspar

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

(baseado em Relvas, J; Lomba, L; Mendes, F - 2006)

1-IDADE: _____

2-ESTADO CIVIL:

- Solteira
- Casada
- Divorciada/ separada
- União de facto
- Viúva

3-NATURALIDADE: _____

4-RESIDÊNCIA (Se tem mais do que uma, escolha aquela onde está mais tempo actualmente):

- Coimbra
- Arredores de Coimbra
- Outra Cidade
- Arredores de outra cidade

Qual? _____

Qual? _____

5-HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

- Até ao 9º ano
- Do 9º ao 12º ano
- Ensino Superior

6-Ocupação actual:

- Estuda
- Estuda e trabalha
- Trabalha
- Inactiva
- Serviço militar
- Outra
- Qual? _____

7-Como define o seu nível económico ou da sua família?

- Alto
- Médio/ Alto
- Médio
- Médio/ Baixo
- Baixo

8-Com quem vive actualmente?

- Com os meus pais /familiares
- Com o meu marido / namorado
- Com um grupo de amigos
- Com estudantes/ colegas de trabalho
- Vivo sozinha
- Outra
- Com quem? _____

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

(Ribeiro, J.L.P – 1999)

Os itens que se seguem procuram medir qual o grau de satisfação que manifesta perante o apoio social que habitualmente recebe. As quinze afirmações desta escala são seguidas de cinco letras. Leia cuidadosamente cada afirmação e marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

ESCALA DE ATITUDES FACE AO USO DO PRESERVATIVO

(SRSA)

(DeHart e Birkimer, 1997)

(traduzido e adaptado por A. Cunha – Oliveira, J. A. Cunha – Oliveira, J. R. Pita e S. Massano Cardoso, 2006)

Os itens que se seguem procuram medir as opiniões das pessoas a respeito do uso do preservativo. Nenhuma das frases tem resposta certa ou errada. Por favor responda, mesmo que nunca tenha usado, ou não tenha parceiro que use preservativos. Nestes casos, responda pelo menos o que pensa que sentiria na situação descrita.

Leia atentamente cada uma das seguintes frases e assinale com um círculo na folha de resposta a hipótese que melhor descreve o que sente a respeito de cada uma, de acordo com a seguinte graduação:

1-Discordo fortemente; 2- discordo; 3- estou indeciso; 4- concordo; 5- concordo fortemente.

1. Usar preservativos é uma chatice	1	2	3	4	5
2. As pessoas podem tirar tanto prazer do sexo protegido como do sexo desprotegido	1	2	3	4	5
3. O uso de preservativos interrompe o jogo sexual	1	2	3	4	5
4. O uso adequado de um preservativo pode aumentar o prazer sexual	1	2	3	4	5
5. Os preservativos podem causar irritação	1	2	3	4	5
6. Eu acho que o sexo “seguro” acaba por aborrecer depressa	1	2	3	4	5
7. O sexo protegido diminui o prazer mental do sexo	1	2	3	4	5
8. A ideia de usar um preservativo não me atrai	1	2	3	4	5
9. Os preservativos dão cabo do acto sexual natural	1	2	3	4	5
10. Geralmente sou a favor do uso de preservativo	1	2	3	4	5
11. Os preservativos interferem com o romance	1	2	3	4	5
12. Os aspectos sensoriais (cheiro, tacto, etc.) tornam o preservativo desagradável	1	2	3	4	5
13. Com o preservativo não te podes entregar completamente ao teu parceiro	1	2	3	4	5

ESCALA DO EMBARAÇO LIGADO AO USO DO PRESERVATIVO

(K. Vail – Smith e T. Durham, 1992)

(traduzido e adaptado por A. Cunha – Oliveira, J. A. Cunha – Oliveira, J. R. Pita e S. Massano Cardoso, 2006)

A escala que se segue pretende avaliar o grau de embaraço pessoal associado ao uso do preservativo. Leia com atenção cada uma das afirmações e assinale com um círculo a opção que melhor traduz a sua opinião, de acordo com a seguinte graduação:

1-Discordo fortemente; 2- discordo; 3- estou indeciso; 4- concordo; 5- concordo fortemente.

1. Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos num supermercado perto da ET de Coimbra ou da Figueira da Foz.	1	2	3	4	5
2. Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos perto da casa dos meus pais.	1	2	3	4	5
3. Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos num sítio onde pudesse ser vista por determinadas pessoas.	1	2	3	4	5
4. Fico ou iria ficar embaraçada se fosse comprar preservativos perto da ET de Coimbra ou da Figueira da Foz.	1	2	3	4	5
5. Fico ou iria ficar embaraçada se fosse buscar preservativos ao Centro de Saúde.	1	2	3	4	5
6. Fico ou iria ficar embaraçada numa farmácia ou num supermercado se tivesse de perguntar ao empregado pelos preservativos ou em que secção eles estão.	1	2	3	4	5
7. Fico ou iria ficar embaraçada se tivesse de abordar com o (a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) assuntos relacionados com o uso dos preservativos.	1	2	3	4	5
8. Fico ou iria ficar embaraçada se tivesse de interromper o jogo amoroso para pedir ao meu parceiro que use preservativo.	1	2	3	4	5
9. Iria ficar embaraçada se o meu novo parceiro insistisse para usarmos preservativo.	1	2	3	4	5
10. Fico ou iria ficar embaraçada se no meio do jogo amoroso tivesse que dizer ao meu parceiro que sem preservativo não quero fazer sexo.	1	2	3	4	5
11. Fico ou iria ficar embaraçada por estar precavida e puxar de um preservativo enquanto estivesse a fazer amor, caso o meu parceiro não tivesse nenhum.	1	2	3	4	5
12. Fico ou iria ficar embaraçada por andar com preservativos na saca ou na carteira.	1	2	3	4	5
13. Fico ou iria ficar embaraçada se falasse com o meu parceiro sobre aquilo que sinto e penso a respeito do uso do preservativo.	1	2	3	4	5
14. Fico ou iria ficar embaraçada se o meu parceiro me visse com o preservativo na mão depois de o termos usado.	1	2	3	4	5
15. Fico ou iria ficar embaraçada se visse o meu companheiro a colocar o preservativo.	1	2	3	4	5
16. Fico ou iria ficar embaraçada se ajudasse o meu parceiro a colocar o preservativo.	1	2	3	4	5
17. Fico ou iria ficar embaraçada ao ver o meu parceiro retirar o preservativo.	1	2	3	4	5
18. Fico ou iria ficar embaraçada ao ajudar o meu parceiro a retirar o preservativo.	1	2	3	4	5

TESTE DE CONHECIMENTOS E CRENÇAS DOS ADOLESCENTES SOBRE VIH

(C. Koopman, H. Reid, 1998)

(traduzido e adaptado por A. Cunha – Oliveira, J. A. Cunha – Oliveira, J. R. Pita e S. Massano Cardoso, 2006)

Esta escala pretende avaliar os conhecimentos sobre os meios de prevenção sobre o VIH/SIDA. Leia atentamente cada uma das seguintes afirmações e marque com uma cruz “V” se considerar que a afirmação é verdadeira ou “F” se considerar que a afirmação é falsa.

1. SIDA significa <i>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i>	V	F
2. Hoje, a maioria dos cientistas acredita que a SIDA é causada por um vírus chamado VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana)	V	F
3. A maioria das pessoas que contraem a SIDA costumam curar-se	V	F
4. Um bebé de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA	V	F
5. O VIH circula no sangue	V	F
6. A maioria das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA	V	F
7. As prostitutas em Lisboa têm uma baixa probabilidade de apanhar o VIH (o qual pode levar à SIDA)	V	F
8. O VIH aparece no sémen	V	F
9. O número de homens e mulheres infectados com VIH será provavelmente menor nos próximos anos do que hoje	V	F
10. A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças	V	F
11. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA ao terem-se sentado em sanitas públicas	V	F
12. Um teste negativo para os anticorpos VIH significa que provavelmente a pessoa tem SIDA	V	F
13. Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA	V	F
14. Ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual	V	F

15. Se um teste de VIH for negativo significa que a pessoa tem SIDA	V	F
16. As pessoas com SIDA podem, por isso, contrair outras doenças	V	F
17. Podes morrer de SIDA se apanhares a doença	V	F
18. Os homens têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com mulheres do que se tiverem relações sexuais com homens.	V	F
19. A utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA	V	F
20. As pessoas com SIDA apanham pneumonias com mais facilidade do que a média das pessoas	V	F
21. As mulheres têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com um homem estritamente heterossexual do que com um homem bissexual	V	F
22. É seguro ter relações sexuais sem preservativo com uma pessoa que consome drogas injectáveis desde que tu não te injectes	V	F
23. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA	V	F
24. Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA	V	F
25. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dados beijos com a língua a uma pessoa que estava infectada	V	F
26. Os preservativos de pele de carneiro são melhores do que os preservativos de látex para a prevenção do VIH	V	F
27. Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA	V	F
28. Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence	V	F
29. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insectos	V	F
30. É mais seguro não fazer sexo do que ter relações sexuais usando preservativo	V	F
31. Basta um teste de VIH positivo para teres a certeza de que estás infectada	V	F

32. As mulheres grávidas estão protegidas contra o VIH	V	F
33. Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH	V	F
34. Mesmo com aspecto de uma pessoa saudável, um(a) parceiro(a) infectado(a) pode transmitir o VIH	V	F
35. Se és realmente saudável, o exercício físico poderá proteger-te da infecção pelo VIH	V	F
36. Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso quererá dizer que tu não estás infectada	V	F
37. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem ido comer a um restaurante onde um dos empregados tinha SIDA	V	F
38. Melhor do que usar apenas o preservativo será usá-lo com um espermicida	V	F
39. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, através de um golpe ou de uma ferida aberta	V	F
40. Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo	V	F
41. Se tiveres um teste <i>falso positivo</i> para o VIH, isso significa que estás infectada	V	F
42. Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há	V	F
43. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue	V	F
44. As pessoas que consomem álcool e drogas como a marijuana, a cocaína e o “crack” têm mais tendência para não praticar sexo seguro	V	F
45. Pode-se apanhar o vírus da SIDA ao fazer teste de VIH	V	F

Obrigada pela participação!

VIII – ANEXOIII

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM AS FREQUÊNCIAS RELATIVAS À ATITUDE FACE AO USO DO PRESERVATIVO

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as frequências relativas à Atitude face ao uso do Preservativo (n=66)

Atitude Face ao Uso do Preservativo (Pontuação)	Frequência (n)	Percentagem (%)
20,00	1	1,5
21,00	2	3,0
23,00	3	4,5
24,00	3	4,5
25,00	5	7,6
26,00	1	1,5
27,00	2	3,0
28,00	3	4,5
29,00	4	6,1
30,00	3	4,5
31,00	3	4,5
32,00	2	3,0
33,00	6	9,1
34,00	1	1,5
35,00	4	6,1
36,00	2	3,0
37,00	2	3,0
38,00	4	6,1
39,00	2	3,0
40,00	6	9,1
41,00	1	1,5
42,00	1	1,5
44,00	1	1,5
46,00	1	1,5
47,00	1	1,5
50,00	1	1,5
65,00	1	1,5
Total	66	100

$\bar{x} = 33,00; s = 7,94$