



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM MEDICINA TROPICAL

**FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV
EM GESTANTES ANGOLANAS**

BEBIANA CALISTO BERNARDO

RECIFE - PE

2011

BEBIANA CALISTO BERNARDO

**FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV
EM GESTANTES ANGOLANAS**

Tese apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Medicina Tropical.

Orientadores:

Prof. Dr. Ricardo Arrais de Alencar Ximenes.

Profa. Dra. Heloisa Ramos de Lacerda Melo

RECIFE – PE

2011

Bernardo, Bebiana Calisto

Fatores de risco para transmissão sexual do HIV em mulheres angolanas / Bebiana Calisto Bernardo. – Recife: O Autor, 2011.

132 folhas: il., fig.; 30 cm.

Orientador: Ricardo Arraes de Alencar Ximenes.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Medicina Tropical, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. HIV. 2. Transmissão sexual. 3.

Gestante. 4. Fatores de risco. I. Ximenes, Ricardo

Arraes de Alencar. II. Título.

616.97

CDD (20.ed.)

UFPE

CS2011-096



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA TESE DA DOUTORANDA

BEBIANA CALISTO BERNARDO

No dia 27 de janeiro de 2011, às 08h30, na Sala Prof. Murillo LaGreca no 3º. and do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), os Professores: a **Prof^ª. Dra. Vera Magalhães da Silveira**, a **Prof^ª. Dra. Maria Rosângela Cunha Duarte Coêlho (UFPE)**, a **Prof^ª. Dra. Maria Cynthia Braga (CPqAM/FIOCRUZ)**, a **Prof^ª. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo (UFPE)** e a **Prof^ª. Dra. Maria Luiza Bezerra Menezes (UPE)**, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguíram a doutoranda **BEBIANA CALISTO BERNARDO** sobre a sua Tese intitulada **“FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV/AIDS EM MULHERES ANGOLANAS”**. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^ª. Dra. Vera Magalhães da Silveira

APROVADA

Prof^ª. Dra. Maria Rosângela Cunha Duarte Coêlho

APROVADA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cynthia Braga

APROVADA

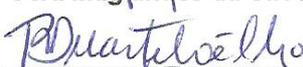
Prof^ª. Dr^ª. Thália Velho Barreto

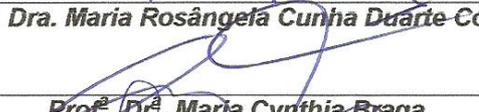
APROVADA

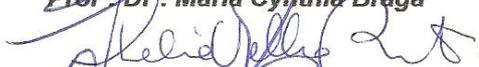
Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Bezerra Menezes

APROVADA


Prof^ª. Dra. Vera Magalhães da Silveira


Prof^ª. Dra. Maria Rosângela Cunha Duarte Coêlho


Prof^ª. Dr^ª. Maria Cynthia Braga


Prof^ª. Dr^ª. Thália Velho Barreto


Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Bezerra Menezes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

José Thadeu Pinheiro

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA TROPICAL**

Profa. Dra. Maria Rosângela Cunha Duarte Coelho

**VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA TROPICAL**

Profa. Dra. Heloisa Ramos Lacerda de Melo

DOCENTES PERMANENTES

Ana Lúcia Coutinho Domingues

Célia Maria Machado Barbosa de Castro

Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto

Fábio André Brayner dos Santos

Heloisa Ramos Lacerda de Melo

Maria Rosângela Cunha Duarte Coêlho

Marli Tenório Cordeiro

Ricardo Arraes de Alencar Ximenes

Valdênia Maria Oliveira de Souza

Vera Magalhães da Silveira

Maria do amparo Andrade

Maria Amélia Vieira Maciel

Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque

*Aos meus filhos:
Cintia, Arieh e Noêmia
que estiveram comigo no difícil caminhar
dessa estrada*

AGRADECIMENTOS

Aos professores Ricardo Ximenes e Heloisa Ramos Lacerda pelo oportunidade, apoio e ensinamentos,

Agradeço a professora Vera Magalhaes representando todos os professores do programa de Pos-Graduação em Medicina Tropical.

Agradeço á Valter Leite e Alice pelo apoio e dedicação inestimáveis.

A todos os colegas do doutorado.

Aos meus queridos amigos Claudia Zírpolti, Valeria de Albuquerque e João José do Amaral (Duda) que de perto participaram dos meus dias de sucesso e de tristeza.

RESUMO

Para estimar a frequência de fatores de risco para transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes na rede pública de saúde em Luanda, e, verificar a associação destes com o HIV/AIDS, foi realizado um estudo caso-controle envolvendo 1092 mulheres (273 casos e 819 controles) no período de agosto de 2007 a dezembro de 2009. O presente estudo compõe-se de três artigos:

1. Associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e políticos e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes. Dos fatores Demográficos: idade, local de residência e etnia; Socioeconômicos: ocupação, renda, tipo de moradia, abastecimento de água e energia e a posse de bens domésticos; Políticos: ter vivenciado situações de guerra mostraram associação estatisticamente significativa com o HIV.
2. Associação entre fatores culturais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes - Ter duas ou mais relações conjugais anteriores, ser vítima de violência psíquica, viver em união poligâmica e tomar a iniciativa para o relacionamento afetivo tiveram maior chance de infecção para o HIV.
3. Associação entre fatores comportamentais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes - A sorologia do parceiro, número elevado de parceiros, falta de uso de preservativo e relações sexuais sob efeito do álcool caracterizaram as mulheres enquanto que para os parceiros, a idade, escolaridade, frequentar barbearia, uso de bebida alcoólica e tempo de relacionamento foram os aspectos comportamentais associados com o HIV.

A associação do HIV com a idade sugere prevalência aumentada de infecção a partir de 30 anos e conseqüentemente a sub notificação em mulheres mais jovens, implicando em políticas de saúde da mulher voltadas para esse grupo e incentivo ao teste sorológico voluntário para HIV antes da gestação. A condição socioeconômica não mostrou associação clara com a infecção pelo HIV sugerindo um duplo padrão, evidenciando assim a complexidade da rede de determinantes da infecção. Barreiras culturais podem dificultar maior abertura da sociedade para à saúde sexual e reprodutiva. Os fatores comportamentais sugerem existência de relações assimétricas, falta de adesão ao uso do preservativo e pouco espaço para as mulheres na negociação do sexo seguro.

Unitermos: HIV, transmissão sexual, gestantes, fatores de risco

ABSTRACT

To estimate the frequency of risk factors for sexual transmission of HIV in pregnant women in public health in Luanda, and determine their association with HIV / AIDS, we performed a case-control study involving 1092 women (273 cases and 819 controls) from August 2007 to December 2009. This study consists of three articles:

1. Association between demographic, socioeconomic and political and sexual transmission of HIV in pregnant women. Demographic factors: age, place of residence and ethnicity, Socioeconomic, occupation, income, housing, water and energy and possession of household goods; Political: having experienced war situations showed a statistically significant association with HIV.
2. Association between cultural factors and sexual transmission of HIV in pregnant women - Having two or more previous marital relationships, being a victim of psychological violence, living in polygamous union and take the initiative to the affective relationship had a greater chance of infection for HIV.
3. Association between behavioral factors and the sexual transmission of HIV in pregnant women - Serology partner, high numbers of partners, lack of condom use and sex under the influence of alcohol characterized women while for the partners, age, education, attend barber, use of alcohol and length of relationship were the aspects of behavior associated with HIV.

The association of HIV with age suggest an increased prevalence of infection from 30 years and consequently the sub notification in younger women, resulting in women's health policies aimed at this group and encourage voluntary HIV serologic testing before pregnancy. The socioeconomic status showed no clear association with HIV infection suggests a double standard, thus underlining the complexity of network determinants of infection. Cultural barriers may hinder openness of society to the sexual and reproductive health. Behavioral factors suggest the existence of asymmetrical relations, lack of adherence to condom use and little room for women in negotiating safe sex.

Key words: HIV, sexual transmission, pregnant women, risk factors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DRA – Doenças Diarréicas Agudas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

INLS - Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IC - intervalos de confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAG – Maternidade Augusto Ngangula

MINSA – Ministério da Saúde de Angola

MPA - Ministério do Planeamento de Angola

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OMA – Organização da Mulher Angolana

OR - Odds Ratio

PEN- Plano Estratégico Nacional

PNUD- Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento Humano

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UAN – Universidade Agostinho Neto

UNAIDS - Agência das Nações Unidas para AIDS

UFPE –Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 – associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e políticos e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

Tabelas	Pág.
Tabela – 1: Associação entre fatores de risco demográficos e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola	45
Tabela – 2: Associação entre fatores socioeconômicos segundo a inserção produtiva da mulher e do chefe de família e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola	46
Tabela – 3: Associação entre fatores socioeconômicos segundo o padrão de consumo das mulheres e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola	47
Tabela – 4: Associação entre fatores de risco políticos e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola	48

Artigo 2- associação entre fatores culturais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

Tabelas	Pág.
Tabela 1 - Distribuição dos casos e controles segundo número de uniões conjugais anteriores, iniciativa para início do relacionamento, religião, idade do parceiro, poligamia e separação conjugal temporária na relação atual	75
Tabela 2 - Distribuição de casos e controles segundo comportamento controlador pelo parceiro (CCP), violência psicológica, física e sexual pelo parceiro e violência física por outras pessoas do convívio familiar	76
Tabela 3 - Associação entre HIV e fatores de risco culturais: Análise multivariada. Modelo Final	77

Artigo 3- associação entre fatores comportamentais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

Tabelas	Pág.
Tabela – 1: Associação entre comportamento sexual da mulher e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008, Luanda-Angola	89
Tabela – 2: Associação entre comportamento sexual da mulher e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008, Luanda-Angola	90

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
1.1 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/ AIDS.....	13
1.2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	16
1.2.1 - Situação econômica de Angola.....	19
1.2.2 - Indicadores de saúde.....	19
1.2.3 - Situação geográfica e demográfica de Angola.....	21
1.2.4 - Aspectos culturais e comportamentais da população angolana.....	21
1.2.5- Caracterização do local de estudo.....	26
2 - OBJETIVOS.....	28
2.1 - Geral.....	28
2.2 - Específicos.....	28
3 - METODOLOGIA.....	29
3.1 - Desenho e população de estudo.....	29
3.2 - Procedimentos para seleção dos grupos de estudo.....	29
3.3 - Cálculo da Amostra.....	29
3.4 - Variáveis de análise.....	30
3.5 - Modelo conceitual.....	31
3.6 - Definições operacionais.....	31
3.6 - Coleta e armazenamento dos dados.....	38
3.7 - Processamento e análise dos dados.....	38
3.8 - Limitações metodológicas.....	39
4 - CONSIDERAÇÕES TICAS.....	41
5 - RESULTADOS.....	42
ARTIGO 1* –.....	43
ARTIGO 2* –.....	60
ARTIGO 3* –.....	73
6- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
7- BIBLIOGRÁFICA	88
ANEXOS.....	98

APRESENTAÇÃO

Partindo do pressuposto de que os conhecimentos, valores e práticas de uma população podem diferir em diferentes regiões, pelo fato destes refletirem sua cultura, tradição e história de vida, admite-se que os fatores de risco para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida - HIV se apresentem de forma peculiar entre indivíduos em uma mesma sociedade bem como nas diferentes regiões do mundo (COSTA JF., 1998; GONÇALVES EH, GUILHEM D. , 2003; GUILHEM D. 2005; MAIA, C.; GUILHEM, D. ; FREITAS, D. 2008; STRAZZA ET AL., 2003;). Considerando esse princípio, acredita-se que as peculiaridades socioeconômicas, culturais e de guerra civil possam tornar a mulher angolana mais vulnerável ao HIV/AIDS (DUFFY, 2005; FRASER, 2005; PRATA, B. N; VAHIDNIA, F; MONTEIRO, S 2009; WHO, 1999). Diante de escassos estudos locais voltados á vulnerabilidade feminina ao HIV, propôs-se a realização do presente estudo objetivando contribuir com a definição de políticas que promovam o conhecimento, mudanças de comportamentos e atitudes que aumentam o risco feminino de se infectar pelo HIV. Desta feita, constituiu objetivo principal deste trabalho, identificar a prevalência dos fatores de risco (socioeconômicos, demográficos, políticos, culturais e comportamentais) bem como determinar a associação destes com a transmissão sexual do HIV em mulheres angolanas domiciliadas na região metropolitana de Luanda- República de Angola. Fazem parte deste uma breve revisão bibliográfica, a metodologia utilizada e apresentação dos resultados em forma de artigos distribuídos da seguinte forma:

Artigo1* - Associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e políticos e a transmissão sexual do HIV em Gestantes;

Artigo2* - Associação entre fatores culturais e a transmissão sexual do HIV em Gestantes;

Artigo3* - Associação entre características, fatores comportamentais em Gestantes e respectivos parceiros e a transmissão sexual do HIV.

1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/ AIDS

A infecção pelo HIV representa um grave problema de saúde pública e os fatores de risco para sua transmissibilidade tem sido objeto de estudos em todo mundo.

A epidemia do HIV/aids é um fenômeno dinâmico que envolve progressivamente mais segmentos da população e sua forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende do comportamento humano, individual e coletivo (WOOD, 2002). Segundo as estatísticas mundiais, ao final de 2008 existiam cerca de 33,4 milhões de indivíduos infectados com HIV/AIDS em todo o mundo, sendo a África subsaariana, a região mais atingida, com 67% do total, seguida pela Ásia, com 14%. Nas Américas, os países mais atingidos pela epidemia são os Estados Unidos da América (EUA) e o Brasil. De acordo com essas estimativas, a AIDS situava-se como a quarta principal causa de óbito em todo o mundo (UNAIDS, 2009).

No Ocidente, o grupo inicialmente mais atingido foi o dos homens, homo ou bissexuais, na faixa etária de 20 a 49 anos. No entanto, a partir dos anos 90, houve aumento expressivo de casos entre mulheres, passando a ocorrer, então, a heterossexualização e feminização do HIV.

Na Europa Ocidental, ao final de 2006, 35% de casos novos atingiam mulheres e no Leste Europeu este grupo populacional atingiu 41% dos casos (EUROHIV, 2006). Segundo as estatísticas mundiais acima apresentadas dos 33,4 milhões de indivíduos infectados com HIV em 2008, 15,7 % são mulheres dos quais 60% dos casos estão entre mulheres africanas. (UNAIDS e OMS, 2009).

No continente africano, o perfil epidemiológico do HIV desde o início, não associa a aids a homossexuais como se registrou em outras regiões do mundo. Desde as publicações iniciais a população feminina vem liderando as estatísticas com maiores proporções da infecção, destacando desta forma a via heterossexual como a principal forma de propagação neste continente. Segundo o relatório do programa conjunto das nações unidas, as mulheres africanas, em 1998, a prevalência do HIV em mulheres grávidas atingira 40% (Botswana) enquanto ocorriam 3,9 milhões de óbitos e oito milhões de órfãos (UNAIDS1998). Pois a cada 10 novos caso em homens, 13 mulheres estão infectadas na mesma região (ONUSIDA-ODM6, 2010). Nesta região, as mulheres correm maior risco de se contaminar com HIV desde idades mais jovens

quando comparadas aos homens na faixa etária de 15 a 24 anos. A razão de sexo, nesta faixa, chega a 13 mulheres para 10 homens na África Sub-sahariana como um todo, sendo especificamente, 20 mulheres para 10 homens jovens na África do sul e, 45 mulheres para cada 10 homens no Kênia e Mali) (UNAIDS, 2004). Este retrato reflete a feminização da epidemia da aids em contínua expansão na população feminina na África subsaariana (UNAIDS, 2004) desde o começo da epidemia. Até 2007 a infecção em mulheres em África representou 61% dos adultos que viviam com HIV comparado aos 43% no caribe, 26% na Europa oriental e Ásia central, e 29% na Ásia nesse período (UNAIDS, 2007).

Em Angola, de acordo com as estimativas do Ministério da Saúde (INLS, 2006), desde o registro do primeiro caso em 1985, houve um crescimento para 7 (12%) mil casos em 1999, tendo aumentado para um milhão de casos em 2003. Embora a falta de estudos metodologicamente bem estruturados com dados consistentes não permita conhecer a real situação epidemiológica do HIV/aids em Angola, sabe-se que a soroprevalência de gestantes nas áreas fronteiriças com Angola supera as taxas globais de infecção registradas no país (INLS, 2006).

A prevalência em indivíduos (15-45 anos) infectados com HIV é de 5,3% em Angola, comparada à de 4,9% observada na república popular do Congo que, à semelhança de Angola, esteve em situação de guerra desde 1997, (THE UNITED NATIONS DEVELOPEMENT PROGRAMME, 2007). A comparação com outros países africanos, nesta parcela populacional, aponta para resultados diferentes: 19% na África do sul, 20% no Zimbábue, 23% no Lesoto e 33% na Swazilândia (THE UNITED NATIONS DEVELOPEMENT PROGRAMME, 2007). Esta discrepância remete a algumas reflexões, apesar da compreensão ainda limitada dos fenômenos que estão na base da ampla variação da prevalência da infecção pelo HIV entre cidades e regiões da África subsaariana (AUVERT et al., 2001). Em Angola, não existe um efetivo controle da fronteira com os países limítrofes como a Zâmbia e Namíbia, onde a prevalência se encontra em torno de 17,0% e 19,6% respectivamente (THE UNITED NATIONS DEVELOPEMENT PROGRAMME, 2007). Entretanto, a suposta circulação irrestrita não influenciou a prevalência da infecção em Angola. A prevalência observada em Angola e no Congo é baixa, sobretudo se considerarmos que o cenário de guerra civil poderia estar vinculado ao desrespeito pelos direitos humanos, incluindo a violência sexual, bem como gerar condições de extrema pobreza que propiciariam o exercício do

comércio sexual como forma de sobrevivência (AMOWITZ et al., 2002). Porém, embora a guerra tenha estado associada ao deslocamento forçado da população com interrupção da coesão e relações sociais que predispunham à promiscuidade, à acomodação inadequada, assim como a inclusão de elevada prevalência de HIV no seio de outra população com prevalência menor de infecção, a situação epidemiológica atual de Angola sugere que a guerra levou ao isolamento e difícil acesso da população angolana e, com isso restringiu a propagação da infecção (THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/ AIDS, 2006). Enquanto que outros países a exemplo de Kigali – Ruanda, a experiência de guerra revelou uma prevalência de HIV entre mulheres grávidas nas zonas rurais, maior que a média nacional daquele país (LEROY, et al., 1995).

Diante das diferentes possibilidades de transmissão do HIV, a via heterossexual é a mais freqüente (GUIMARÃES e CASTILHO, 1993; BRITO et al., 2001; RODRIGUES e CASTILHO, 2004). Embora os fatores de risco para transmissão do HIV não tenham uma relação causal direta, admite-se que a presença de um fator de risco em um determinado grupo de indivíduos represente uma maior probabilidade de contrair HIV/AIDS, e que a presença de um fator protetor tenha um significado inverso. Os fatores de risco para transmissão do HIV incluem aspectos demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, comportamentais e biológicos que formam uma cadeia de determinação que vão influenciar, em última instância, a prática de relações sexuais desprotegidas e conseqüentemente a transmissão do HIV.

1.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS POTENCIAIS FATORES DE RISCO NA POPULAÇÃO DO ESTUDO

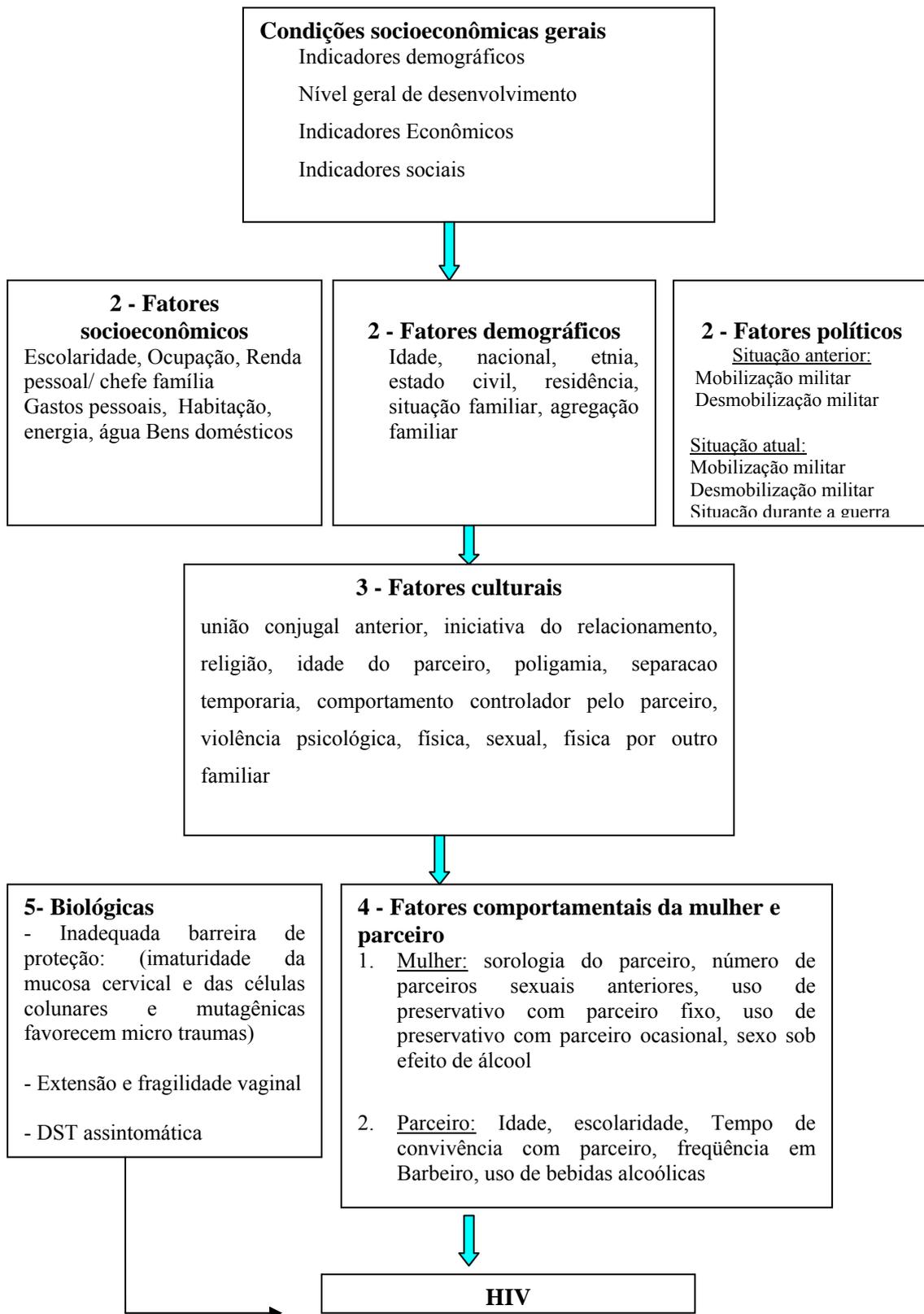
A infecção pelo HIV na população feminina mantém-se destacada na região subsaariana da África (UNAIDS, 2009) onde o subdesenvolvimento (PNUD, 2006) e a cultura (KALIPENI, GHOSH, AWIRE-VALHMU, 2007) são peculiaridades que podem influenciar o comportamento e as estatísticas mundiais da epidemia.

O caráter heterossexual e feminino que a epidemia vem assumindo desde a década de 90 (Castilho e Chequer 1997; Castilho et al. 1999; Brasil/ MS, 2000); Fonseca et al. 2000; Parker, 2000; Szwarcwald, 1994; UNAIDS, 1999) tem se acentuado nas regiões mais pobres como as do continente Africano (UNAIDS, 2004). Embora a heterossexualização seja uma condição estreitamente vinculada à propagação do HIV, na África subsaariana, fatores os de ordem socioeconômica, demográfica, políticas, culturais e comportamentais (UNAIDS, 1998; UNAIDS, 2004; UNAIDS, 2007; ONUSIDA-ODM6, 2010) podem explicar o destaque da feminização desta epidemia (Medina, 2001; WHO,1999). Acredita-se que Angola, país igualmente subdesenvolvido, possua particularidades culturais e políticas com implicações socioeconômicas e demográficas que podem modificar comportamentos que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade ao HIV.

Entendendo que a investigação dos fatores de risco que determinam a vulnerabilidade feminina na transmissão sexual do HIV pode contribuir na identificação de mulheres com maior risco para transmissão sexual, julga-se relevante o estudo destes fatores em Angola tanto pela relevância do local de estudo quanto pela possível contribuição para subsidiar medidas de controle da epidemia. Entretanto, estudos epidemiológicos voltados à investigação de fatores de risco para doenças infecciosas, têm apontado o envolvimento de um número considerável de variáveis devido ao caráter multicausal que apresentam (Fuchs et al, 1996, Victora et al , 1997). Segundo estes autores, o envolvimento desta diversidade de fatores na vulnerabilidade ao evento infeccioso exige a construção de um modelo conceitual teórico hierarquizado de forma a permitir um ajustamento adequado dos fatores de risco; tal modelo relativiza a significância estatística, facilita interpretação dos resultados e apreende os diferentes níveis de determinismo (Béria et al , 1993; Fuchs et al , 1996; Victora,1997; Olinto, 1998;Petry et al, 2000; Rego, 2001; Carret et al, 2004; Nascimento et al, 2004; Macedo et al, 2007).

Segundo VÍctora (1997), na construção deste tipo de modelo, nos níveis superiores, ficam os determinantes com participação distal que, no caso da transmissão sexual do HIV, são os fatores socioeconômicos, demográficos e políticos; em níveis inferiores, se situam as variáveis intermediárias e, por fim, as variáveis proximais ou/ seja, as que atuam mais diretamente no evento. As inter-relações existentes entre os níveis de determinação são chamadas de mecanismo ou cadeias causais, que podem levar ao desenvolvimento do evento. Cada uma dessas cadeias pode ser uma causa suficiente para a ocorrência do desfecho. No presente estudo o modelo teórico de hierarquização inclui cinco níveis, conforme apresentado de forma esquemática na figura abaixo. No entanto, o nível mais distal, representado pelos aspectos socioeconômicos e demográficos gerais, e o mais proximal, constituído por características biológicas, não são objeto do presente estudo. Optou-se por focar nos níveis os quais é maior a possibilidade de intervenção através de políticas públicas. A definição dos diferentes níveis e a seleção das variáveis que compõem cada um deles foi baseada em ampla revisão da literatura sendo o modelo adaptado à realidade específica de Angola. Abordam-se, a seguir, alguns tópicos, que permitem a contextualização e melhor compreensão desse modelo na realidade desse país.

Figura 1 - Modelo conceitual para transmissão sexual do HIV em mulheres



1.2.1 – Situação socioeconômica de Angola

A situação econômica angolana é caracterizada por altos níveis de crescimento econômico desde o fim do conflito armado, em 4 de abril de 2002. A sua economia é essencialmente dependente do sector petrolífero que representa 55% do PIB e 95% das exportações. O setor rural que integra as atividades da agricultura, silvicultura e pecuária, é o segundo maior setor produtivo do país, cujo PIB é atualmente de cerca de 8%. O país situa-se, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 160º lugar num ranking de 173 países (PNUD, 2006). Apesar do crescimento econômico, a maioria da população angolana (62,2%), continua a viver abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema. O nível de pobreza da população reflete-se no deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia elétrica e outros aspectos. (MPA, 2007). A taxa de dependência é estimada em 92,3 em cada 100 pessoas em idade produtiva dos 15 aos 64 anos o que traduz o elevado índice de desemprego. Apesar da taxa de crescimento anual de 26%, em 2006, devido à recuperação da produção agrícola com o regresso dos deslocados aos locais de origem, o IDH permanece baixo, apresentando um rendimento per capita de USD 510 em 2002 e USD 1.980 em 2006, (BANCO MUNDIAL, 2008).

1.2.2 - Indicadores de saúde de interesse socioeconômico

A guerra civil que assolou o país por 27 anos além de ceifar vidas humanas, deslocou um terço da população de seus locais de origem (PEACE PLEDGE UNION, 2004) levando à migração de uma parcela significativa da população com sobrecarga dos grandes centros urbanos e, conseqüentemente escassez de empregos, moradias, instituições de ensino e de saúde. O abastecimento de água e energia é degradado e insuficiente, o saneamento básico é precário e há um crescimento da economia informal; essa situação é condicionada, pelo menos em parte, pela prioridade do governo em relação à defesa do país.

O estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer em torno de 46 anos. O quadro epidemiológico tem sido dominado pelas doenças transmissíveis, tais como, a malária (principal causa de morte), doenças diarréicas agudas, doenças respiratórias agudas, tuberculose, tripanossomíase,

doenças imunopreveníveis, tais como, o sarampo e tétano entre outras. Os resultados dos últimos inquéritos de soroprevalência do HIV indicam taxas de prevalência abaixo dos 5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2009; OMS 2009), considerada baixa em relação à média dos países da região Austral, devido ao conflito armado que limitava a circulação das populações das respectivas áreas de residência (MINISTRO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2010). Embora a taxa de prevalência global de HIV em Angola situe-se em torno de 5%, estudos realizados em algumas regiões do país mostram uma prevalência de 75% dos casos na faixa de 15 a 45 anos (INLS, 2006). No que diz respeito a outras doenças, a malária, tuberculose e as doenças diarréicas agudas figuram entre as causas da elevada taxa de mortalidade infantil, considerada a segunda maior taxa de mortalidade infantil (260/1000 nascidos vivos) no mundo, enquanto a taxa de fecundidade é de 6.7 filhos por mulher (M P A, 2003; MPA, 2007).

No período de 1975 a 1992 o Sistema Nacional de Saúde angolano baseou-se exclusivamente nos princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde primários. A partir de 1992, com aprovação da Lei de Bases do SNS nº 21-B/92, o Estado angolano deixa de ter a exclusividade e introduziu a participação dos utentes, com o pagamento de taxa moderadora na prestação dos serviços de saúde. Atualmente, os cuidados de saúde são prestados pelo Sector Público e Privado e está, de forma sumária, estruturado em duas grandes áreas compreendendo a saúde pública e o atendimento hospitalar. A área de saúde pública é responsável pelos programas voltados para as grandes endemias, a saber, malária, tripanossomíase, tuberculose e AIDS, assim como pelos programas voltados para promoção da saúde e prevenção da doença incluindo saúde materna, saúde infantil e programa alargado de vacinação. O sistema de prestação de cuidados de saúde subdivide-se em três níveis hierárquicos. O primeiro nível ou dos cuidados primários de saúde, representado pelos postos, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultório

s médicos, constituem o primeiro ponto de contacto da população com o sistema de saúde. O nível secundário ou intermediário, representado pelos hospitais provinciais e gerais, é o nível de referência para as unidades do primeiro nível. O nível terciário ou nacional, representado pelos hospitais diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário. A prestação de cuidados de saúde é feita pelos setores público, privado e a medicina tradicional. Em termos de infra-estrutura, a rede de prestação de cuidados de saúde encontra-se

constituído por 1.721 unidades sanitárias, dos quais: oito são hospitais centrais; 32 hospitais províncias, 228 hospitais municipais e 1.453 postos de saúde. De momento, Angola conta com 995 médicos angolanos e 1.273 médicos estrangeiros, totalizando 2.268 médicos.

1.2.3 - Situação geográfica e demográfica de Angola

A República de Angola situa-se na região Austral da África Subsaariana, tem uma superfície de 1.246.700km², e uma costa de 1.600 km de Norte ao Sul. Do ponto de vista político administrativo o país tem um regime político presidencialista e, encontra-se dividido em 18 Províncias, 164 Municípios e 532 Comunas e está em um processo de descentralização político-administrativa, sendo Luanda a capital do país. A densidade populacional é de aproximadamente 13,2 habitantes por km². A população angolana é majoritariamente jovem e estimada em 16.500.000 habitantes (INE, 2009). Cerca de 46.4% da população tem menos de 15 anos de idade, a taxa de crescimento médio da população é de 3,1% ao ano. A esperança de vida ao nascer é de 46 anos de idade, a taxa de mortalidade infantil é de 150 por mil nascidos vivos e a mortalidade infanto-juvenil é de 250 óbitos por mil nascidos vivos.

1.2.4 - Aspetos culturais e comportamentais da população angolana

Apesar de escassos registros da cultura angolana, percebe-se que a sexualidade da mulher nesta assim como em muitas outras regiões africanas não está dissociada da constituição familiar como entidade social que organiza as relações sexuais entre os gêneros. Porém, o controle social atua diretamente sobre o corpo desta, passando a identificá-la como mãe, reprodutora de filhos legítimos, dando aos maridos direitos legais sobre suas esposas. Nesta dinâmica, estudos africanos importantes fazem menção de que homens e mulheres atuam num ambiente cultural que estabelece relações de gênero, hábitos, costumes e comportamentos marcados por desigualdades (DEGREGORI, et al., 2007), sendo os homens os principais responsáveis em decidir no contexto das relações de conjugalidade (DEGREGORI, et al., 2007). Assim, a relação heterossexual considerada um fenômeno natural com base instintiva, ou seja,

biologicamente dado, muitas vezes é sujeita de repressão (CAPLAN, 1987) colocando a mulher diante de um fenômeno peculiar consistindo em proibições, punições, permissões e recompensas concernentes a algo que seria puramente natural" (CHAUÍ, MARILENA 1984). Isto torna a existência da mulher difícil e repressiva ao observar que a falta de expressão, a subordinação econômica e a violência doméstica constituem barreiras importantes para liberdade sexual e reprodutiva (DUFFY, 2005). Hoje a sexualidade da mulher tem sido influenciada pela globalização do HIV/ aids, colocando-a em situação de vulnerabilidade extrema.

Tendo a vulnerabilidade ao HIV um conceito multidimensional, suas causas não deixam de ser uma combinação múltipla de distintos fatores. Comportamentos e atitudes individuais podem, muitas vezes, exprimir um contexto de base social, geográfico e cultural em que este se desenvolve (DEGREGORI, et al., 2007; LOFORTE, 2007;). Os fatores culturais se mostram dinâmicos além de determinantes da estrutura e nos comportamentos familiares e individuais. Por este motivo, homens e mulheres atuam num ambiente cultural que estabelece relações de gênero, hábitos, costumes e comportamentos marcados por desigualdades (DEGREGORI, et al., 2007). Angola, à semelhança de outras regiões africanas, exhibe peculiaridades culturais que podem modificar comportamentos e conseqüentemente aumento da vulnerabilidade feminina ao HIV. No leque destes comportamentos destaca-se a poligamia, a desigualdade de gênero, o casamento precoce, a repressão sexual e a violência doméstica, entre outros.

Casamento precoce

À luz da cultura, algumas normas podem influenciar jovens a contrair o matrimônio tão cedo quanto possível, ter muitos filhos e pelo seu poder de enfiamento de vida, adquirir muito cedo aprovação, reconhecimento e consagração (PNUD, 2001). Sua capacidade biológica de ter filhos é interpretada culturalmente como símbolo de feminidade (LAMPHERE, 1974; ORTNER, ROSALDO, 1976- principal meta vital e detentora de comportamento desviado, quando comparado à mulher que não tem filhos ou estéril. Por este motivo, a decisão de limitar sua fecundidade é contrariada pelo protagonismo da maternidade e pelo desejo de perpetuar a família ao gerar um filho, independente de qualquer risco de vida inerente e, conseqüentemente, contribuindo para

altas taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade materna (INE, 2003) entre outros indicadores.

Desigualdade de gênero e repressão sexual

Os valores definidos culturalmente na comunidade em função do sexo limitam a capacidade de eleição em matéria de saúde sexual e reprodutiva, convertendo desta forma a sexualidade em “tabu”. Estudos africanos revelam que os homens são os principais responsáveis em decidir o contexto das relações familiares, uso de contraceptivos e tamanho das famílias e que a comunicação e discussões entre cônjuges sobre saúde, família e planejamento familiar são escassas, desconsiderando desta forma qualquer desejo das mulheres de controlar seu corpo, reduzir o número de filhos ou espaçar nascimentos (DEGREGORI, et al., 2007). A resistência ao uso de contraceptivos, ligada à vontade de ter filhos induzida por imperativos culturais, econômicos e emocionais previamente assumidos e a falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva são exemplos clássicos. Muitas vezes, a presença de enfermidades relacionadas ao comportamento sexual representa uma preocupação além das responsabilidades familiares: os implicados se sentem mais liberais em confidenciar longe de seu grupo familiar (AGADJANIAN, 2001). Muitos jovens afirmam que a pouca informação sobre sexo é obtida fundamentalmente entre amigos e pessoas de idade relativamente maior, pois a intenção de abordar assuntos de sexo com pessoas mais velhas é considerada uma falta de respeito (DEGREGORI, et al., 2007).

A educação sexual à luz da cultura africana processa-se de distintas formas. Alguns pais, considerados conservadores designam um membro da família (tia) como responsável pela educação sexual no que se refere ao início de um relacionamento, formalidades tradicionais para união consensual, obrigações e deveres conjugais da mulher jovem (GARCIA, 1995). Outra modalidade de educação consiste em deixar a cargo da mãe os ensinamentos a respeito da sexualidade feminina onde são trabalhados aspectos concernentes aos deveres e obrigações conjugais, cuidados domésticos entre outros (JUNIOR, 1995). Porém outros, embora deixem de valorizar a educação sexual à luz da cultura africana por se considerarem modernos, mantêm, à semelhança dos outros, a imagem da mulher como objeto de desejo, legitimando-a socialmente como dependente do homem sem o direito de negociação para uma relação sexual protegida, sobretudo, dissociar-se da genuína poligamia (DEGREGORI, et al., 2007) (entendida

como relação conjugal de um homem com um numero definido de - mais de duas parceiras, conferindo a todas o status de esposa, assumindo este o papel de provedor e o compromisso de fidelidade, entre outras obrigações, sem no entanto a coexistência de relações com outra parceira fora deste circuito).

Relação de gênero

Uma análise mais pormenorizada dos fatores relacionados à relação de gênero na África sub-sahariana, mostra que o status biológico, cultural, econômico e social das mulheres pode incrementar a probabilidade de infecção pelo HIV (DELAY, 2004; KALIPENI, et al., 2007. Algumas crenças e práticas culturais fomentam e mantém as desigualdades de gênero no topo da vulnerabilidade feminina ao HIV. No Zimbábue DUFFY (2005) demonstrou que a existência das mulheres é difícil e oprimida, e observou que a falta de liberdade de expressão, a subordinação econômica e violência doméstica constituem barreiras importantes para prevenção do HIV. Na visão sociocultural, a mulher se vê mais afetada e condicionada pelos distintos status na estrutura familiar que vem assumindo nas diferentes etapas do ciclo vital. Sua autoridade, autonomia, responsabilidade, obrigações e ocupação modificam segundo as variações desde o ser filha, mãe, nora, sogra, casada, viúva ou solteira (LOFORTE, 2007).

Poligamia

Estudos Africanos (KALIPENI, et al., 2007) apontam peculiaridades culturais que figuram como fatores comportamentais influentes na crescente epidemia do HIV/ AIDS. Alguns estudiosos apontam aspectos peculiares da sexualidade como a poligamia, a herança das viúvas e violação sexual de meninas virgens, entre outras são que caracterizam o comportamento do homem africano (RUSHING, 1995; SHANNON et al., 1991; OPPONG e KALIPENI, 1999). Neste paradigma, a existência da múltiparceria sexual é socialmente mais aceitável do que em outras culturas e tem sido praticada na forma de poligamia, deixando a mulher impossibilitada de controlar sua vida sexual (MACDONALD, 1996). Entretanto, esse comportamento não se traduz pela relação sexual extraconjugal envolvendo outras mulheres. A poligamia tradicional africana é definida como o ato de manter um casamento, ou seja, uma relação conjugal

com mais de uma parceira, mantendo, todas, o status de esposa, enquanto o homem assume o compromisso de fidelidade e de provedor, entre outras obrigações. Essa situação mantém a mulher submissa e inferiorizada, excluída do poder de decisão, exposta à violência doméstica, à falta de liberdade sexual e reprodutiva, modificando o seu comportamento no cotidiano assim como sua percepção ao risco de se contaminar pelo HIV, (SILVA, e VARGENS, 2009; BUCHALLA e PAIVA., 2002; SALDANHA, 2005; WERNECK., 2005). Não obstante, alguns estudos têm mostrado uma relação inversa entre as taxas de HIV / AIDS e as taxas de poligamia (KALIPENI, ET AL 1998; GHOSH, J, AWIRE-VALHMU, L M, 2007). No norte de África onde a poligamia é mais freqüente e fortemente enraizada nas sociedades islâmicas, a taxas de HIV/ AIDS têm se mostrado as mais baixas de todo o continente (TASTEMAIN e COLES 1993; KALIPENI e OPPONG,,1998). Isto pode explicar altas taxas de HIV/aids na população mais jovem, supostamente, por estar dissociada da poligamia tradicional anteriormente referida.

Violência doméstica

A violência doméstica, segundo a OMS é definida como aquela perpetrada por pessoas muito próximas, no âmbito das relações familiares que incluem o parceiro íntimo, podendo ser de natureza psicológica, física ou sexual. A característica doméstica, muitas vezes faz com que deixe de ser entendida como violência pela sociedade (SCHRAIBER, et al, 2005); isso também é verdadeiro na cultura angolana/ africana, onde os contextos familiar, individual e de gênero representam os principais alicerces de sua ocorrência (STARK e, FLITCRAFT, 1991).

Estudar a violência doméstica dando preferência a um olhar sociocultural (GARCIA-MORENO et al., 2007; (SCHRAIBERI et al., 2010 como embasamento teórico para vulnerabilidade ao HIV na população feminina angolana parece ser de extrema valia, uma vez que a violência figura como fator relevante para vários desfechos em saúde (CAMPBELL , 2002; ELLSBERG et al., 2008 ; JEWKES et al. 2002; KRUG et al., 2002), sobretudo por ocorrer nas relações interpessoais assimétricas e hierárquicas (RAVAZZOLA, 1997, 1999; OMS, REDESAÚDE, 2001; CORSI, 1997, 2003) já referidas á luz da cultura vigente, (SCHRAIBER et al., 2010; (GARCIA-MORENO et al., 2005; GARCIA-MORENO et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2007;). Alguns estudos realizados sobre comportamento violento (DAHLBERG & KRUG,

2003; HEISE & GARCIA-MORENO et al., 2003) associam a prática de atos violentos às crenças e antecedentes culturais, sem portanto considerar como prática de violência. Desta forma, peculiaridades culturais associadas como a poligamia e a desigualdade de gênero, entre outras, podem influenciar de certa forma a ocorrência de violência condicionando uma situação de vulnerabilidade.

O presente estudo volta-se para a perspectiva de gênero na cultura angolana, por entender a violência como produto de conflitos nas relações heterossexuais que podem propiciar uma condição de vulnerabilidade feminina ao HIV.

1.2.5 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A maternidade Augusto Ngangula (MAG), local de realização do estudo, está situada em Luanda capital de Angola, é um centro de referência nacional para assistência ao pré-natal de alto risco pelo Ministério da Saúde (MS). Está credenciada também para atividades de ensino em nível de pós graduação pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Universidade Agostinho Neto (UAN). Apresenta serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatologia, serviços de apoio ao diagnóstico, laboratorial e radiológico, serviço de emergência por 24h e serviços ambulatoriais nas mais diversas sub-especialidades. Devido ao número crescente de casos de HIV no país, foi implantada há cerca de cinco anos, um serviço de atendimento às gestantes portadoras do HIV/AIDS como medida estratégica no controle da transmissão vertical. O serviço de pré-natal atende 15 a 20 gestantes/dia, referenciadas ou de livre demanda.

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

Estimar a frequência de fatores de risco para transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes HIV positivas e mulheres gestantes HIV negativas usuárias da rede pública de saúde em Luanda, Angola, e verificar a associação destes com a infecção pelo HIV/AIDS, durante o período de agosto de 2007 a dezembro de 2009.

2.2 – Específicos

4.2.1. Estimar a frequência de potenciais fatores de risco para transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes HIV positivas e mulheres HIV negativas

4.2.2. Verificar associação entre a infecção pelo HIV/AIDS e os potenciais fatores de risco para transmissão sexual do HIV:

Fatores socioeconômicos: escolaridade, ocupação, renda pessoal/ chefe família, gastos pessoais, habitação (tipo de moradia), energia, água, bens domésticos

Fatores demográficos: idade, estado civil, agregação familiar, naturalidade, residência, etnia

Fatores políticos: proveniente de zona de guerra, migração, reclusão em presídio ou cativeiro militar, cumprimento de serviço militar

Fatores culturais: união conjugal anterior, iniciativa do relacionamento, religião, idade do parceiro, poligamia, separação temporária, comportamento controlador pelo parceiro, violência psicológica, física, sexual, física por outro familiar

Características e comportamento das mulheres estudadas: sorologia do parceiro, número de parceiros sexuais anteriores, uso de preservativo com parceiro fixo, uso de preservativo com parceiro ocasional, sexo sob efeito de álcool (início da atividade sexual, contraceptivo utilizado, presença de DST.

Características e comportamento dos parceiros das mulheres estudadas: Idade, escolaridade, tempo de convivência com parceiro, frequência em Barbeiro, uso de bebidas alcoólicas,

3- METODOLOGIA

3.1 - Desenho e população de estudo

Estudo de caso-controle, de base hospitalar, envolvendo 1092 mulheres gestantes das quais 273 com sorologia positiva para HIV - consideradas **casos**, e 819 gestantes com sorologia negativa para HIV - consideradas controles, selecionadas em consulta do pré-natal na maternidade Augusto Ngangula em Luanda – Angola, por um período de 28 (vinte e oito) meses, compreendido entre agosto de 2007 a novembro de 2009. A população de estudo foi constituída por mulheres gestantes que procuraram espontaneamente o referido serviço ou foram encaminhadas para acompanhamento no ambulatório de pré-natal.

3.2 - Procedimentos para seleção dos grupos de estudo

As pacientes foram selecionadas no ambulatório do pré-natal após o aconselhamento pré-teste e a realização do teste rápido para HIV. Após o resultado do teste todas as gestantes eram convocadas para uma conversa prévia com o intuito de informar sobre a pesquisa e convidar para participação na mesma. Aquelas que concordassem, eram conduzidas à sala de entrevista onde, após o esclarecimento detalhado dos objetivos da investigação, era assinado o termo de consentimento e aplicado o questionário. Aquelas gestantes com resultado da sorologia positivo para HIV (teste rápido) tornaram-se casos. As gestantes que apresentaram teste rápido anti-HIV negativo foram selecionadas como controles até ter sido atingido o tamanho estimado para amostra, mantendo a razão de 3 controles para cada caso. As mulheres com resultado do teste sorológico duvidoso foram excluídas do estudo.

3.3 - Cálculo da Amostra

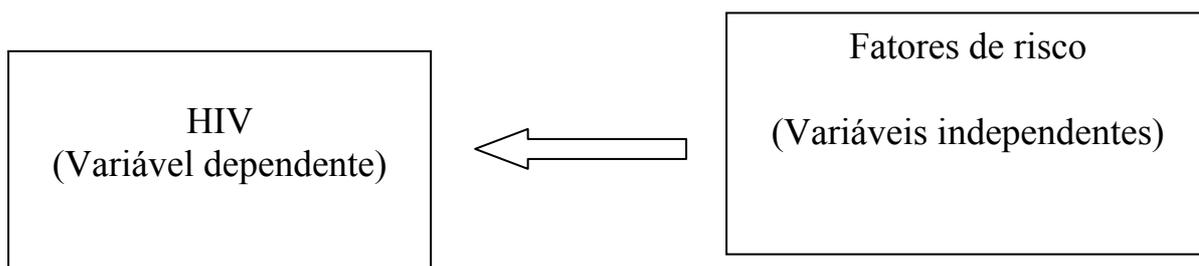
A amostra da população estudada foi calculada baseando-se nos seguintes parâmetros: Erro alfa de 5%, erro beta de 20%, poder do estudo 80% e uma diferença de frequências (54/44) entre casos e controles da variável escolaridade. Nesta variável foi considerada a categoria “baixa escolaridade” a partir de um total de 100 mulheres que permitiram a realização do estudo piloto prévio e contudo estimado um caso para 3 controles, sendo 273 casos e 819 controles totalizando 1092 casos, a amostra para o presente estudo.

3.4 - Variáveis de análise

Definição dos grupos de estudo (variável dependente)

Foram considerados casos as mulheres HIV positivas, as pacientes que apresentaram evidência sorológica para HIV por se mostraram reagentes ao teste rápido (VIKIA HIV 1/2 da bio Merieux) e considerados controles, pacientes que depois de submetidas ao teste rápido anti HIV apresentarem evidência sorológica negativa para HIV.

Variável dependente/ variáveis independentes



3.5 - Modelo conceitual

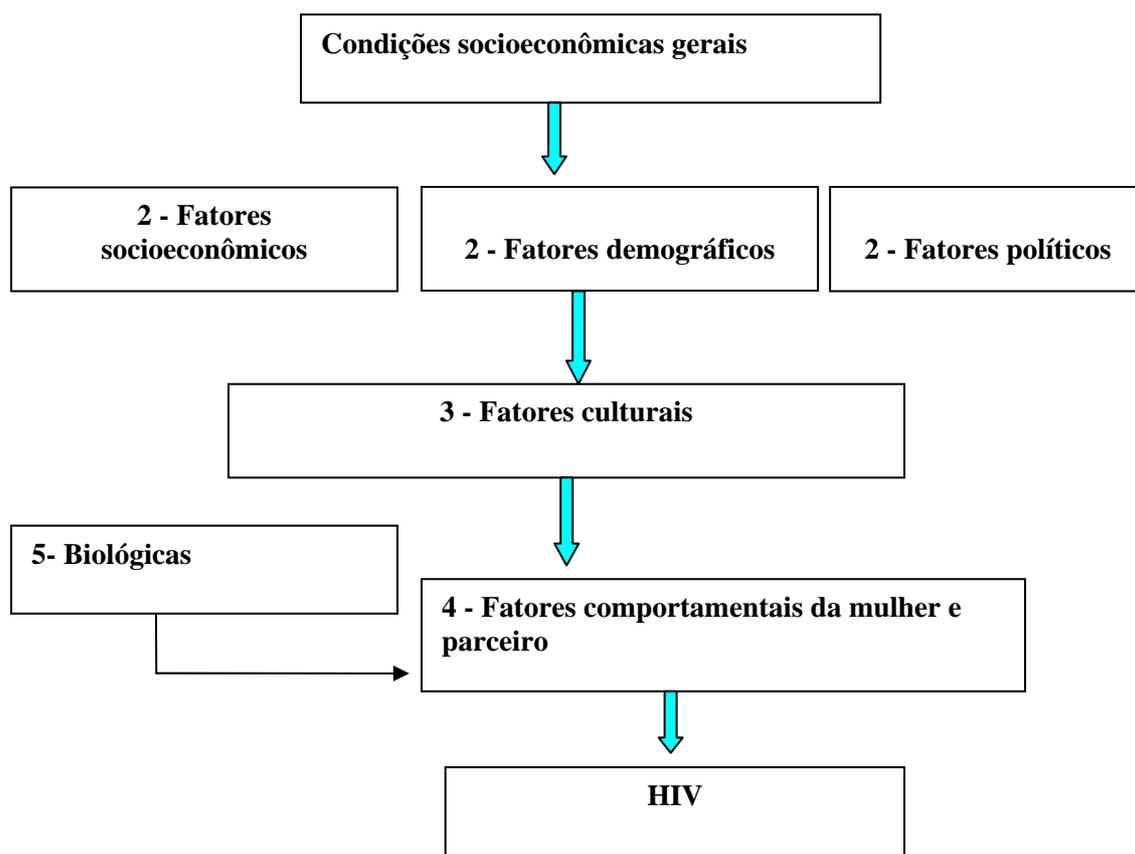


Figura 1 - Modelo conceitual para transmissão sexual do HIV em mulheres

3.6 - Definições operacionais para termos e variáveis

Os fatores de risco para transmissão sexual do HIV (demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais e comportamentais) foram agrupados por blocos de variáveis, de acordo com um modelo conceitual previamente estabelecido compreendendo diferentes níveis de determinação (Figura 1).

De acordo com o esquema acima os fatores socioeconômicos e demográficos gerais representam o nível 1 (distal) ; os fatores demográficos, socioeconômicos e políticos representam o nível 2 (intermediário); os fatores culturais representam o nível 3 (intermediário); os fatores comportamentais representam o nível 4 (intermediário) ; os fatores biológicos representam o nível 5 (proximal).

3.6.1 - Variáveis demográficas

Foram consideradas variáveis demográficas: idade, estado civil, nacionalidade, naturalidade, situação familiar, aglomeração familiar, residência e etnia.

Idade – variável numérica contínua expressa em anos, contada desde a data de nascimento até o momento de admissão hospitalar para participação do estudo e deverá estar de acordo com o registro de identidade do indivíduo apresentado na consulta. categorização: até 29 anos, de 30 a 49 anos

Estado civil: foi considerado estado civil é a condição em que a mulher se acha em relação ao matrimônio ou situação conjugal segundo a constituição Brasileira (Lei 9.278/96). – variável categórica nominal policotômica. Categorias: solteira (quem nunca se casou, ou que teve o casamento anulado), casada (quem contraiu [matrimônio](#), independente do regime de bens adotado).

Agregação familiar – refere-se ao numero de indivíduos independente da idade que vivem no domicílio e em comunhão de mesa. Categorias: até 3 pessoas, 4 a 6 pessoas, 7 e mais

Naturalidade: foi referido como o local em que a mulher entrevistada nasceu Categorias: Luanda, outras províncias, estrangeiro

Residência:: refere-se área administrativa de residência habitual correspondente ao bairro e município de Luanda aonde reside atualmente. Variável nominal policotômica. Categorias: RLM, outros municípios, outra província

Etnia: definida segundo a língua nacional falada trazendo a tona a origem étnica “bantu” Categorias: kimbundo, umbundo, kicongo, outras, estrangeira

3.6.2 - Variáveis socioeconômicas

1 - Fatores de risco socioeconômicos segundo a inserção produtiva da mulher e do chefe de família

Escolaridade: Escolaridade – refere-se ao número de anos de escolaridade completos da mulher: variável nominal policotômica. Categorias: analfabetas, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior

Ocupação: – refere-se ao tipo de atividade desenvolvida pela mulher. Foi categorizada em:

função pública, autônoma, dona de casa, estudante

Renda pessoal: Foi escolhido o valor de 150 USD como ponto de corte escolhido por ser o salário mínimo atualmente em vigor em Angola. Categorias: sem renda, não sabe, até 300 dólares, acima de 300 dólares

Renda do chefe de família: Foi escolhido o valor de 150 USD como ponto de corte escolhido por ser o salário mínimo atualmente em vigor em Angola. Categorias: sem renda, até 300 dólares, acima de 300 dólares

2 - Fatores socioeconômicos segundo o padrão de consumo das mulheres

Gastos pessoais: foram considerados gastos pessoais o valor em dólares correspondente ao que a mulher gasta por mês para necessidades individuais; ou seja, artigos ou produtos que não partilha com outros membros da família. Categorias: abaixo de 150 dólares, de 150 a 300 dólares, acima de 300 dólares

Tipo de habitação – classifica qualitativamente o tipo de habitação onde reside o sujeito da pesquisa, tendo em conta o material utilizado na sua construção. Variável categórica nominal policotômica. Categorias: alvenaria, outras

Abastecimento de água: refere-se á origem do abastecimento da água utilizada para o consumo doméstico como higiene e preparação de alimentos. Variável categórica nominal policotômica. Categorias: água canalizada, fontenário, abastecimento por cisterna

Abastecimento de energia elétrica: refere-se ao consumo de energia elétrica bem como outra fonte caso não tenha a rede publica de abastecimento. Categorias: com energia, abastecimento por gerador, sem energia

Posse de bens domésticos: refere-se ao uso de bens de consumo doméstico. Categorias: um bem, dois a quatro bens, cinco a seis bens

3.6.3 - Variáveis políticas

Mobilização militar: foi considerada mobilizada a mulher que se declarar incorporada nas forças armadas ou qualquer outro ramo da vida militar em pleno exercício Variável categórica nominal policotômica. Categorias: não mobilizado, mobilizado

Antecedentes críticos de Guerra (Situações de guerra): refere-se á história referida pela mulher retratando uma vida crítica sobre efeitos do reascender da guerra civil em Angola. Variável categórica nominal policotômica. Categorias: não vivenciou situações, vivenciou situações

3.6.4 - Variáveis culturais

União conjugal anterior. Refere-se a história pregressa de união conjugal anterior da mulher antes da união atual. Categorias : uma união, duas ou mais uniões

Iniciativa do relacionamento: refere-se a pessoa que toma iniciativa para começo de um relacionamento conjugal/ amoroso. categorias: homem, mulher

Religião: refere-se a denominação de crença religiosa que a mulher professa. Categorias : com religião, sem religião

Idade do parceiro: foi declarada pela mulher o número de idade em anos completos do parceiro. Categorias: 20 a 29 anos; 30 a 39 anos, 40 anos e mais, desconhece

Poligamia: refere-se á relação conjugal de um homem com um numero definido de - mais de duas_parceiras, conferindo a todas o status de esposa, assumindo este o papel de provedor e o compromisso de fidelidade, entre outras obrigações, sem, no entanto a coexistência de relações com outra parceira fora deste circuito). categorias: não tem outra mulher, tem outra mulher, 2 a 4 mulheres, cinco mulheres e mais

Separação temporária: refere-se a possibilidade de ter havido separação por algum tempo, no decorrer de seu relacionamento com o atual parceiro. Categorias: nunca, sim

Comportamento controlador do parceiro: forma de violência praticada pelo parceiro íntimo que caracteriza algum tipo de comportamento agressivo e abusivo. Categorias: 1- Vocês brigam; 2- Evita que você visite amigos/ vizinhos; 3- Procura restringir seu contacto com a família; 4- houve, a tende as sua preocupações ou sentimentos; 5- Insiste em saber sempre onde vc está; 6- Lhe ignora e a trata com indiferença; 7- Fica zangado se você conversa com outro homem; 8- Está freq. Suspeitando que vc é infiel; 9- Espera sempre que você peça permissão antes de procurar cuidados se sua própria saúde; 10- Nenhuma das situações ocorreu; 88- não se aplica; 99- sem informação. **Para análise foi recategorizado em sim (aquelas que declararam ter vivenciado alguma das categorias citadas) e não (quando não houver declarado nenhuma categoria).**

Violência psicológica: forma de violência praticada pelo parceiro íntimo que caracteriza algum tipo de comportamento agressivo de natureza psicologia. Categorias: 1- Insulta-se e te faz sentir-se mal a respeito de si mesma ; 2- Depressiou ou humilhou vc na frente de outras pessoas; 3- Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (gritou, qubrou coisas, etc) ; 4- Ameçou machuca-la ou a alguém que você gosta; 5- nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação. **Para análise**

foi recategorizado em sim (aquelas que declararam ter vivenciado alguma das categorias citadas) e não (quando não houver declarado nenhuma categoria).

Violência física: forma de violência praticada pelo parceiro íntimo que caracteriza algum tipo de comportamento agressivo de natureza física. Categorias: 1- Zangou-se a ponto de bater em você (tapa, soco, empurão, chute, surra); 2- Já a agrediu usando arma ou faca?; 3 - Já foi agredida durante a gravidez; 4- Tentou estrangular vc de propósito; 5- Já prometeu matar-te; 6- Já precisou cuidados médicos para tratar das lesões por agressão física; 7- Vc participou a polícia por alguma das agressões que já sofreu; 8- Vc participou a família, igreja, OMA por alguma das agressões que já sofreu; 9- tentou queimar-te de propósito; 10- nenhuma das situações; 88 – não se aplica; 99- sem informação. **Para análise foi recategorizado em sim (aquelas que declararam ter vivenciado alguma das categorias citadas) e não (quando não houver declarado nenhuma categoria).**

Violência sexual forma de violência interpessoal praticada por parceiro íntimo, ou familiar á mulher em condições de superioridade (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) caracterizado por um comportamento coercivo que obriga a mulher ao ato sexual com objetivo de invadir sua autonomia, integridade física ou psicológica. Categorias: 1- Forçou-te fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria; 2- você teve que fazer porque tinha medo de da reação dele; 3- Forçou a uma pratica sexual degradante ou humilhante ; 10- nenhuma das situações ocorreu 88 – não se aplica; 99- sem informação. **Para análise foi recategorizado em sim (aquelas que declararam ter vivenciado alguma das categorias citadas) e não (quando não houver declarado nenhuma categoria).**

3.6.5 - Variáveis comportamentais

1 - comportamento sexual da mulher

Foram consideradas variáveis comportamentais das mulheres as seguintes: sorologia do parceiro, número de parceiros sexuais anteriores, uso de preservativo com parceiro fixo, uso de preservativo com parceiro ocasional, sexo sob efeito de álcool.

Condição sorológica do parceiro: foi referido pela mulher ter ou não conhecimento sobre o. Categorias: HIV+, HIV-, desconhece

Número de parceiros: refere-se ao número de parceiros sexuais que a mulher teve durante sua vida sexual. Categorias: um parceiro, dois parceiros, três parceiros, quatro e mais

Motivo para não uso de preservativo com parceiro fixo. categorias: casada, uso outro método, descuido, ele não gosta

Uso de Preservativo com parceiro ocasional. categorias: sem parceiro ocasional, não usou, usou

Relação sexual sob efeito de álcool: refere-se à prática de relação sexual sob efeito de álcool. Categorias: sim, não

2 - Características e comportamento dos parceiros

Foram consideradas variáveis comportamentais dos parceiros as seguintes: idade, escolaridade, tempo de convivência com parceiro, frequência em barbeiro, uso de bebidas alcoólicas. Variáveis policotômica.

Idade do parceiro – variável numérica contínua expressa em anos, contada desde a data de nascimento até o momento de admissão hospitalar para participação do estudo e deverá estar de acordo com o registro de identidade do indivíduo apresentado na consulta. categorização:

20 a 29 anos, 30 a 39 anos, acima de 49 anos, desconhece

Uso de barbeiro para corte de cabelo: sim, não

Consumo de álcool: refere-se ao hábito de consumo de bebidas alcoólicas: categorias: sim, não

Escolaridade: Escolaridade – refere-se ao número de anos de escolaridade completos da mulher: variável nominal policotômica. Categorias: ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e mais, desconhece

Tempo de convivência com parceiro: refere-se ao tempo definido em anos, em que a mulher vem convivendo com o parceiro sexual. Categorias: menos de 1 ano, um a cinco anos, mais de cinco anos, desconhece

3.7 – Coleta e armazenamento dos dados

A coleta de dados foi realizada em 2 tempos. Inicialmente foi realizado um estudo piloto que envolveu 50 casos e 50 controles visando constituir dados que servissem de base para o cálculo do tamanho da amostra, e testar a clareza, e eficiência do questionário. Após a análise do piloto, algumas perguntas puderam ser reformuladas e outras eliminadas, o que culminou com a elaboração do questionário definitivo, aplicado à população de estudo para responder aos objetivos propostos.

3.8 - Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em banco no programa estatístico EPI-INFO 6.04 b (CDC, Atlanta, USA), sendo realizada digitação com dupla entrada de dados e utilizado o programa “*validate*” para verificação e posterior correção de eventuais erros de digitação. Os dados coletados permitiram a construção de um banco de dados no programa estatístico EPI-INFO que foi analisado utilizando o pacote estatístico STATA 8.2 (Copyright 1984-2003). Para análise, as variáveis foram agrupadas em blocos. Inicialmente procedeu-se a análise univariada, verificando-se a associação de cada variável com a infecção pelo HIV. Foram calculados os Odds Ratio com os respectivos

intervalos de confiança ao nível de 95% e o valor de “p”. As variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na associação com o desfecho foram introduzidas em um modelo multivariado intra-bloco. Permaneceram no modelo final aquelas variáveis com valor de $p < 0,05$.

3.9 - Limitações metodológicas

O tipo do desenho de estudo adotado, o torna susceptível a vieses, particularmente pelo fato do desfecho e exposição já haverem ocorrido. (RODRIGUES E WERNECK, 2003). Serão discutidas, abaixo, as principais limitações metodológicas deste estudo e as estratégias adotadas para minimizá-los.

Segundo Medronho (2003) a seleção dos casos em estudos de caso-controle exige uma definição clara e padronizada do desfecho de interesse assim como, a clara opção por casos incidentes ou prevalentes. Neste estudo optou-se por incluir mulheres gestantes em consulta do pré-natal após testagem da soropositividade para o HIV através do teste rápido. Como casos e controles foram selecionados no mesmo ambulatório de pré-natal, eram provenientes da mesma população de origem sendo, portanto comparáveis quanto à área geográfica domiciliada, condições socioeconômicas e políticas a elas expostas, e quanto ao contexto cultural.

A seleção apenas de mulheres gestantes limita a possibilidade de extrapolação dos resultados para outros grupos de mulheres não gestantes. Por outro lado, estudos que tomam como referência mulheres gestantes são particularmente relevantes, pelo fato das mesmas constituírem uma parcela importante das mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual ativa e pelo potencial de impacto de intervenções sobre a saúde dessas mulheres e sobre a transmissão sexual e vertical. Ressalta-se, no entanto que os resultados obtidos no estudo não podem ser automaticamente extrapolados para as gestantes que não fazem pré-natal.

Os casos incidentes representam os casos novos que surgem, enquanto que, os prevalentes, representam os indivíduos com a doença (evento), em um determinado período de tempo. A seleção de casos prevalentes permite a inclusão de maior número de sujeitos porém a duração longa da doença pode levar a modificação dos hábitos ou exposição condicionada pelo tempo decorrido desde o estabelecimento do diagnóstico. No presente estudo os casos selecionados eram recém diagnosticados

(minutos antes da entrevista), portanto não houve tempo para que o conhecimento da infecção viesse a influenciar os hábitos das pacientes.

Quanto aos vieses de informação e recordação, as perguntas sobre aspectos relativos à vida pessoal e afetiva podem ter causado inquietações e, conseqüentemente, distorção na recordação e na informação de vários fatores pesquisados. Esse problema pode torna-se maior se o conhecimento do status sorológico vier a influenciar a capacidade de relembrar as informações solicitadas. Para minimizar estes vieses foi elaborado um questionário com perguntas fechadas, e linguagem simples e clara, que foi aplicado pelo mesmo entrevistador. Além disso, a abordagem das pacientes foi realizada em ambiente privativo, com garantia de sigilo e anonimato, e oferecimento de material educativo após a consulta.

Não se pode afastar a possibilidade de erro de classificação quanto ao diagnóstico da infecção pelo HIV. No entanto, como o teste rápido utilizado (VIKIA HIV 1/2 da bioMerieux) tem sensibilidade e especificidade de aproximadamente 99%, de acordo com as informações do fabricante, o erro é pequeno e seria um erro de classificação não diferencial.

4- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo atendeu às orientações éticas quanto á pesquisa envolvendo seres humanos, (World Medical Association, 2002); Brasil, ministério da saúde, 1996). Foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética do Instituto Nacional de Luta contra a Sida, do Hospital Augusto Ngangula em Luanda e da UFPE antes do início da coleta de dados. Foi solicitado consentimento livre e informado por escrito das pacientes, assegurando o caráter de confidencialidade e exclusividade dos dados para fins científicos.

5 - RESULTADOS

ARTIGO 1* – Associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e políticos e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

ARTIGO 2* – Associação entre fatores culturais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

ARTIGO 3* – Associação entre fatores comportamentais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

ARTIGO 1* – Associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e políticos e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

Associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e políticos e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

RESUMO: Introdução: Estudos sobre os determinantes da infecção pelo HIV em mulheres africanas são escassos na literatura. **Objetivos:** Identificar fatores demográficos, socioeconômicos e políticos associados com a infecção pelo HIV em mulheres angolanas. **Método:** estudo de caso controle envolvendo 1092 mulheres gestantes, das quais 273 eram casos (mulheres com sorologia positiva para HIV) e 819 eram controles (mulheres com sorologia negativa para HIV), selecionadas a partir do atendimento pré-natal na maternidade Augusto Ngangula em Luanda-Angola, no período de 2007 a 2009. **Resultados:** Das 1092 gestantes, 63.1% pertenciam à faixa etária de 30 a 49 anos, 94.7% eram casadas e 54.8% eram naturais de Luanda. A maioria pertencia à etnia quimbundo (66.0%) e 2,4% haviam vivenciado situações de guerra. Os seguintes fatores apresentaram associação independente com a infecção pelo HIV: Demográficos: idade, local de residência e etnia; Socioeconômicos: ocupação, renda pessoal e do chefe de família, tipo de moradia, abastecimento de água e energia e a posse de bens domésticos; Políticos: ter vivenciado situações de guerra **Conclusões:** A associação do HIV com a idade sugere prevalência aumentada de infecção a partir de 30 anos e conseqüentemente uma provável sub notificação em mulheres mais jovens, implicando em políticas de saúde da mulher voltadas para esse grupo e incentivo ao teste sorológico voluntário para HIV antes da gestação. A condição socioeconômica não mostrou associação clara com a infecção pelo HIV sugerindo um duplo padrão, evidenciando assim a complexidade da rede de determinantes da infecção.

Unitermos : HIV, transmissão sexual, gestante, fatores de risco

Association between demographic, socioeconomic and political factors and HIV infection in pregnant women

SUMMARY: Background: Studies on the determinants of HIV infection in African women are scarce in the literature. **Objectives:** To identify demographic, socioeconomic and political factors associated with HIV infection in Angolan women. **Methods:** A case control study was conducted, comprising 1092 pregnant women of which 273 were cases (women who were seropositive) and 819 were controls (women who were seronegative), selected from the antenatal maternity Ngangula of Luanda-Angola in the period 2007 to 2009. **Results:** Of the 1092 pregnant women, 63.1% were aged 30 to 49 years, 94.7% were married, and 54.8% were born in Luanda. Most of them belonged to the Quimbundo ethnicity (66.0%) and 2.4% experienced situations of war. The following factors were independently associated with HIV infection: Demographic: age, place of residence and ethnicity; Socioeconomic: occupation, personal income and income of the head of the family, housing, water supply, energy and possession of goods; Political: having experienced war situations. **CONCLUSIONS:** The association of HIV with age suggest an increased prevalence of infection from 30 years and therefore a likely underreporting in younger women, highlighting the importance of developing health policies targeting this group and the need to encourage HIV serologic testing before pregnancy. The socioeconomic status showed no clear association with HIV infection suggesting a double pattern, thus underlining the complexity of the network of the determinants of infection.

Keywords: HIV, sexual transmission, pregnant women, risk factors

INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV passou de simples relato de casos para uma epidemia mundial levando a repercussões significativas do ponto de vista socioeconômico, antropológico, político, cultural entre outros. (GALVÃO, et al 2000). Segundo estimativas mundiais, o número de indivíduos que vivem com HIV no mundo aumentou de 29,0 para 33,4 milhões no período de 2001 a 2008, e 2,0 milhões de óbitos ocorreram em 2008. Neste cenário, a África Sub-Sahariana representa a região mais afetada contribuindo com 67% do total de infecções, além de 72% do total de óbitos (ONUSIDA & OMS, 2009). Estudos realizados sobre o perfil epidemiológico do HIV no mundo têm revelado um caráter heterossexual e feminização, além da pauperização e interiorização do HIV (BRITO et al 2000; NETO, J.F.R et al, 2010) com variações regionais notáveis, sobretudo nos países mais pobres como os do continente Africano (CASTILHO e CHEQUER, 1997; CASTILHO et al., 1999; OLINTO e GALVÃO, 1999; UNAIDS, 2004; PARKER, 2000; NETO, 2010). Já na década de 80 a proporção de mulheres com HIV era importante, inclusive em países desenvolvidos como Estados Unidos e Reino Unido, chegando a atingir 20 % na Europa comparado aos 50% na África (JONES, 1989).

Segundo as estatísticas da UNAIDS (2009), do total de 31,3 milhões de adultos vivendo com HIV, 15,7 milhões representa a população mundial feminina. Na África sub-sahariana num total de 22,4 milhões de pessoas vivendo com HIV, 60% destes são mulheres, sendo Botswana (25,0%), África do sul (16,9%), Zâmbia (14,6%) os países de maior prevalência nesta população. Estudo envolvendo gestantes em regiões fronteiriças de Angola com o exterior evidenciou uma soroprevalência baixa (2,8%) (INLS, 2005), comparado aos 37% em Botswana e 21,0% na Zâmbia observados também em gestantes.

A vulnerabilidade ao HIV foi inicialmente identificada em grandes centros urbanos onde os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e receptores de sangue e hemoderivados representaram os principais grupos de risco. Estudos posteriores constataram que além dos fatores ora listados, outros aspectos de ordem socioeconômica, demográfica, política, cultural e comportamental compunham a vulnerabilidade para infecção. Com relação à vulnerabilidade feminina e particularmente na África sub-sahariana, além da susceptibilidade biológica na relação heterossexual e outros fatores referidos, a poligamia, violência e desigualdades na

relação de gênero estão na diversidade dos fatores de risco para transmissão ao HIV (SEFFNER,1998; UNAIDS, 2009; KHOBOTLO et al., 2009; ANDERSSON et al., 2007).

Em Angola, os aspectos políticos, demográficos, culturais, socioeconômicos são peculiares e podem tornar a mulher mais vulnerável as DST/Aids, contribuindo assim para os altos e crescentes índices registrados do HIV na África Sub-Sahariana da qual Angola faz parte (WHO, 1999; ANGOLA, 2001; MONTAGNIER, 1995).

Nesta perspectiva, o presente estudo objetiva identificar fatores de risco para transmissão sexual do HIV em mulheres angolanas, visando subsidiar propostas de intervenções no cuidado da saúde sexual e reprodutiva destas. Estudos que tomam como referência mulheres gestantes são particularmente relevantes, pelo fato das mesmas constituem uma parcela importante das mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual ativa e pelo potencial de impacto de intervenções sobre a saúde dessas mulheres e sobre a transmissão sexual e vertical.

MÉTODOS

Trata-se de estudo caso-controle envolvendo 1092 mulheres gestantes das quais 273 são casos e 819 são controles selecionadas em consulta do pré natal na maternidade Augusto Ngangula em Luanda – Angola no período de 2007 a 2009. Esta instituição é referencia nacional do Ministério da Saúde e Universidade Agostinho Neto para assistência médica incluindo a transmissão vertical do HIV/AIDS em gestante e atividades de ensino em nível de pós-graduação. Foram considerados casos as mulheres que apresentaram sorologia positiva para HIV quando submetidas ao teste rápido e controles as mulheres que apresentaram sorologia negativa para o HIV. Foram atendidas todas as exigências éticas, assim como a submissão e aprovação pelos comitês de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da UFPE- Brasil e MINSA - Angola. A técnica para a coleta de dados foi a entrevista individual, realizada em ambiente privativo, utilizando questionário semi estruturado e composto de questões fechadas, aplicado pela pesquisadora principal após estudo piloto que subsidiou a estimativa da população e adequação do instrumento. Os dados coletados permitiram a construção de banco no programa estatístico EPI-INFO e análise pelo pacote estatístico STATA 8.2 (Copyright 1984-2003). As variáveis foram inicialmente agrupadas em blocos. Na análise univariada foi verificada a associação de cada variável com a infecção pelo HIV. Considerando o cálculo de Odds Ratios, respectivos intervalos de confiança de 95% e o

valor de “p”. As variáveis que apresentaram um valor de $p < 0.20$ na associação com o desfecho foram introduzidas em um modelo multivariado intra bloco. Aquelas que apresentaram um valor de $p < 0.010$ no modelo intra bloco foram introduzidas em um modelo multivariado final. Permaneceram no modelo final aquelas variáveis com valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

A mostra foi constituída principalmente de mulheres casadas (94.7%) na faixa etária de 30 a 49 anos (63.1%); de 20 a 29 anos (34.6%), naturais de Luanda (54.8%) e pertencentes a etnia quimbundo (66.0%).

Fatores de risco demográficos

Na análise univariada o estado civil, a agregação familiar e a naturalidade, não se mostraram associadas à infecção pelo HIV a nível de 5%. A idade, o local de residência e a etnia mostram associação independente com a infecção pelo HIV, após o ajustamento intra bloco e no modelo final.

Tabela – 1: Associação entre fatores de risco demográficos e a infecção pelo HIV em mulheres gestantes - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola

Variável	Pop. de estudo		Odds Ratio *			Odds Ratio **		
	Caso	Controle	OR	IC	P	OR	IC	P
Idade								
até 29 anos	58(21.25)	345(42.12)	1	-	-	-	-	-
30 a 49	215(78.8)	474(57.9)	2.70	1.96-3.72	0.000	3,00	2.11 - 4.29	0.000
Estado civil								
casada	258(94.5)	776(94.7)	1	-	-	-	-	-
solteira	15(5.5)	43(5.3)	1.05	0.57- 1.92	0.876	-	-	-
Agregação familiar								
até 3 pessoas	66(24.2)	234(28.6)	1	-	-	-	-	-
4 a 6 pessoas	160(58.6)	412(50.3)	1.38	0.99-1.91	0.056	-	-	-
7 e mais	47(17.2)	173(21.1)	0.96	0.63 - 1.47	0.862	-	-	-
Natural idade								
Luanda	161(59.0)	437(53.4)	1	-	-	-	-	-
Outras prov	109(39.9)	367(44.8)	0.81	0.61-1.07	0.131	0.51	0.36-0.72	0.000
estrangeiro	3(1.1)	15(1.8)	0.54	0.16 -1.90	0.339	0.12	0.02-0.72	0.020
Residência								
RML	226(82.8)	690(84.2)	1	-	-	-	-	-
outros municípios	36(13.2)	127(15.5)	0.87	0.58 - 1.29	0.478	0.86	0.56- 1.32	0.488
Outra prov	11(4.0)	2(0.2)	16.80	3.70 -76.33	0.000	27.04	4.56- 160.50	0.000
Etnia/ dialetos								
kimbundo	165(60.4)	556(67.9)	1	-	-	-	-	-
umbundo	73(26.7)	97(11.8)	2.54	1.79 - 3.60	0.000	3.57	2.38- 5.34	0.000
kicongo	26(9.5)	126(15.4)	0.70	0.44 -1.10	0.119	0.99	0.60- 1.64	0.602
outras	2(0.7)	29(3.5)	0.23	0.06 -0.98	0.048	0.16	0.02- 0.99	0.049
estrangeira	7(2.6)	11(1.3)	2.14	0.82 - 5.62	0.121	4.99	1.17-21.22	0.029

OR: razão de produtos cruzados; IC: intervalo de confiança; P: valor de P; Produto bruto: não ajustada;

* Odds Ratio ; ** Odds Ratio (1): ajustada para variáveis intra bloco (estado civil e aglomeração familiar)

Fatores de risco socioeconômicos

As tabelas abaixo mostram as características socioeconômicas das mulheres selecionadas na amostra. No total de mulheres estudadas (273/829), 4,6% eram analfabetas e (27,1%) eram donas de casa. Aproximadamente (73,2% dos chefes de família tinham renda superior a 300USA. Na tabela 2 estão apresentadas as variáveis socioeconômicos segundo a inserção produtiva da mulher e do chefe de família, das quais, a escolaridade não se mostrou associada ao HIV na análise univariada. Entretanto, a ocupação, a renda pessoal e a do chefe de família, mantiveram associação independente com o HIV após o ajustamento intra bloco.

Tabela – 2: Associação entre fatores socioeconômicos segundo a inserção produtiva da mulher e do chefe de família e a infecção pelo HIV em mulheres gestantes - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola

Variável	Pop. de estudo		Odds Ratio *			Odds Ratio **1		
	Caso	Controle	OR	IC	P	OR	IC	P
Escolaridade								
analfabetas	10(3.7)	38(4.6)	1	-	-	-	-	-
fundamental	140(51.3)	463(56.5)	1.15	0.556-2.36	0.706	-	-	-
médio	108(39.6)	280(34.2)	1.47	0.71- 3.04	0.305	-	-	-
superior	15(5.5)	38(4.6)	1.5	0.60- 3.76	0.387	-	-	-
Ocupação								
F. pública	74(27.1)	136(16.6)	1	-	-	-	-	-
autônoma	93 (34.1)	307(37.5)	0.56	0.39-0.80	0.002	0.99	0.58 -1.40	0.640
D casa	82(30.0)	222(27.1)	0.68	0.46-0.99	0.046	1.16	0.64-13.93	0.698
estudantes	24(8.8)	142(17.3)	0.31	0.19-0.52	0.000	0.44	0.24- 0.81	0.008
Renda pessoal								
sem renda	89(32.6)	323(39.4)	1	-	-	-	-	-
não sabe	30(11.0)	169(20.6)	0.64	0.41- 1.01	0.058	0.64	0.34 -1.19	0.157
até 300\$	98(35.9)	216(26,2)	1.65	1.18- 2.30	0.003	1.67	1.04-2.68	0.033
> 300\$	56(20,6)	111(13,5)	1.83	1.23- 2.73	0.003	1.77	1.01-3.10	0.045
Renda chefe***								
sem renda	12(4.4)	13(1.6)	1	-	-	-	-	-
até 300\$	60(22,0)	153(18,7)	0.42	0.18-0.99	0.046	0.35	0.14-0.81	0.017
> 300\$	200(73,2)	644(78,7)	0.35	0.15-0.75	0.008	0.34	0.15-0.78	0.011

OR: razão de produtos cruzados; IC: intervalo de confiança; P: valor de P

*** Odds Ratio ; ** Odds Ratio 1. ajustada para variáveis intra bloco *** renda do chefe de família**

No grupo de variáveis socioeconômicas segundo o padrão de consumo da mulher, apenas o tipo de moradia, o abastecimento de água e a posse de bens mantiveram associação independente com o HIV na análise multivariada, após o ajustamento intra bloco - tabela 3

Tabela – 3: Associação fatores socioeconômicos segundo o padrão de consumo das mulheres e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola

Variável	Pop. de estudo		Odds Ratio *			Odds Ratio **1		
	Caso	Controle	OR	IC	P	OR	IC	P
Gastos pessoais								
< 150D	196(71.8)	702(85.7)	1	-	-	-	-	-
150 a 300D	70(25.6)	107(13.1)	2.34	1.67- 3.29	0.000	-	-	-
> 300D	7(2.6)	10(1.2)	2.51	0.94- 6.67	0.066	-	-	-
Tipo habitação								
alvenaria	264(96.7)	810(98.9)	1	-	-	-	-	-
outros	9(3.3)	9(1.1)	3.07	1.21- 7.81	0.019	3.01	1.09-8.33	0.033
Abastecimento de água								
Água canalizada	104(38.1)	325(39.7)	1	-	-	-	-	-
fontenário	86(31.5)	306(37.4)	0.89	0.63- 1.22	0.435	1.56	1.08-2.25	0.017
cisterna	83(30.4)	188(23.0)	1.38	0.98- 1.94	0.063	2.86	1.93-4.24	0.000
Energia eléctrica								
com energia	245(89.7)	621(75.8)	1	-	-	-	-	-
gerador	25(9.2)	104(12.7)	0.61	0.38- 0.97	0.035	-	-	-
sem energia	3(11.1)	94(11.5)	0.08	0.03- 0.26	0.000	-	-	-
Bens domésticos****								
1 bem	15(5.5)	254(31.0)	1	-	-	-	-	-
2 a 4 bens	181 (66.31)	504 (60.74)	6.08	3.52- 10.52	0.000	6.08	3.52-10.52	0.000
5 a 6 bens	77(28,2)	61(7,4)	21.37	11.50- 39.72	0.000	21.37	11.50- 39.72	0.000

OR: razão de produtos cruzados; IC: intervalo de confiança; P: valor de P

*** Odds Ratio ; ** Odds Ratio 1. ajustada para variáveis intra bloco**

***** renda do chefe de família ****bens de uso domésticos**

Fatores de risco políticos

A tabela 4 mostra o bloco de variáveis políticas caracterizado pela mobilização para serviços militares, situações vivenciadas durante a guerra civil. Quanto à mobilização 3,5% das mulheres foram militares e 5,1% vivenciaram situações de guerra. Das variáveis políticas avaliadas apenas ter vivenciado situações de guerra mostrou associação estatisticamente significativa com o HIV na análise univariada, não tendo contudo permanecido na análise multivariada com variáveis de todos os blocos.

Tabela – 4: Associação entre fatores de risco políticos e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008 , Luanda-Angola

Variável	População de estudo		Odds Ratio*		
	Caso	Controle	OR	IC	P
<u>Mobilização militar</u>					
não mobilizada	265(97.1)	790(96.5)	1	-	-
mobilizada	8(2.9)	29(3.5)	0.82	0.37-1.82	0.630
<u>Situações de guerra</u>					
não vivenciou situações	259(94.9)	807(98.5)	1	-	-
vivenciou situações	14(5.1)	12(1.5)	3.64	1.66 - 7.96	0.001

OR: razão de produtos cruzados; IC: intervalo de confiança; P: valor de P

*** Odds Ratio**

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O resultado do presente estudo demonstrou que as condições socioeconômicas, demográficas e políticas estão associadas à transmissão sexual do HIV.

Fatores demográficos

Diversas pesquisas voltadas aos fatores demográficos demonstram associação destes com HIV (BRASIL, 2010; SHISANA, 2005; SZWARCOWALD, et al,2008; MUULA, 2008). No presente estudo a idade, naturalidade, residência e etnia apresentaram associação independente com a infecção pelo HIV.

No que se refere a idade, os achados divergem quanto à menor ou maior idade na vulnerabilidade ao HIV. Provavelmente, questões metodológicas como número amostral, desenho adotado bem como o local de estudo possam explicar tais divergências. No presente trabalho, as mulheres na faixa etária entre 30 e 49 anos apresentam maior chance de infecção pelo HIV quando comparadas com as mais jovens. Este achado remete a uma interpretação diversa. Pesquisas em vários países, incluindo africanos na região sub-sahariana apontam para uma epidemia crescente em mulheres mais jovens (BRASIL, 2010; SHISANA, 2005; SZWARCOWALD, et al,2008; MUULA, 2008; IRFF, et al, 2008).

A associação do HIV com a idade no presente estudo foi concordante com outros pesquisadores (SANTOS et al., 2009), sugerindo prevalência aumentada de infecção a partir de 30 anos e conseqüentemente a subnotificação em mulheres mais jovens, implicando em políticas de saúde da mulher voltadas para esse grupo e incentivo ao teste sorológico voluntário para HIV antes da gestação. Estudo de corte transversal realizado para traçar um perfil das mulheres vivendo com HIV/AIDS comparadas a mulheres usuárias de serviços públicos de atenção à saúde da mulher cuja sorologia era desconhecida evidenciou que a proporção de mulheres acima de 30 anos no grupo de infectadas era maior do que no grupo de comparação (SANTOS et al., 2009).

Contrariamente, outros estudos têm identificado maior prevalência na faixa etária abaixo dos 30 anos como refere SHISANA et al, (2009) na África do Sul que evidenciou uma prevalência de HIV de 32,7 na faixa de 25 a 29 anos, assim como o de SILVEIRA et al (2008) que identificou prevalência de 27,1 e 26.4 nas faixas de 20 a 24 e 25 a 29 respectivamente. Estes achados apontam para uma divergência entre si quanto

à associação do HIV com a idade abaixo e/ou acima dos 30 anos. Provavelmente o fato de se tratarem de estudos de prevalência com limitações na identificação do momento da infecção possa explicar estes resultados. Não foram encontrados estudos de incidência na literatura consultada para subsidiar a presente discussão.

As referências da interiorização do HIV em Angola são escassos (INLS, 2005). As evidências disponíveis sugerem risco aumentado de infecção no interior em países Subsaarianos de elevada prevalência (MUULA, 2008). No presente estudo, mulheres residentes em outras províncias tiveram maior chance de se contaminar com HIV do que as residentes na região metropolitana de Luanda. No entanto, dados relativos à naturalidade e residência apontam para direções diferentes, a naturalidade em outras províncias aparecendo como o fator de proteção enquanto que a residência nas mesmas aparece como fator de risco. Isto pode ser devido ao reduzido tamanho de amostra assim como um possível viés de seleção, com conseqüente limitação interpretativa. Por outro lado, levando em conta o local, é legítimo cogitar que a quebra geral da economia, a migração da população rural para as cidades, e conseqüente sobrecarga na assistência médica, possa restringir o acesso aos serviços de saúde nas províncias. Esse fator associado às limitações técnico-resolutivas naqueles locais pode contribuir para o alto percentual de mulheres que recorrem á Luanda em busca de assistência médica especializada no pré-natal. A natureza dos dados disponíveis não permite concluir se essas mulheres são representativas das populações de origem. O mesmo pode ser dito para as naturais de outras províncias. Outrossim, vários estudos apontam associação do local de residência com o HIV, enfatizando a interiorização da epidemia (BRITO et al, 2000; VARELLA, 2006; MUULA, 2008); BRASIL, 2010; NETO et al, 2010; REIS et al., 2008; BRITO2001) fato que no presente estudo foi evidenciado na etnia Umbundo.

Quanto à associação da etnia com o HIV, a maioria dos estudos definem-na considerando a definição da etnia não legitimam uma discussão coerente do achado atual. No presente estudo a etnia foi definida conforme a língua nacional falada trazendo a tona a origem étnica “bantu” de que se origina cerca de 90% da população angolana, (REDINHA, 1984; LUKOMBO, (1997; FERNANDES, e NTONDO, 2002; SANTOS, 2007). Observou-se maior chance de infecção para etnia Umbundo e para as estrangeiras (criola e francesa). Não foram encontradas referencias alusivas à distribuição étnica do HIV em Angola, tornando limitada a presente discussão.

Apesar de que a alta prevalência de HIV em países vizinhos e regiões fronteiriças (Congo Belga e Democrático, Zimbábwe, Zâmbia) possa colocar Angola em situação de risco, (PNLS, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA, 2009; OMS 2009), as mulheres da etnia kicongo apresentaram a mesma chance de infecções daquelas da etnia Kimbundo. Acredita-se que esta diferença em relação aos países vizinhos possa estar relacionada à possíveis diferenças comportamentais, culturais e religiosas que oferecem mecanismos protetores como reduzido número de parceiros e poligamia dissociada da promiscuidade tornando os kicongos menos expostos à infecção pelo HIV. Esse padrão de comportamento provavelmente é decorrente do fluxo migratório nas regiões fronteiriças de Angola que ocorreu sob influência de igrejas evangélicas (baptistas, metodistas, congregacionais e adventistas) na transmissão de modelos de cultura ocidental, (REDINHA, 1984; NETO, 1997; LUKOMBO, 1997; FERNANDES, e NTONDO, 2002; SANTOS, 2007).

Fatores socioeconômicos segundo a inserção produtiva das mulheres e dos chefes de família

No bloco das variáveis socioeconômicas, a escolaridade e gastos pessoais estiveram associados ao HIV na análise univariada, não tendo permanecido no modelo final intra bloco.

A ocupação representa um indicador sócio-econômico individual, que reflete aspectos como escolaridade, renda, condição de vida habitacional e saneamento, entre outros, que por sua vez podem predispor condições desfavoráveis e conseqüente vulnerabilidade à infecção pelo HIV (CASSANO et al, 2000; KONOPKA, et al, 2010). Embora a chance aumentada de se contaminar com HIV evidenciada nas mulheres donas de casa não tenha se mostrado estatisticamente significante em relação ao grupo de comparação nesta casuística, não se isenta de provável relação próxima entre o HIV com as condições acima referidas em função da vulnerabilidade feminina centrada na heterossexualidade (CASSANO et al, 2000); BRITO et al, 2000; SANTOS e OLIVEIRA, 2009; KONOPKA, et al, 2010). Neste caso, estudos voltados á possível associação entre HIV e ocupação não remunerada dentro do lar se fazem necessários, uma vez que, muitos estudos apontam a vulnerabilidade de gênero para infecção pelo HIV ao enfatizar que mulheres inseridas em ambientes culturais de dominância masculina, raramente questionam o comportamento do parceiro e dificilmente colocam exigências que possam interferir com a prerrogativa masculina de desfrutar de sexo livre

de responsabilidades (HEILBORN, 1999), principalmente quando associado à ocupação do lar sem remuneração (KONOPKA, et al, 2010). e conseqüentes dificuldades no acesso a recursos e oportunidades que modificam comportamentos preventivos (SANTOS e OLIVEIRA, 2009; KONOPKA, et al, 2010 ; BRITO et al, 2000; CASSANO et al, 2000). Por outro lado, a escolaridade se mostra protetora por representar um diferenciador podendo ser este pela instrução? ambiente escolar? Provavelmente, a realização de mais estudos possam esclarecer melhor a associação da escolaridade com o HIV nesta população.

Quanto à renda das mulheres estudadas, os dados não apontam para uma associação clara com a infecção. As mulheres com alguma renda apresentam aumento de chance para a infecção. O efeito protetor das mulheres que declararam não ter renda contrapõe-se às condições de pobreza e extrema pobreza locais em torno de 68% e 26% respectivamente, onde indivíduos sobrevivem com menos de 2 dólares ao dia (RIBEIRO, 2007), como indicador da pauperização da epidemia (; SANTOS, et al 2002; SILVEIRA et al, 2008; SANTOS et al. 2009; NETO, et al, 2010; JUNIOR, 1995; (MUULA, 2008).

Embora a renda do chefe de família se mostre protetora para as mulheres estudadas quando comparas as que declaram o chefe não ter renda, pode considerar um achado epidemiologicamente plausível diante de um perfil de pobreza, escolaridade baixa e soroprevalência significativos para o cenário epidemiológico do HIV nesta porção sub-sahariana da África (RIBEIRO, 2007; MACHAVA, 2007; MUULA, 2008) O efeito protetor verificado na renda declarada com relação aos chefes de família parece ressaltar uma dependência socioeconômica destas mulheres (RIBEIRO, 2007;) e vulnerabilidade aumentada, figurando como um fator de risco socioeconômico independente para o HIV. Estudos realizados no continente africano referem taxas de pobreza e desemprego relevantes entre as mulheres. Setenta por centos da população feminina em Moçambique encontra-se desempregada (MACHAVA, 2007), 68% em Angola (RIBEIRO, 2007) e 40% na África do sul (MUULA, 2008). Finalmente, a análise do grupo das variáveis socioeconômicas segundo a inserção produtiva da mulher e chefes de família sugere que as mulheres que têm maior renda, têm chance aumentada para o HIV. Por outro lado, quando a renda do chefe é maior, menor é a chance de infecção. Logo, esta associação permite cogitar que mulheres com maior renda têm maior autonomia e conseqüentemente, expondo-se mais ao HIV.

Fatores socioeconômicos segundo o padrão de consumo das mulheres

Quanto ao padrão de consumo das mulheres estudadas, a associação estatisticamente significativa entre o tipo de moradia, o abastecimento de água e posse de bens domésticos apontam para condições socioeconômicas desfavoráveis, mostrando-se concordantes com os achados de PARPINELLI, et al (2000); PAULO (2004); SILVA (2005), saneamento básico local precário (, PAULO,2004; SILVA, 2005; PNUD, 2008), como situações associadas ao aumento da vulnerabilidade ao HIV. Dados do país revelam dos 53% da população vivendo com condições de saneamento aceitáveis, apenas 62% (urbana) e 39% (rural) consumia água potável (Relatório de Desenvolvimento Humano, PNUD, 2008). As moradias cujo material de construção consistiu em chapas de zinco e pau-a-pic (barro, água e madeira) representam chance aumentada para infecção pelo HIV. Embora a habitação de alvenaria tenha sido definida como aquela construída de blocos de cimento, tijolos, areia e cimento, não permite medir por si só boas condições de moradia ou socioeconômicas, por ser este um material (para construção) ao alcance da maioria da população independente do poder aquisitivo. O aumento de chance para o HIV entre as mulheres associado à posse de bens de uso doméstico e ao abastecimento de água de consumo através de cisterna e pelo fontenário permite cogitar que, quanto melhores são as condições sociais, maior é a exigência por posse de bens e conseqüentemente mais próximo às condições de vulnerabilidade ao HIV. Este resultado resgata o aspecto epidemiológico inicial do HIV entre indivíduos de maior poder aquisitivo, revogando desta forma à pauperização de que vêm apontando os estudos atuais BRASÍL, 2006, LOPES et al, 2007) que observaram a restrição no acesso à bens, fortemente associado ao evento. Assim, a análise dos resultados deste bloco aponta para duas direções distintas: por um lado, quanto maior posse de bens de consumo, maior é a chance de infecção, sugerindo que mulheres com maior condição de vida aumentam o risco para o HIV. Por outro lado, os dados relativos à habitação e água sugerem que piores condições de vida estariam associadas à maior chance de infecção. Face á este achado é importante admitir a possibilidade de associação entre renda pessoal e a posse de bens de consumo, sobretudo quando se constada de que para as mulheres sem renda ou com renda até 300 dólares, 10% destas, possui 6 ou mais bens, esse percentual aumenta para 32% quando a renda pessoal é superior à 300 dólares. Esses dados parecem reforçar a idéia de que maior renda está ligada à maior posse de bens e possivelmente maior autonomia e maior

risco para infecção. Mas o que se pode concluir é que a relação da condição social com o HIV não é direta, ressaltando com isso a importância de se conhecer como os fatores culturais e comportamentais podem interagir com as condições socioeconômicas e a influenciar diretamente o risco de infecção.

Fatores políticos

Alguns estudos enfatizam que a mobilidade, migração, convulsão social em razão de guerras e de instabilidade política, interagem com a pobreza e podem condicionar aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS (AYRES, 1994; SWEAT e DENISON, 1995; TAWIL et al., 1995; TURSHEN, 1995; AGGLETON, 1996; CARAËL et al., 1997). No presente estudo, a análise das variáveis relacionadas à situação política do país sugerem associação independente com a infecção pelo HIV. Porém o número reduzido de amostra limita a interpretação do resultado deste bloco.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A associação do HIV com a idade sugere prevalência aumentada de infecção a partir de 30 anos e conseqüentemente a subnotificação em mulheres mais jovens, implicando em políticas de saúde da mulher voltadas para esse grupo e incentivo ao teste sorológico voluntário para HIV antes da gestação.

A etnia Umbundo apresentou maior associação com o HIV. Embora esta seja a maior representação étnica do país, são necessários mais estudos para identificar diferenças comportamentais e culturais que possam mostrar associação com o HIV nas diversas representações étnicas populacionais.

A condição socioeconômica não mostrou associação clara com a infecção pelo HIV sugerindo um duplo padrão, evidenciando assim a complexidade da rede de determinantes da infecção.

ARTIGO 2* – Associação entre fatores culturais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

Associação entre fatores culturais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

RESUMO: **Introdução:** A infecção pelo HIV na população feminina vem se expandindo em todo o mundo. Aspectos culturais contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres à transmissão sexual do HIV. **Objetivos:** Identificar fatores culturais associados à infecção pelo HIV em mulheres angolanas. **Método:** Foi realizado um estudo de caso controle envolvendo 1092 mulheres gestantes, das quais 273 eram casos (mulheres com sorologia positiva para HIV) e 819 eram controles (mulheres com sorologia negativa para HIV), selecionadas a partir do atendimento pré-natal na maternidade Augusto Ngangula em Luanda-Angola, no período de 2007 a 2009. **Resultados:** Fatores de ordem cultural apresentaram uma associação independente com a infecção pelo HIV. As mulheres com duas ou mais relações conjugais anteriores (OR=5.39, IC95%, p= 0.000) vítimas de violência psíquica (OR=12.58, IC95%, p=0.000), que viviam em uniões poligâmicas (OR=0.30; 7.91; 3.45, IC95%, p=0.043; que tomaram a iniciativa para o início do relacionamento afetivo (OR=4.52 , IC95%, p=0.000) apresentaram maior chance de infecção pelo HIV. **Conclusões:** Os resultados mostram que a sexualidade das mulheres angolanas sugerem forte hierarquia de gênero e que barreiras culturais dificultam maior abertura da sociedade para que aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva sejam incorporados às ações de prevenção e controle da expansão da epidemia HIV/AIDS.

Unitermos: HIV, AIDS, transmissão sexual, gestante, fatores de risco, fatores culturais

Association between cultural and sexual factors and HIV infection in pregnant women.

SUMMARY: Background: HIV infection in the female population is expanding worldwide. Cultural aspects may contribute to increased vulnerability of women to sexual transmission of HIV. **Objectives:** To identify cultural factors associated with HIV infection in Angolan women. **Methods:** A case control study was conducted, comprising 1092 pregnant women of which 273 were cases (women who were seropositive for HIV) and 819 were controls (women who were seronegative for HIV), selected from the antenatal maternity Ngangula of Luanda-Angola in the period 2007 to 2009. **Results:** Cultural factors were independently associated with HIV infection. Women with two or more previous marital relationships (OR=5.39 , IC95%, p= 0.000), victims of psychological (OR=12.58 , IC95%, p=0.000), who lived in polygamous unions (OR=0.30; 7.91; 3.45, IC95%, p=0.043; and who took the initiative to the beginning of the affective relationship (OR=4.52 , IC95%, p=0.000) had increased chance of HIV infection. **CONCLUSION:** The results show that women's sexuality in Angola is marked by strong hierarchy of gender and cultural barriers that hinder greater openness of society to the incorporation of issues related to the sexual and reproductive health into the prevention and control of the spread of HIV / AIDS

Keywords: HIV, sexual transmission, pregnant women, risk factors, cultural factors

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, o aumento da incidência da infecção pelo HIV na população feminina tem ocorrido de forma rápida e em números significativos em todo o mundo (UNAIDS, 2009). No universo de cerca de 33 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV/AIDS em 2007, aproximadamente 50% seriam mulheres, constituindo-se a quarta principal causa de mortalidade feminina em idade produtiva (UNAIDS 2007). Por sua vez na África subsaariana estimativas da OMS indicam que a situação é ainda mais grave. De 5,6 milhões de indivíduos infectados 3 milhões, mais da metade, são mulheres, excedendo em muito o número de mulheres infectadas no restante do mundo. Especificamente em Angola o número de adultos vivendo com o HIV no final de 2009 era de 166.900 indivíduos dos quais 100.931 eram mulheres (UNAIDS 2010).

Esse deslocamento no trajeto da epidemia na direção da feminização em todo o mundo, levou a uma proporcionalidade da doença entre homens e mulheres, determinado pelo aumento do número de heterossexuais infectados (Relatório UNAIDS, 2008). Nos países onde o HIV se propaga principalmente por meio da relação heterossexual, é a relação sexual, sem o uso do preservativo o principal comportamento de risco percebido pela mulher no sentido da sua vulnerabilidade pessoal, sem no entanto, ser o suficiente para determinar mudanças de comportamento.

No mesmo sentido, em Angola a transmissão sexual entre casais heterossexuais é responsável pela maioria dos casos da doença pelo HIV (INLS, 2005; JOÃO 2005; PRATA et al, 2005; MONTEIRO, 2009) pelo não uso do preservativo. Isso remete não só aos aspectos, demográficos, políticos, socioeconômicos e comportamentais envolvidos nessa questão, mas principalmente aos conceitos de vulnerabilidade, desvalia e assujeitamento da mulher, definidos culturalmente (LOFORTE, 2007; DEGREGORI et al., 2007) nesse país, aumentando o risco individual (MONTEIRO, 2009) ou coletivo de contrair a infecção pelo HIV.

Nesse contexto, homens e mulheres atuam num ambiente cultural que estabelece relações de gênero, hábitos, costumes e comportamentos marcados por desigualdades (DEGREGORI et al., 2007). Essa desigualdade de poder desfavorável as mulheres, baseados em fundamentos patriarcais, tornam-nas invisíveis e assim incapazes de negociar direitos (SAFFIOTI, 1987) nesse caso sexuais e reprodutivos aumentando o risco de se contaminar e contaminar outros pelo HIV (SILVA &

VARGENS, 2009; BUCHALLA & PAIVA, 2002; SALDANHA, 2005; WERNECK, 2005).

Peculiaridades culturais não menos importantes como a poligamia (multiparceria sexual masculina), a circuncisão, a herança das viúvas e a violação sexual de meninas virgens (KALIPENI, et AL., 2007), práticas abomináveis no contexto do racional e principalmente, do feminino, figuram também entre fatores comportamentais influentes na crescente epidemia do HIV/ AIDS além de contribuir para manter as mulheres, mais submissas e inferiorizadas (RUSHING, 1995; SHANNON et al., 1991; OPPONG e KALIPENI, 1999) na África.

Estudos realizados em países africanos revelam que através de valores definidos culturalmente a comunicação entre os casais se constitui prática pouco comum, cabendo aos homens a responsabilidade da decisão no contexto das relações de conjugabilidade sobre questões referentes à reprodução e contracepção (DEGREGORI et al., 2007). Tal dinâmica das relações entre homens e mulheres contribui para dificultar a adoção de medidas de prevenção baseadas no uso do preservativo que pressuporia uma negociação entre parceiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo caso-controle envolvendo 1092 mulheres gestantes, sendo 273 casos e 819 controles, selecionados em consultas do pré-natal na maternidade Augusto Ngangula em Luanda – Angola, no período de 2007 a 2009. Esta instituição é referência nacional do Ministério da Saúde e da Universidade Agostinho Neto para assistência médica, incluindo a transmissão vertical do HIV/AIDS em gestantes e atividades de ensino em nível de pós-graduação. Foram considerados casos ou controles as mulheres que apresentaram sorologia positiva ou negativa para HIV, respectivamente, quando submetidas ao teste rápido. Foram atendidas todas as exigências éticas, assim como a submissão e aprovação pelos comitês de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco, no Brasil, e do Ministério da Saúde de Angola.

A técnica para a coleta de dados foi a entrevista individual, realizada em sala de atendimento privativo, utilizando um questionário composto de questões fechadas, aplicado pela pesquisadora principal. Um estudo piloto foi realizado para subsidiar a estimativa do tamanho da amostra e adequação do instrumento de coleta de dados da pesquisa. A construção do banco de dados foi feita no programa estatístico EPI-INFO 6.0 e a análise dos dados realizada através do pacote estatístico STATA 9.0. Inicialmente procedeu-se a análise univariada, verificando-se a associação de cada variável com a infecção pelo HIV. Foram calculados os Odds Ratio (OR) com os respectivos intervalos de confiança a 95% e o valor de “p” correspondente. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na associação com o desfecho foram introduzidas em um modelo multivariado. Na etapa multivariada da análise, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$ permaneceram no modelo final.

As variáveis estudadas foram: idade do parceiro, comportamento controlador do parceiro, violência física, psicológica e/ou sexual infligida pelo parceiro, violência física por outras pessoas do convívio familiar, história de separação conjugal na relação atual, experiência de união conjugal prévia, viver em relação poligâmica, iniciativa para início do relacionamento afetivo e ter religião.

A abordagem da violência baseou-se nas questões utilizadas no Estudo Multipaíses sobre Saúde e Violência Doméstica, da Organização Mundial da Saúde (GARCIA-MORENO et al , 2005), validadas na língua portuguesa (Brasil) por Schraiber e colaboradores (SCHRAIBER ET AL, 2010). Estas permitiram identificar a

violência física, sexual, e psicológica e comportamentos controladores perpetrados pelos parceiros íntimos das mulheres estudadas. Assim, a violência física, foi caracterizada por atos de agressão física ou o uso de objetos ou armas para produzir lesões; a violência psicológica, por comportamentos ameaçadores, humilhações ou insultos; a violência sexual, pelo relato de relações sexuais por meio da força física ou ameaças e imposição de atos considerados humilhantes pelas mulheres. Descrição detalhada das questões já foi publicada por outros autores (SCHRAIBER ET AL, 2007; LUDERMIR ET AL, 2010). Foi criada uma definição operacional para a variável violência física infligida por outros familiares tendo como referência a definição da OMS (GARCIA-MORENO et al., 2005). Foi considerada violência quando a mulher respondia sim a pelo menos uma das perguntas.

RESULTADOS

Do total de 1092 mulheres envolvidas no estudo, 273 representaram os casos e 819 os controles. Quanto às características da relação com o parceiro, verificou-se que para 79,67% das mulheres a iniciativa do relacionamento afetivo foi por parte do parceiro, 93,04% delas nunca saiu de casa como forma de separação temporária e 25,55% teve mais de duas experiências maritais. Os parceiros estavam, predominantemente, na faixa etária de 30 a 39 anos e 34,8% informaram ter relação poligâmica (tabela 1).

Na análise univariada, as variáveis iniciativa para o relacionamento afetivo, separação temporária, união conjugal anterior, idade do parceiro e viver em relação poligâmica apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a infecção pelo HIV (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos e controles segundo número de uniões conjugais anteriores, iniciativa para início do relacionamento, religião, idade do parceiro, poligamia e separação conjugal temporária na relação atual.

Variáveis	Caso	%	Controle	%	Total	%	OR	(IC 95%)	p
União conjugal anterior									
Uma	107	39.19	706	86.20	813	74.45	1	-	-
Duas ou mais	166	60.81	113	13.80	279	25.55	9.69	(7.08-13.27)	0.000
Iniciativa do relacionamento									
Homem	140	51.28	730	89.13	870	79.67	1	-	-
Mulher	133	48.72	89	10.87	222	20.33	7.79	5.64- 10.77	0.000
Religião									
Com relig	263	96.34	778	94.99	1,041	95.33	1	-	-
Sem relig	10	3.66	41	5.01	51	4.67	0.72	(0.36- 1.46)	0.364
Idade do parceiro(anos)									
20 a 29	51	18.68	327	39.93	378	34.62	1	-	-
30 a 39	153	56.04	377	46.03	530	48.53	2.60	(1.83-3.69)	0.000
40 e mais	62	22.71	97	11.84	159	14.56	4.10	(2.65-6.33)	0.000
Desconhece	7	2.56	18	2.20	25	2.29	2.49	(0.99- 6.27)	0.052
Poligamia									
Não tem outra	123	45.05	587	71.67	710	65.02	1	-	-
Tem outra	9	3.30	146	17.83	155	14.19	0.29	(0.15- 0.59)	0.001
Tem 2 a 4 mulheres	112	41.03	48	5.86	160	14.65	11.14	(7.54-16.45)	0.000
≥ 5	29	10.62	38	4.64	67	6.14	3.64	(2.16- 6.13)	0.000
Separacao temporaria									
Nunca	235	86.08	781	95.36	1,016	93.04	1	-	-
Sim	38	13.92	38	4.64	76	6.96	3.32	(2.07-5.33)	0.000

O comportamento controlador do parceiro foi referido por 7,69% das mulheres e 7,42% informou ter sofrido violência psicológica (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de casos e controles segundo comportamento controlador pelo parceiro (CCP), violência psicológica, física e sexual pelo parceiro e violência física por outras pessoas do convívio familiar

Violência	Caso	%	Controle	%	Total	%	OR	IC	P
CCP									
Não	213	78,02	795	97,07	1,008	92,31	1		
Sim	60	21,98	24	2,93	84	7,69	9,33	5,68-15,34	0,000
Psicológica									
Não	212	77,66	799	97,56	1,011	92,58	1		
Sim	61	22,34	20	2,44	81	7,42	11,50	6,78-9,48	0,000
Física									
Não	235	86,08	791	96,58	1,026	93,96	1	-	-
Sim	38	13,92	28	3,42	66	6,04	4,57	2,74-7,60	0,000
Sexual									
Não	265	97,07	818	99,88	1,083	99,18	1		
Sim	8	2,93	1	0,12	9	0,82	24,69	3,07-198,32	0,003

Na análise multivariada, todas as variáveis relacionadas ao comportamento controlador do parceiro e a violência também apresentaram uma associação estatisticamente significativa com o desfecho. Após ajuste recíproco apenas as variáveis iniciativa para o relacionamento afetivo, número de uniões conjugais, ter sofrido violência psicológica infligida pelo parceiro e viver em relações poligâmica permaneceram no modelo final intra bloco (tabela3).

Tabela 3 - Associação entre HIV e fatores de risco culturais em mulheres - M ANG, 2007 a 2008, Luanda-Angola

Variável	Pop. de estudo		Odds Ratio *			Odds Ratio **		
	Caso	Controle	OR	IC	P	OR	IC	P
Iniciativa do relacionamento								
Homem	140 (51,28)	730 (89,13)	1					
Mulher	133 (48,72)	89 (10,87)	7,79	5,63-10,77	0,000	4,52	3,00- 6,81	0,000
União conjugal anterior								
Uma	107 (39,19)	706 (86,20)	1					
Duas ou mais	166 (60,81)	113 (13,80)	9,69	6,08-13,27	0,000	5,39	3,67-7,92	0,000
Poligamia								
Não	123 (45,05)	587 (71,67)	1					
1 mulher	9 (3,30)	146 (17,83)	0,29	0,15-0,59	0,001	0,30	0,14- 0,66	0,043
2 a 4 mulheres	112 (41,03)	48 (5,86)	11,13	7,54-16,45	0,000	7,91	4,96-12,61	0,000
≥5 mulheres	29 (10,62)	38 (4,64)	3,64	2,16- 6,13	0,000	3,45	1,87- 6,36	0,000
Violência psicológica								
Não	212 (77,66)	799 (97,56)	1					
Sim	61 (22,34)	20 (2,44)	11,46	6,78- 19,48	0,000	12,58	6,67-23,75	0,000

* Odds Ratio: análise univariada; ** Odds Ratio: análise multivariada; Comportamento sexual da mulher: condição sorológica do parceiro, número de parceiros, porque não usa preservativo, parceiro ocasional, sexo sob efeito de droga

DISCUSSÃO

As mulheres com duas ou mais relações conjugais anteriores, vítimas de violência psíquica, vivendo em relações poligâmicas e aquelas que tomaram a iniciativa para o início do relacionamento afetivo tiveram maior chance de infecção pelo HIV. Outras pesquisas mostram que a diversidade cultural pode introduzir especificidades na forma como os fatores de risco para infecção pelo HIV se expressam em populações distintas (COHEN e TRUSSELL, 1996; FONSECA e LUCAS, 2009; DIAS S. et al, 2001; BRADBY e WILLIAMS, 1999).

O fato de a mulher tomar a iniciativa para o início do relacionamento afetivo aumentou a chance de infecção pelo HIV, quando comparado as mulheres em união conjugal em cujo estabelecimento outros familiares estiveram envolvidos. Este achado, embora sugira maior liberdade da mulher, sua fidelidade conjugal pode ser questionável à luz da cultura ainda vigente na maioria das famílias angolanas. Segundo Junior (1995), em Angola, sempre existiram distintas maneiras de se iniciar e formalizar uma relação ou união conjugal dentro de uma conduta sociocultural padronizada (desde a declaração para início de um relacionamento, na união por coabitação ou casamento).

Por outro lado, a iniciativa para uma maior liberdade sexual contrapõe-se às normas culturais das relações marcadas por hierarquias de gênero ainda predominante no continente africano. Segundo uma revisão feita por Monteiro (2009), ainda que em áreas urbanas de alguns países africanos, mulheres jovens, da classe média com nível mais elevado de educação, venham desafiando normas e valores sociais e morais para vivenciar uma sexualidade de forma mais livre, persiste na África, quando do casamento, a valorização "de ideais de pureza (virgindade)" e controle da sexualidade das mulheres. As mulheres que não atendem a esses requisitos tendem à tornar mais fácil qualquer relacionamento afetivo (JUNIOR, 1995; MONTEIRO, 2009).

As mulheres que tiveram mais de uma experiência conjugal ao longo de suas vidas mostraram maior chance de se contaminar com o HIV. Vários estudos já associaram o aumento da chance de infecção pelo HIV à multiparceria sexual sem o uso de métodos seguros de prevenção (COHEN e TRUSSELL, 1996; FONSECA e LUCAS, 2009; DIAS S. et al, 2001; BRADBY e WILLIAMS, 1999).

A poligamia, praticada oficialmente na maioria dos países africanos como símbolo de poder masculino (MAKINWA-ADEBUSOYE, 2002), inclusive em Angola, se mostrou associada de forma independente a infecção pelo HIV. No presente estudo chama atenção o fato de que essa variante peculiar de arranjo conjugal e expressão da

sexualidade em Angola pode expor a mulher a risco bastante elevado de contaminação pelo HIV em relações conjugais estáveis (PEN DST/HIV/SIDA, 1999; ANGOLA, 2001; PRATA, et al, 2005). Em contraste com a multiparceria na qual predomina a relação sexual extraconjugal envolvendo outras mulheres, a poligamia tradicional africana representa o ato de manter uma relação conjugal com mais de uma parceira, conferindo a todas o status de esposa, assumindo o homem o papel de provedor e o compromisso de fidelidade, entre outras obrigações. Isto se contrapõe a alguns estudos em países africanos que mostraram uma relação inversamente significativa entre as taxas de HIV/AIDS e as taxas de poligamia (KALIPENI, et al, 2007). Todavia, outros estudos realizados no continente africano apontam a poligamia como fator de risco para infecção pelo HIV (PEN DST/HIV/SIDA, 1999; ANGOLA, 2001; MAKINWA-ADEBUSOYE, 2002). Na população estudada, a união poligâmica está associada à maior chance de infecção pelo HIV em uniões com três ou mais mulheres. Ao mesmo tempo, e contraditoriamente, os achados do presente estudo mostram a chance de infecção pelo HIV menor para as mulheres em casamentos poligâmicos com número menor (duas) ou maior (igual ou maior a cinco) de mulheres. Há evidências de que alguns homens africanos casados em relações monogâmicas ou poligâmicas mantêm relação extraconjugal como forma de afirmação de poder e masculinidade (MAKINWA-ADEBUSOYE, 2002). Estudo em país africano evidenciou que 20% das mulheres infectadas pelo HIV vive em relações estáveis e tem como principal fonte de infecção o fato de seus parceiros terem múltiplas parceiras sexuais (ALLEN et al, 1991). A escassez de pesquisas que investigam a dinâmica das relações nas uniões poligâmicas em Angola limita a interpretação mais acurada deste achado e sugere a necessidade de que estudos adicionais sobre as relações de poder entre homens e mulheres e vivência da sexualidade no contexto da poligamia sejam conduzidos.

Em Angola, fatores culturais e tradicionais podem contribuir igualmente para que a violência faça parte do modo de vida da mulher angolana. Na população estudada a forma mais freqüente de violência pelo parceiro íntimo foi à violência psicológica, seguida da violência física ou por outras pessoas do convívio familiar, sendo constatada uma chance aumentada para infecção pelo HIV em mulheres que relataram esses tipos de violência. É possível que as estimativas da ocorrência de violência em suas diferentes formas, neste estudo, estejam subestimadas devido ao constrangimento e receio em relatar a violência por algumas mulheres, por se tratar de

um tema “sensível” que envolve aspectos da vida privada, de difícil declaração especialmente em pesquisas quantitativas (SCHRAIBER, et, al, 2009).

Segundo BREITH (1993), a violência de gênero forma um só corpo com as injustiças estruturais e alimenta a lógica imperante de uma cultura violenta onde se instala o domínio de uns sobre os outros como forma natural de vida e sustento ideológico de uma sociedade de subordinação. HEISE (1994) conclui que a violência é "um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais" e que "em muitas sociedades, o direito (masculino) de dominar a mulher é considerado a essência da masculinidade. Este aspecto reforça a idéia de que abordar a violência pelo parceiro afetivo-sexual exige, necessariamente, confrontar as desigualdades de gênero onde as relações sexuais se destacam como um campo de luta estruturado, fundamentalmente, pelas recorrentes diferenças de poder entre homens e mulheres. Estudos demonstram que muitas mulheres suportam relações abusivas e mantêm-se em posição de desvalia, isolamento e submissão aos abusos sofridos por motivos que vão desde manter uma união permanente da família, dependência financeira dos parceiros até a falta de apoio familiar e comunitário e, sobretudo, por desconhecerem seus direitos (CARDOSO, 1997A, 1997B; LAIRD, 2002; MASON,2002; NARVAZ, e KOLLER, 2006).

Estudos que enfocaram a violência nas relações afetivo-sexuais associam a maior exposição ao HIV à falta de controle da mulher sobre sua vida sexual e reprodutiva, à supremacia e a violência masculina, consideradas como um direito dos homens (DUNKLE, et al., 2004; BANCHS, 1996, BREITH, 1993; RODRÍGUEZ, 1998). Na África do Sul, gestantes com história positiva para violência pelos parceiros e sujeição a relações sexuais predominantemente controladas pelos homens apresentaram maior risco de infecção pelo HIV (DUNKLE et al., 2004). De forma semelhante, JEWKES et al, (2010), em estudo de coorte, encontraram que a violência por parceiro íntimo e a desigualdade de poder entre homens e mulheres no relacionamento aumentavam o risco de infecção pelo HIV em mulheres sul-africanas.

Conclui-se que a redução da vulnerabilidade feminina à epidemia HIV/AIDS pressupõe o estabelecimento de políticas públicas e ações inter setoriais que considerem as particularidades dos sistemas culturais locais, as condições socioeconômicas e de acesso à educação e aos serviços de saúde.

ARTIGO 3* – Associação entre fatores comportamentais e a transmissão sexual do HIV em mulheres gestantes

RESUMO: **Introdução:** As relações sexuais constituem a principal via de transmissão do HIV. Fatores comportamentais podem aumentar o risco individual para a transmissão sexual deste vírus, principalmente quando associados ao uso inconsistente do preservativo. **Objetivos:** Identificar fatores comportamentais associados à infecção pelo HIV em mulheres angolanas. **Método:** Foi realizado um estudo de caso controle envolvendo 1092 mulheres gestantes, das quais 273 eram casos (mulheres com sorologia positiva para HIV) e 819 eram controles (mulheres com sorologia negativa para HIV), selecionadas a partir do atendimento pré-natal na maternidade Augusto Ngangula em Luanda-Angola, no período de 2007 a 2009. **Resultados:** Os seguintes fatores apresentaram uma associação independente com a infecção pelo HIV: sorologia do parceiro, número de parceiros, não usar preservativos e relações sexuais ocasionais e sob efeito do álcool. As seguintes características dos parceiros apresentaram uma associação independente com a infecção nas mulheres: idade, escolaridade, freqüentar barbearia, uso de bebida alcoólica e tempo de relacionamento. **Conclusões:** Os achados sugerem existir pouco espaço para as mulheres para negociação do sexo seguro tornando se necessário, em paralelo às intervenções educativas, o emponderamento das mesmas objetivando diminuir a assimetria das relações. Os parceiros sexuais parecem não aderir ao uso do preservativo em função dos padrões culturais vigentes, recomendando-se, portanto, uma reflexão sobre os padrões culturais que podem propiciar a propagação do HIV através da relação sexual.

Unitermos : HIV, transmissão sexual, gestante, fatores de risco, comportamento sexual

Association between behavioral factors and HIV infection in pregnant women.

SUMMARY: Background: Sexual intercourse is the main route of HIV transmission in heterosexual relationship. Behavioral factors may increase the risk of HIV infection, especially when associated with inconsistent condom use **Objectives:** To identify behavioral factors associated with HIV infection in Angolan women. **Methods:** A case control study was conducted, comprising 1092 pregnant women of which 273 were cases (women who were seropositive for HIV) and 819 were controls (women who were seronegative for HIV), selected from the antenatal maternity Ngangula of Luanda-Angola in the period 2007 to 2009. **Results:** The following factors showed an independent association with HIV infection: serology partner, number of partners, not use condoms and sex under influence alcohol's. The following characteristics of the partners showed an independent association with infection in women: age, education, attending barbershop, alcohol use and length of time of relationship. **CONCLUSIONS:** The findings suggest that there is little room for women to negotiate safe sex and, thus, that it is necessary, in parallel to educational interventions, the empowerment of those women aiming to reduce the asymmetry of the relationship with their partners. Sexual partners do not seem to adhere to condom use due to the current cultural patterns; it is recommended, therefore, to rethink the cultural patterns that may facilitate the spread of HIV through sexual intercourse.

Keywords: HIV, sexual transmission, pregnant women, risk factors, sexual behavioral

INTRODUÇÃO

As relações sexuais constituem a principal via de transmissão do HIV (ALLEN et al. 1991; COHEN, 2002) em todo o mundo (UNAIDS, 2007). Embora não se conheça com precisão o risco de transmissão a partir de um ato isolado de relação sexual com uma pessoa infectada, alguns estudos relatam a possibilidade de pessoas que tiveram vários contactos sexuais com uma pessoa infectada sem, no entanto adquirirem o vírus, enquanto que outras ficaram infectadas na sequência de um único encontro sexual. De uma maneira geral, a probabilidade de uma pessoa adquirir uma DST é proporcional ao numero de parceiros sexuais que tenha tido nos anos anteriores. Muitos estudos têm demonstrado uma associação significativa entre o HIV e comportamentos de risco, como sexo profissional e ou desprotegido e o uso de drogas injetáveis, entre outros fatores (SINGER, 1994; SOSKOLNE, 2002); (O'DONNELL et al., 2001); (PETTIFOR et al., 2004); (BEADNELL et al., 2005), ressaltando o aumento da vulnerabilidade feminina à infecção (SILVEIRA et al., 2002) . Por outro lado, não sendo o HIV uma doença exclusiva de prostitutas e indivíduos sexualmente promíscuos, outros fatores, como desigualdade de gênero, podem dificultar a auto proteção feminina à infecção. Estudos africanos mostram prevalência de HIV em torno de 20% entre as mulheres de baixo risco, considerando a única fonte de exposição ao VIH o parceiro masculino estável que tem contactos sexuais fora da relação principal (ALLEN et al., 1991).

A desigualdade de gênero, peculiaridades culturais, políticas e socioeconômicas podem moldar comportamentos e aumentar a vulnerabilidade à infecção (SILVA, e VARGENS, 2009; BUCHALLA e PAIVA, 2002; SALDANHA, 2005; WERNECK., 2005; SILVEIRA et al., 2002). Face ao crescimento mundial do HIV na população feminina e à magnitude do problema no continente africano é fundamental identificar os fatores comportamentais que podem aumentar o risco individual de infecção nas mulheres angolanas, objetivo ao qual se propõe o presente trabalho.

MÉTODOLOGIA

O presente artigo constitui parte de um estudo de caso controle com intuito de investigar fatores de risco para transmissão sexual do HIV. Foram selecionadas 1082 mulheres gestantes na consulta pré-natal em uma maternidade de referência na cidade de Luanda, capital de Angola, sendo 273 gestantes com HIV (casos) comparadas a outras 819 sem HIV (controles). Foram atendidas todas as exigências éticas, assim como a submissão e aprovação pelos comitês de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da UFPE- Brasil e MINSA - Angola. Os dados foram coletados através de entrevista individual, em ambiente privativo, utilizando um formulário estruturado, aplicado pela pesquisadora após estudo piloto para subsídio à estimativa do tamanho da amostra e adequação do instrumento de coleta. Os dados coletados permitiram a construção de um banco de dados no programa estatístico EPI-INFO e análise através do pacote estatístico STATA 8.2 (Copyright 1984-2003). Para análise, as variáveis foram agrupadas em blocos. Inicialmente procedeu-se a análise univariada, verificando-se a associação de cada variável com a infecção pelo HIV. Foram calculados os odds ratios e respectivos intervalos de confiança de 95% e o valor de “p”. As variáveis que apresentaram um valor de $p < 0.20$ na associação com o desfecho foram introduzidas em um modelo multivariado intra bloco, tendo permanecido neste modelo aquelas variáveis com valor de $p < 0.05$. No presente artigo são analisados e discutidos os fatores de risco comportamentais associados ao HIV nas mulheres estudadas, bem como as características e comportamento dos parceiros.

RESULTADOS

Do total de 1092 mulheres gestantes envolvidas no estudo, 273 representaram os casos e 819 os controles. A amostra foi constituída principalmente de mulheres angolanas (98.2%), casadas (94.7%) e na faixa etária de 15 a 49 anos. A grande maioria (74.8%) teve sua primeira relação sexual entre 15 e 19 anos e 99.5% não usou preservativo. Identificou-se que 63.00% dessas mulheres nunca usou algum método contraceptivo. Nos 5 anos prévios 98.2% dessas mulheres teve relação apenas com parceiro fixo e 36.6% teve apenas um parceiro sexual. Um pequeno número (0.9%) praticou sexo por troca de favores ou informou ser profissional de sexo (0,6%). Quanto à soropositividade do parceiro, 8.6% dos casos teve parceiros HIV positivo enquanto que 58,8% desconhece o estado sorológico do parceiro.

No bloco dos fatores comportamentais todas as variáveis referentes às mulheres mostraram associação estatisticamente significativa com a infecção pelo HIV na análise univariada. Na análise multivariada permaneceram no modelo: a condição sorológica do parceiro, o número de parceiros sexuais, o não uso do preservativo, a relação sexual com parceiro ocasional e relação sexual sob efeito de álcool. (tabela 1).

Tabela – 1: Associação entre comportamento sexual da mulher e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG , 2007 a 2008, Luanda-Angola

Variável	Pop. de estudo		Odds Ratio *			Odds Ratio **		
	Caso	Controle	OR	IC	P	OR	IC	P
Sorologia								
HIV-	52(19.05)	309(37.73)	1	-	-	-	-	-
HIV+	81(29.67)	7(0.85)	68.76	30.10- 157.08	0.000	48.60	18.27-29.34	0.000
desconhece	140(51.28)	503(61.42)	1.65	1.17- 2.34	0.005	1.59	0.96-2.64	0.074
<u>Parceiros</u>								
1 parc	27(9.89)	373(45.54)	1	-	-	-	-	-
2 parc	40(14.65)	276(33.70)	2.00	1.20-3.34	0.008	1.70	0.87- 3.33	0.122
3 parc	94(34.43)	124(15.14)	10.47	6.52-16.82	0.000	6.37	3.40-11.93	0.000
4 parc e mais	112(41.03)	46(5.62)	33.65	19.99-56.56	0.000	12.42	6.01-25.67	0.000
<u>Motivo para não uso de preservativo com parceiro fixo</u>								
casada	29(10.62)	299(36.51)	1	-	-	-	-	-
usa outro metodo	18(6.59)	14(1.71)	13.27	5.98-29.38	0.000	6.34	1.38-29.18	0.018
descuido	170(62.27)	308(37.61)	5.69	3.72-8.70	0.000	12.00	5.07-28.40	0.000
ele não gosta	56(20.51)	198(24.18)	2.92	1.60- 4.73	0.000	11.73	4.67- 29.46	0.000
<u>Uso de Preservativo com parceiro ocasional</u>								
Sem parcoca	99 (36.26)	780(95.24)	1	-	-	-	-	-
Não usou	124(45.42)	10(1.22)	97.69	49.62- 192.34	0.000	149.25	56.55- 393.93	0.000
usou	50(18.32)	29(3.54)	13.58	8.21-22.46	0.000	18.07	7.36- 44.38	0.000
<u>Sexo sob álcool</u>								
nenhum	235(86.08)	769(93.89)	1	-	-	-	-	-
álcool	38(13.92)	50(6.11)	2.49	1.59- 3.87	0.000	0.08	0.03- 0.22	0.000

* Odds Ratio: análise univariada; ** Odds Ratio: análise multivariada; Comportamento sexual da mulher: condição sorológica do parceiro, numero de parceiros, porque não usa preservativo, parceiro ocasional, sexo sob efeito de droga

Quanto às características e comportamentos dos parceiros, a idade, a frequência ao barbeiro, o uso de álcool, a escolaridade e o tempo de convivência com o parceiro mostraram associação independente com a infecção pelo HIV (tabela 2).

Tabela – 2: Associação entre características do parceiro e a infecção pelo HIV em mulheres - M ANG, 2007 a 2008, Luanda-Angola

Variável	Pop. de estudo		Odds Ratio *			Odds Ratio **		
	Caso	Controle	OR	IC	P	OR	IC	P
Idade								
20 a 29 anos	51(18.68)	327(39.93)	1	-	-	-	-	-
3/ 30 a 49	153(56.04)	374(46.03)	2.60	1.83-3.69	0.000	3.11	2.11- 4.58	0.000
49 >	62(22.71)	97(11.84)	4.10	2.65-6.33	0.000	5.73	3.47-9.45	0.000
desconhece	7(2.56)	18(2.20)	2.49	0.99-6.27	0.052	4.50	1.67-12.11	0.003
<u>Barbeiro</u>								
não	95 (34.80)	469 (57.26)	1	-	-	-	-	-
sim	178 (65.20)	350(42.74)	2.51	1.89-3.34	0.000	2.31	1.70-3.15	0.000
<u>Alcool</u>								
não	173 (63.37)	374 (45.67)	1	-	-	-	-	-
sim	160(58.6)	412(50.3)	2.06	1.55-2.73	0.000	1.72	1.26-2.35	0.001
<u>Escolaridade</u>								
fundamental	32 (11.72)	35 (4.27)	1	-	-	-	-	-
medio	99 (36.26)	313 (38.22)	0.35	0.20-0.59	0.000	0.45	0.24- 0.77	0.004
Superior e mais	34 (12.45)	79 (9.65)	0.47	0.25- 0.88	0.018	0.47	0.23- 0.93	0.031
desconhece	108(39.56)	392(47.86)	0.30	0.18-0.51	0.000	0.29	0.16- 0.52	0.000
<u>Tempo de convivencia</u>								
<1 ano	32(11.72)	122(14.90)	1	-	-	-	-	-
1 a 5 anos	161(58.97)	300(36.63)	2.05	1.33-3.16	0.000	1.75	1.09-2.82	0.021
>5 anos	69(25.27)	318(38.83)	0.83	0.52-1.32	0.427	0.48	0.27- 0.82	0.006
desconhece	11(4.03)	79(9.65)	0.53	0.25-1.11	0.094	0.43	0.20-0.94	0.036

* Odds Ratio ; ** Odds Ratio

DISCUSSÃO

Comportamento sexual das mulheres

O estudo do comportamento de risco para infecção pelo HIV em mulheres angolanas apontou a importância da condição sorológica do parceiro, do número de parceiros sexuais, do uso do preservativo com parceiro fixo e ou ocasional e da prática de relação sexual sob efeito de álcool. Quanto às características e comportamento dos

parceiros, a idade e a escolaridade do parceiro, a frequência ao barbeiro, o uso de bebida alcoólica e o tempo de convivência com o parceiro mostraram associação independente com a infecção pelo HIV. Os fatores comportamentais indicativos de risco no presente estudo são concordantes com outros trabalhos (SILVEIRA, et al., 2002). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002); (SEIDMAN et al., 1994; ALAN, 1998; OLINTO e GALVÃO,1999; SHEPHERD et al., 2000), mas apontam também para especificidades locais.

A condição sorológica dos parceiros das mulheres estudadas mostrou uma associação estatisticamente significativa com a infecção pelo HIV, sendo maior o risco de infecção no grupo com parceiro HIV positivo, como esperado. Além disso, chamou a atenção o achado referente ao conhecimento da sorologia dos parceiros, sendo esse discordante de outros estudos que identificaram proporções consideravelmente maiores de mulheres que conheciam a sorologia dos parceiros (SANTOS et al., 2009; GALVÃO et al., 2004).

A forte associação com a positividade do parceiro pode ser interpretada segundo duas possibilidades:

Uma possibilidade seria a de que as mulheres conheciam o estado sorológico do parceiro antes de se contaminarem e não tomaram as devidas precauções, uma vez que se encontravam grávidas no momento da entrevista. Segundo a literatura, alguns motivos que poderiam levar a esse comportamento estariam relacionados à submissão conjugal na relação de gênero que pode dificultar a negociação para o sexo seguro (SAFFIOTI HIB, 1992; QUINN SC., 1993), assim como para o encerramento da relação conjugal. Outra possibilidade seria a de que as mulheres tomaram conhecimento desta condição quando já se encontravam expostas ao HIV e/ou grávidas.

Qualquer das alternativas anteriores sugere desigualdade de poder nas relações afetivas, conjugais e/ou íntimas levando à dificuldade de proteção contra o HIV (VILLELA, 2008). Muitas mulheres têm pouca influência quanto às decisões referentes à como, quando e sob que condições ter relação sexual, condição essa que tem contribuído para a feminização do HIV, (JIMENEZ et al., 2001). Esta situação coloca a mulher em situação de risco e tem implicações importantes em termos de estratégia de controle para a infecção.

O número de parceiros sexuais mostrou associação independente com a infecção. Verificou-se que o risco de se contaminar com o HIV aumenta com o número de parceiros, concordando assim com dados da literatura (ALLEN et al., 1991;

SEIDMAN et al., 1992; SEIDMAN et al., 1994; SILVEIRA et al., 2002). Pode ser o reflexo de uma vida de escolhas dependentes de submissões numa sociedade com diferenças significativas de gênero.

A prática de relações sexuais sem o uso do preservativo constituiu-se um fator de risco independente para infecção pelo HIV, corroborando assim o fato de que o uso consistente do preservativo representa o único método eficiente de proteção contra as DST/aids, na relação heterossexual, principalmente quando a penetração é a modalidade mais praticada (DAVIS et al., 1999). Vários estudos partilham uma incompatibilidade entre a racionalidade preventiva e a sócio-afetiva quando se superpõem aspectos como o tempo de relacionamento, tipo de parceiro, confiança e monogamia, além da imagem de boa mãe/esposa, que podem contribuir para uma falsa sensação de segurança, (CHIN, 1999; PRAÇA e GUALDA, 2003; HEBLING e GUIMARÃES, 2004); AMORIM e ANDRADE, 2006; SANTOS e IRIART, 2007). Muitas mulheres deixam de preocupar-se com o HIV/aids apoiando-se num código moral, no qual o casamento parece garantir imunidade à doença, deixando transparecer a interpretação errônea de que apenas mulheres com relacionamentos extraconjugais poderiam se contaminar, e que mulheres com parceiro único e relação estável, sustentada por afeto e amor estariam protegidas da infecção (ALVES RN et al., 2002; THIENGO, 2005; NASCIMENTO, 2005; GIACOMOZZI e CAMARGO, 2004; GIACOMOZZI e CAMARGO, 2006; SILVA e VARGENS, 2009).

O aumento de chance associado ao descuido quanto ao uso do preservativo nas relações afetivas estáveis e ou ocasionais é concordante com outros estudos. Os autores referem que as mulheres têm dificuldade de identificar seu próprio risco e que a auto percepção não seria bom indicador do risco real. (ALVES et al., 2002; HEBLING e GUIMARÃES, 2004); NASCIMENTO e BARBOSA, 2005; THIENGO, 2005; GIACOMOZZI e CAMARGO, 2006; SILVA e VARGENS, 2009); SANTOS e IRIART, 2007; AMORIM e ANDRADE, 2006).

Observou-se maior risco para as mulheres que informaram dispensar o uso de preservativo pelo fato do parceiro alegar não gostar do uso do mesmo. Esta situação tem sido referida por outros estudiosos ao relatarem que muitas mulheres, embora estejam conscientes dos riscos de se contaminar com o HIV, vêm-se forçadas a desistir do preservativo para submeterem-se à vontade dos parceiros, provavelmente em decorrência da desigualdade de gênero já comentada ao longo do texto (SAFFIOTI, 1992; GOGNA, 1997; SILVA, e VARGENS, 2009 ; BUCHALLA e PAIVA, 2002;

SALDANHA, 2005; WERNECK, 2005; SANTOS e IRIART, 2007). Face a isto, observa-se que acordos conjugais podem tornar-se mais importantes do que o auto cuidado e que a prevenção pode ser vista como ameaça à vida conjugal. SIMÕES-BARBOSA (1999) identificou que, para muitas mulheres, a perda da identidade social condicionada pelo rompimento de vínculos afetivos, sexuais e materiais assume maior importância do que o risco individual de infecção pelo HIV. Este comportamento ressalta a dificuldade na operacionalização de medidas educativas para o controle da epidemia.

Uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais com parceiro ocasional revelou-se um importante comportamento de risco na população estudada. A falta de adesão apontada por diversos autores pode estar associada à insatisfação sexual, à perda da confiança e da intimidade, incluindo a descontinuação da relação com o parceiro, desfechos muitas vezes referidos pelas mulheres pesquisadas (WORTH, 1989; PIVNICK, 1993), independente de a relação ser fixa ou ocasional. Além disso, a iniciativa feminina para prática do sexo seguro pode prejudicar qualquer benefício quando a troca de favores ou o sexo como fonte de renda representar o objetivo crucial.

O consumo de álcool tem sido associado com a prática de comportamento sexual de risco para as DST/ HIV/aids (UNAIDS, 2006; BENOTSCH et al., 2006; CARDOSO et al., 2008). Muitos estudos tem referido que os comportamentos de risco freqüentemente associados ao uso do álcool antes ou durante o ato sexual são os seguintes: sexo casual, múltiplos parceiros e sexo sem preservativo (SINGER, 1994; MALOW et al., 2001; BACHANAS et al., 2002; DICLEMENTE et al., 2002; GRIFFIN ET AL., 2006; LIU et al., 2006; (CARDOSO et al., 2008); ROBERTS, 2006 ; MSUYA et al., 2006). A associação do consumo de álcool com o HIV, sugerida por estes trabalhos, foi evidenciada inicialmente no presente estudo. Porém na análise multivariada essa variável mostrou-se protetora sugerindo efeito confundidor de outras variáveis. Essa mudança parece indicar que os fatores comportamentais ligados ao álcool e ao maior risco de infecção estão representados nas outras variáveis do modelo; a mudança de direção ocorreu quando foi feito o ajuste para a variável “uso de preservativos com parceiros ocasionais”, sugerindo que o não uso dos mesmos seria o mecanismo de mediação desse risco. Informações adicionais quantificando o consumo de álcool poderiam ajudar a entender essa associação. Além disso, não se pode afastar a

possibilidade de uma associação espúria (erro alfa). Entretanto a associação com uso de álcool pelos parceiros permanece estatisticamente significativa.

Características e comportamento de risco dos parceiros

As características e comportamento dos parceiros estão relacionados ao risco dos mesmos se contaminarem e de, subseqüentemente, transmitirem a infecção para as respectivas parceiras.

No presente estudo observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a idade do parceiro das mulheres e a infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre em várias regiões africanas. A união marital de mulheres com parceiros de maior faixa etária por sua vez se associa à desestabilidade socioeconômica, desigualdade de gênero, poligamia, e violência doméstica, entre outros fatores, (ANDERSSON et al., 2007; MUULA e ADMSON, 2008; ONUSIDA E OMS, 2009; KHOBOTLO et al., 2009). O risco aumentado para a infecção pelo HIV em mulheres que desconhecem a idade do parceiro aponta menos para uma falta de interesse de conhecê-lo do que para fatores culturais como os acima referidos que podem estar na base deste tipo de comportamento, mostrando assim sua concordância com outros estudos (MUULA, 2008 ANGOLA, 2000; MAKINWA-ADEBUSOYE, 2002). Além da relação sexual, a via sanguínea, através da transfusão e o uso de drogas injetáveis, representa outra via importante de contaminação do HIV no adulto. No entanto, a transmissão por manipulação de instrumentos perfuro-cortantes, tais como aqueles utilizados em barbearia, em centros de circuncisão, escarificação facial, tatuagens, perfuração da orelha, administração de medicamentos parenterais via IM ou EV, salões de beleza, entre outros, têm sido pouco referenciadas. No presente estudo, foi considerada uma situação de risco, ter parceiro sexual com história pregressa de corte de cabelo, barba e unhas em barbearias. Nesta categoria, à semelhança de outros estudos (GIR, e GESSOLO, 1998; ARULOGUN e ADESORO, 2009), foi constatada maior chance de infecção pelo HIV para as respectivas mulheres.

O uso de bebidas alcoólicas pelo parceiro apresentou uma associação com a infecção pelo HIV em mulheres, concordando com estudos anteriores realizados

nos Estados Unidos e Brasil que apontaram para uma associação entre o consumo de substâncias psicoativas e o uso não consistente de preservativos (BASTOS et al., 2008; BERTONI et al., 2009).

Quanto à escolaridade do parceiro, o efeito protetor da maior escolaridade corrobora com alguns estudos que mostram que maior nível de educação é condizente com comportamentos mais seguros, como o uso de preservativo (WALQUE, 2006). Desconhecer a escolaridade dos parceiros parece ser um proxy para outra situação, sugerindo uma relação assimétrica onde sequer as características básicas dos parceiros são conhecidas.

Quanto ao tempo de convivência com parceiro fixo, as referências disponíveis são escassas. No presente estudo, conviver de 1 a 5 anos com seus parceiros apresentou uma associação direta com a infecção pelo HIV, enquanto que conviver mais que cinco anos ou desconhecer o tempo apresentaram uma associação inversa. O tempo acima de cinco anos pode sugerir parceiro fixo e relação estável, embora não se possa excluir dessas situações mulheres com menor tempo de convivência.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Torna-se evidente, a partir do exposto, a complexidade das questões envolvidas na dinâmica do comportamento de risco para o HIV tanto em mulheres quanto em seus parceiros. Os fatores culturais permitiram concluir que a sexualidade das mulheres angolanas é marcada por forte hierarquia de gênero. Barreiras culturais podem dificultar maior abertura da sociedade para que aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Os fatores comportamentais evidenciados sugerem existência de relações assimétricas, falta de adesão ao uso do preservativo por parte dos parceiros e pouco espaço para as mulheres na negociação do sexo seguro.

Face às conclusões acima expostas, se faz necessário praticar em paralelo às intervenções educativas, o emponderamento das mesmas para viabilizar a prática do sexo seguro independente da estabilidade das relações e minimizar a assimetria no convívio conjugal; bem como uma profunda reflexão sobre os padrões culturais da sociedade angolana que podem propiciar a propagação do HIV através da relação sexual.

6 - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de responder a pergunta condutora da presente tese sobre quais os fatores de risco estariam associados á transmissão sexual do HIV foi realizada uma revisão bibliográfica e um estudo empírico.

A pesquisa bibliográfica para subsidio desta revelou que a infecção pelo HIV na população feminina mantém-se destacada, sobretudo na região subsaariana da África onde o subdesenvolvimento e a cultura representam peculiares influenciadoras das estatísticas mundiais da epidemia do HIV/ AIDS. O presente estudo permitiu observar conclusões e suscitar as reflexões seguintes:

- Identificação dos fatores de risco para transmissão sexual do HIV em mulheres permitiu agrupá-los em diferentes níveis de determinação: demográficos e socioeconômicos, culturais e comportamentais.

- Do ponto de vista demográfico, a associação do HIV com a idade permite cogitar a possibilidade de prevalência aumentada de infecção a partir de 30 anos e conseqüentemente a subnotificação em mulheres mais jovens, implicando em políticas de saúde da mulher voltadas para esse grupo e incentivo ao teste sorológico voluntário para HIV antes da gestação. Este achado implica políticas de saúde da mulher cada vez mais precoce voltado à educação sexual e incentivo ao teste sorológico voluntário para HIV antes da gestação. Embora a associação da etnia Umbundo com o HIV possa dever-se ao fato desta ser a maior representação étnica do país, são necessários mais estudos para identificar diferenças comportamentais e culturais que possam mostrar associação com o HIV nas diferentes representações étnicas do país.

- Os fatores socioeconômicos identificados, não apontam para uma associação em direção única, evidencia uma complexidade de determinantes da infecção assim como e sugere também a existência de um duplo padrão de transmissão.

- Os resultados permitiram observar que a sexualidade das mulheres é marcada por forte hierarquia de gênero associada às barreiras culturais que muitas vezes dificultam a abertura da sociedade para questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva que podem aumentar o risco de transmissão do HIV.

- A poligamia mostrou-se associada à infecção pelo HIV. Chama a atenção o fato de que essa variante peculiar de arranjo conjugal e expressão da sexualidade em Angola pode expor a mulher a risco bastante elevado de contaminação pelo HIV em

relações conjugais estáveis. Por outro lado, mulheres que tiveram mais de um parceiro ao longo da vida e aquelas que tomam iniciativa para um relacionamento amoroso também apresentam uma chance aumentada de infecção.

- Faz-se necessário a realização de novos estudos para melhor compreensão da vulnerabilidade feminina associada à epidemia pelo HIV considerando os modelos culturais locais para melhor instrumentalizar formas adequadas de intervenção. Manter relações com parceiros que discordam do uso do preservativo, colocando as mulheres em situação de risco para transmissão do HIV, sugere desigualdade de gênero nas relações, associada à subordinação e falta de poder decisivo sobre a vida sexual. Nesse contexto é importante não só promover o acesso à educação, à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, mas também promover intervenções educativas que levem ao emponderamento das mulheres, para viabilizar a prática do sexo seguro independentemente da estabilidade das relações e minimizar a assimetria das relações.

- Para minimizar “tabus” culturais que possam dificultar a mudança de atitudes e comportamentos, a participação de agentes sanitários da própria comunidade, habilitados para comunicação e acessoria na educação para saúde sexual e reprodutiva das mulheres (métodos anticonceptivos, uso consistente do preservativo, prevenção a transmissão vertical e encorajamento do teste voluntario para diagnóstico sorológico do HIV) pode representar uma grande vantagem.

- Parece evidente, a complexidade das questões envolvidas na dinâmica do comportamento de risco para o HIV tanto em mulheres quanto em seus parceiros. A relação estável parece legitimar a relação sexual e assim desvincular a mulher da infecção, levando ao uso inconsistente do preservativo na relação conjugal. Muitos parceiros sexuais abstêm-se do uso do preservativo nos relacionamentos intra e extraconjugais em função do repertório cultural onde normas, valores, estereótipos, relações de poder, sentimentos e significados contrapõem-se à disponibilidade e capacidade para o sexo seguro. Entretanto associar a expansão da epidemia de AIDS às formas “tradicionais” de comportamento sexual, ou às relações de gênero sem conhecer a esfera da vida sociocultural em Angola configura imposição a uma realidade estranha.

- Espera-se que os resultados ora apresentados possam contribuir para reflexão sobre os padrões culturais da sociedade angolana que podem propiciar a propagação do HIV através da relação sexual e que possa servir de estímulo para novos trabalhos científicos que possibilitem a caracterização adequada dos fatores associados à transmissão sexual em mulheres angolanas.

BIBLIOGRAFIA

1. Galvão, Maria. T.G. et al. Uso do preservativo entre casais portadores ou não do HIV. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde: CN de DST/AIDS, 2000, p. 398-399.
2. UNAIDS E OMS - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2009 . Situación de la epidemia de sida. diciembre de 2009)
3. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop 2000; 34:207-17.
4. Neto, J.F.R; Lima, L.S.; Rocha, L. F.; Lima, J.S.; Santana, K.R.; Silveira, M.F. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais- Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 22-29,
5. Castilho e Chequer; Castilho, e. A. S. & Chequer, P.,. A epidemia de Aids no Brasil. In: A Epidemia de Aids no Brasil: Situação e Tendências (Coordenação Nacional de DST e Aids da Secretaria de Projetos Especiais em Saúde, org.), pp. 9-11, Brasília: Ministério da Saúde.1997
6. Castilho EA, Chequer P, Szwarcwald CL. A aids no Brasil. In: Rouquayrol E, Almeida N (eds) Epidemiologia & Saúde. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, p.271-284, 1999.
7. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. Rev Saúde Pública 1999;33:64-72.
8. Parker R. Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política. ABIA, Rio de Janeiro, Editora 34, São Paulo, 2000.
9. UNAIDS. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004.
10. WHO, Estratégias de prevenção de infecção pelo HIV, 1999. Disponível em: <http://www.who.int>, acesso em 28/10/05
11. Jones L, 1989. Women and HIV disease. Br J.Hosp.Med; 41: 526-38.
12. INLS - Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA: Relatório de Actividades de 2005, Luanda, 2005. Ministério da Saúde - Republica de Angola.
13. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva; 2009.
14. Montagnier, N L. Virus e homens- AIDS: seu mecanismos e tratamentos. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1995.
15. Brasil, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano VI - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - 2008; Ano VI - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009. 2010.
16. Shisana O, Rehle T, Simbayi L, Parker W, Zuma K, Bhana A, et al, editors. South African national HIV prevalence, HIV Incidence, behavior and communication survey. Cape Town: HSRC Press; 2005
17. Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N et al., 1998. The relationship of illicit drug consume to HIVinfection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. The International Journal of Drug Policy 9:427-436.
18. Muula, by Adamson S.. HIV Infection and AIDS Among Young Women in South Africa. Croat Med J 2008;49:423-435. www.cmj.hr ACESSO EM 20 06 2010.

19. Irfi, Guilherme ; Soares, Ricardo Brito; e DeSouza, Sergio Aquino - Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS . Brasília(DF), v.11, n.2, p.333–356, mai/ago 2010
20. Santos, N. J. S.; Barbosa, R. M. ; Pinho, A.A.; Villele, W. V. ; Aidar, T.; Filipe, E.M.V.. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S321-S333, 2009.
21. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Pillay-van-Wyk V, Mbelle N, Van Zyl J, Parker W, Zungu NP, Pezi S & the SABSSM III Implementation Team (2009) South African ational HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: A turning tide among teenagers? Cape Town: HSRC Press 2009
22. Silveira MF, Santos IS, Victora CG. Poverty, skin colour and HIV infection: a case-control study from southern Brazil. AIDS Care 2008, 20:267-72.
23. Varella, Rafael Brandão - Aspectos da epidemia de Aids em município de médio porte do Rio de Janeiro, 2000-2004 . Rev Bras Epidemiol 2006; 9(4): 447-53.
24. Reis, C.T.; Czeresnia, D.; Barcellos, C.; Tassinari, W.S.- A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. Cad. Saúde Pública vol.24 no.6 Rio de Janeiro June 2008 .
25. Brito AM, Castilho EA Szwarwald CL . AIDS e infecção Pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada . Rev Soc Med Trop. 2001, 34 (2) :207 -17.
26. Rosenberg, P. S., 1995. Scope of the AIDS epidemic in the United States. Science, 270:1372-1375.
27. Greenland, S. LIEB, L. P.; Ford, W. & Kerndt, P. – Evidence for recent growth of the hiv epidemic among african-american men and younger male cohorts in los angeles county . Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology, 11: 401-409.
28. Redinha, José. Distribuição Étnica de Angola, 8ª ed. Luanda, 1984
29. Lukombo, João Baptista. Comunidades e instituições comunitárias em Angola na perspectiva do pós-guerra: o caso das populações de origem Bakongo regressados da ex-República do Zaire e fixadas no tecido periurbano luandense". Ngola. Revista de Estudos Sociais. Vol.I, n.º1. Luanda(1997), Associação dos Antropólogos e Sociólogos de Angola, pp. 251-278.
30. Fernandes, João; Ntondo, Zavoni. Angola: Povos e Línguas, Editorial Nzila. Luanda, 2002
31. Santos, C. A. Tambores incandescentes, corpos em êxtase- Técnicas e princípios bantus na performance ritual do Moçambique de Belém. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teatro da UNIRIO, sob a orientação do Prof. Dr. Zeca Ligiero. RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 2007
32. PNLS – Programa Nacional de Luta Contra a SIDA. Ministério da Saúde - Republica de Angola. Luanda, 1997.
33. PNUD - Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento Humano: Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD, 2007-2008. estratégia de cooperação da oms com os países 2009-2013 ANGOLA - OMS 2009 PERFIL DE ANGOLA – OMS 2009
34. Cassano, Conceição; Frias, Luiz Armando de Medeiros; Valente, Joaquim Gonçalves Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil - 1995 - Cad. Saúde Pública v.16 supl.1 Rio de Janeiro 2000.

35. Konopka, C K; Beck, S T; Wiggers, D; Kieslich da Silva, A; Diehl, F P; Santos, F G. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.32 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2010
36. SANTOS, S. M. S. e Oliveira, M. L. F.- (Com)vivendo com a Aids: perfil dos portadores de HIV/Aids na região Noroeste do Estado do Paraná, 1989-2005 *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 32, n. 1, p. 51-56, 2009.
37. Heilborn, M. L. (org.), 1999, “Sexualidade - o olhar das ciências sociais”, Jorge Zahar Editor.
38. Ribeiro, J. T. Evolução da População de Angola 1940-2005. Recuperado em 17 de Junho, 2007b
39. Santos NJS, Buchalla CM, Filipe EMV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 12-23.
40. JUNIOR, MANUEL GARCIA. Saudade- COINGRA- companhia Industrial Gráfica dos Açores, Ld.^a, Parue Industrial da Ribeira Grande, 1984. Luanda, 1995
41. Machava, Joaquim Rafael. A Situação da Pobreza em Moçambique: Diferenciações Regionais e Principais Desafios. *Estudos Geográficos*, Rio Claro, 5(1): 27- 46, 2007 (ISSN 1678—698X).
42. Parpinelli, M.A; Faúndes, A.; Cecatti, J.G.; Pereira, B.G.; Júnior, R.P.; Amaral, E. Análise da Mortalidade Evitável de Mulheres em Idade Reprodutiva *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.22 no.9 Rio de Janeiro Oct. 2000
43. João, Paulo. Abordagem da Transmissão de HIV/SIDA em profissionais do sexo em Luanda – Angola – África: Um desafio chamado Angola. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, 2005.
44. Vitor da Silva, B - Perfil Sócio-demográfico e Condições de Saúde da População da Guiné-Bissau em 2002. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG UFMG/ CEDEPLAR 2005
45. Brasil. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial. Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
46. Lopes, F.; Buchalla, C.M.; Ayres, J.R.C.M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil *Rev. Saúde*.
47. AYRES, J. R. C. M., 1994. Epidemiologia sem números: Outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. In: *Seminário Epidemiologia Social da AIDS, Anais*, pp. 8-19, Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ.
48. SWEAT, M. D. & DENNISON, J. A., 1995. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS*, 9 (Sup. A): S251-S257.
49. TAWIL, O.; VERSTER, A. & O'REILLY, K. R., 1995. Enabling approaches for HIV/AIDS prevention: Can we modify the environment and minimize the risk? *AIDS*, 9:1299-1306.
50. TURSHEN, M., 1995. Response: Societal instability in international perspective: Relevance to HIV/AIDS Prevention. In: *Assessing the Social and Behavioral Science Base for HIV/AIDS Prevention and Intervention* [Workshop Summary], pp. 117-128, Washington, D.C.: National Academy Press.

51. AGGLETON, P., 1996. Global priorities for HIV/AIDS intervention research. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 7 (Sup. 2):13-16.
52. CARAEL, M.; BUVÉ, A. & AWUSABO-ASARE, K., 1997. The making of HIV epidemics: What are the driving forces? *AIDS*, 11 (Sup. B):S23-S31.
53. PARKER, Richard and CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):89-102, 2000.
54. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva; 2009.
55. UNAIDS E OMS - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2009 . Situación de la epidemia de sida. ONUSIDA/09.36S / JC1700S (versión española, diciembre de 2009).
56. INLS - Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA: Relatório de Atividades de 2005, Luanda, 2005. Ministério da Saúde - Republica de Angola.
57. PAULO, JOÃO. Abordagem da Transmissão de HIV/SIDA em profissionais do sexo em Luanda – Angola – África: Um desafio chamado Angola. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, 2004
58. PRATA, BY NDOLA; VAHIDNIA, FARNAZ; FRASER, ASHLEY - Gender and Relationship Differences in Condom Use Among 15–24-Year-Olds in Angola . *International Family Planning Perspectives* Gender and Relationship Differences in Condom Use Among Angolan Youth. Volume 31, Number 4, December 2005.
59. MONTEIRO, SIMONE - STD/AIDS prevention in Portuguese-speaking Africa: a review of the recent literature in the social sciences and health. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (3) :680-686, mar, 2009
60. LOFORTE, A. M. - Desigualdades y valores en salud reproductiva. La vulnerabilidad de las mujeres en un contexto de feminización del sida IN : Degregori, Maria Cristina Álvarez ; Reguillo, Esther Leandro ; DiGiacomo, Susan; Guidoum, Yamina - *Mulher, Sida y Acceso a La Salud em Africa Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. *Medicus Mundi Catalunya*. Barcelona febrero de 2007 .
61. DEGREGORI, MARIA CRISTINA ÁLVAREZ ; REGUILLO, ESTHER LEANDRO ; DIGIACOMO, SUSAN; GUIDOUM, YAMINA - *Mulher, Sida y Acceso a La Salud em Africa Subsahariana: Enfoque desde las ciencias sociales*. *Medicus Mundi Catalunya*. Barcelona febrero de 2007 .
62. SAFFIOTI HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C (org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas; 1992: 183-215.
63. SILVA, C.M.; VARGENS, O. M. da COSTA. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV . *Revista da Escola de Enfermagem da USP Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.2 São Paulo June 2009*.
64. BUCHALLA CM, PAIVA V. - Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 (4):117-9.
65. SALDANHA AAW. - Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
66. WERNECK J. - A Vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Rede Saúde [periódico na Internet]*. 2001 mar [citado 2005 set. 14];(23).

67. KALIPENI, E, GHOSH, J, AWIRE-VALHMU, L M - As múltiples dimensiones de la vulnerabilidad frente a la epidemia de vih/sida en África: una perspectiva sociológica el marco conceptual de la vulnerabilidad in degregori, m c a; reguillo, e l; digiacomo, s; guidoum, y- mujer, sida y acceso a la salud en africa subsahariana: enfoque desde las ciencias sociales. moçambique, fevereiro 2007.
68. RUSHING, WILLIAM A., 1995 *The AIDS Epidemic: Social Dimensions of an Infectious Disease*. Boulder, Colorado: Westview Press.
69. Shannon, Gary W., Gerald F. Pyle, y Rashid Bashshur, 1991 *The Geography of AIDS: Origins and Course of an Epidemic*. New York: Guilford Press.
70. OPPONG, JOSEPH R., Y EZEKIEL KALIPENI, 1999 - A Cross-Cultural Perspective on AIDS in Africa: A Response to Rushing. *African Rural and Urban Studies* 3(2):91-112
71. GARCIA-MORENO C, JANSEN HA, ELLSBERG M, HEISE L, WATTS C. WHO Multicountry study on women's health and domestic violence against women – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
72. SCHRAIBER LILIA BLIMA, LATORRE MARIA DO ROSÁRIO DIAS O, FRANÇA JR IVAN, SEGRI NEUBER JOSÉ, D'OLIVEIRA ANA FLÁVIA PIRES LUCAS. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44(4): 658-666.
73. SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA JR I, DINIZ S, PORTELLA AP, LUDERMIR AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007.
74. BARNEY COEN AND JAMES TRUSSELL- Preventing and mitigating aids in sub-Saharan Africa- Research and data priorities for the social and behavioral sciences. National Academy Press Washintogton, D.C. 1996. – USAID.gov 08 08 2010.
75. FONSECA, F. E LUCAS, M. C. L. Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual - dossier: multiculturalidade. *Rev Port Clin Geral* 2009;25:65-72.
76. DIAS S, MATOS MG, GONÇALVES A. Comportamento sexual: auto-relatos numa comunidade migrante. *Rev Port Pedagogia* 2001; XXXV-2: 137--54.
77. BRADBY H, WILLIAMS R.- Behaviours and expectations in relation to sexual intercourse among 18-20 year old Asian and non-Asians. *Sex Transm Infect* 1999 Jun; 75 (3): 162-7.
78. JUNIOR, MANUEL GARCIA. Saudade- COINGRA- companhia Industrial Gráfica dos Açores, Ld.^a, Parue Industrial da Ribeira Grande, 1984. Luanda, 1995.
79. MAKINWA-ADEBUSOYE, PAULINA. Factores socioculturales que influyem em La fecundidad em El Africa Subsahariana. *Boletim de Poblacion de lãs Naciones Unidas*, pag. 46 a 47, 2002.
80. PEN- Plano Estratégico Nacional para as Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e contra a SIDA, em Angola, julho de 1999. Ministério da Saúde – Angola.
81. ANGOLA - PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento Humano- passado, presente e futuro. Angola, 2001.
82. ALLEN S, LINDAN C, CHEN RUNDLE A, et al. HIV in urban Rwanda: demographic and behavioral correlates in a representative sample of childbearing women. *JAMA* 1991;266:1657-1663.
83. UNITED NATIONS Distr.: General. 7 November 2002. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of

- Discrimination against Women. Combined initial, second and third periodic reports of States parties. Angola*. DISPONIVEL EM <http://daccess-dds-y.un.org/doc/UNDOC>
84. SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, Couto MT. Violência e Saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Supl 2):205-16.
 85. Breith J. Mujer, trabajo y salud. Quito: CEAS, 1994;vol 1:17,304-7. *REVISTA CUBANA DE SAUDE PUBLICA*. <http://bvs.sld.cu>
 86. HEISE, L., 1994. Violence Against Women: The Hidden Health Burden. Relatório Preparado para o Banco Mundial. (Mimeo.) (Manuscrito publicado sob o mesmo título, na série World Bank Discussion Papers 255, Washington, D.C.: World Bank, 1994).
 87. CARDOSO, N. M. (1997b). Mulher e maus-tratos. In M. Strey (Org.). *Mulher: Estudos de gênero* (pp. 127-138). São Leopoldo: Unisinos.
 88. LAIRD, J. (2002). Segredos das mulheres: O silêncio das mulheres. In E. Imber-Black (Org.). *Os segredos na família e na terapia familiar* (pp. 245-268). Porto Alegre: Artes Médicas.
 89. MASON, M. J. (2002). Vergonha: Reservatório para os segredos na família. In E. Imber-Black (Org.). *Os segredos na família e na terapia familiar* (pp. 40-56). Porto Alegre: Artes Médicas.
 90. NARVAZ, M. G. e KOLLER, S. H.- Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, pp. 7-13, jan./abr. 2006
 91. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, et al. Genderbased violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004;363:1415-1421.
 92. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2002;55(9):1603-17. DOI:10.1016/S0277-9536(01)00294-5.
 93. JEWKES, R.K; DUNKLE, K; NDUNA, M; SHAI, N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, Volume 376, Issue 9734, Pages 41 - 48, 3 July 2010.
 94. ALLEN S, LINDAN C, CHEN RUNDLE A, et al. HIV in urban Rwanda: demographic and behavioral correlates in a representative sample of childbearing women. *JAMA* 1991;266:1657-1663.
 95. Mnm COHEN MS. HAART and Prevention of HIV Transmission. Conference Report. *Medscape HIV/AIDS* 8(2), 2002.©2002 Medscape.
 96. UNAIDS. *AIDS Epidemic Update: December 2007*
 97. SINGER M, 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine* 39: 931-48.
 98. O'DONNELL L, O'DONNELL CR Y STUEVE A. Early sexual initiation and subsequent sex-related risk among urban minority youth: The reach for health study. *Fam Plan Perspect*. 2001;33:268-275.
 99. PETTIFOR AE, VAN DER STRATEN A, DUNBAR MS, SHIBOSKI SC Y PADIAN NS. Early age of first sex: A risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*. 2004;18:1435-1442.;
 100. BEADNELL B, MORRISON DM, WILSDON A, WELLS EA, MUROWCHICK E, HOPPE M et al. Condom use, frequency of sex, and number of partners: Multidimensional characterization of adolescent sexual risk taking. *J Sex Res*. 2005;42:192-202.

101. SILVEIRA, M.F.; BÉRIA, J.U.; HORTA, B.L.; TOMASI, E. Autopercepção de risco para DST/AIDS Rev Saúde Pública 2002;36(6):670-7 677
102. SILVA, C.M.; VARGENS, O. M. DA COSTA. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Revista da Escola de Enfermagem da USP Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.2 São Paulo June 2009.
103. BUCHALLA CM, PAIVA V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Rev Saúde Pública. 2002;36 (4):117-9.
104. SALDANHA AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
105. WERNECK J. A Vulnerabilidade das mulheres negras. Jornal da Rede Saúde [periódico na Internet]. 2001 mar [citado 2005 set. 14];(23). Disponível em: <http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?idarticulo=309>.
106. SEIDMAN SN, MOSHER WD, ARAL SO. Predictors of high-risk behavior in unmarried American women: adolescent environment as risk factor. J Adolesc Health 1994;15:126-32.
107. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Rumo a um novo mundo: a vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1998.
108. OLINTO MTA, GALVÃO LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. Rev Saúde Pública 1999;33:64-72.
109. SHEPHERD J, WESTON R, PEERSMAN G, NAPULI IZ. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. Health Educ Res 2000;15:681-94.
110. SANTOS, SONIA MARIA SOARES DOS E OLIVEIRA, MAGDA LÚCIA FÉLIX - (Com)vivendo com a Aids: perfil dos portadores de HIV/Aids na região Noroeste do Estado do Paraná, 1989-2005 Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 32, n. 1, p. 51-56, 2009.
111. SAFFIOTI HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C (org.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas; 1992: 183-215.
112. QUINN SC. AIDS and the African-American woman: The triple burden of race, class and gender. Health Educ Q 1993; 20(3): 305-20.
113. VILLELA W. Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces. In: Nilo A, organizador. Mulher, violência e AIDS. Recife: GESTOS - Soropositividade, Comunicação & Gênero; 2008. p. 107-26.
114. JIMENEZ AL, GOTLIEB SLD, HARDY E, ZANEVELD LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. Cad Saúde Pública 2001;17:55-62.
115. SEIDMAN SN, MOSHER WD, ARAL SO. Women with multiple sexual partners: United States, 1988. Am J Public Health 1992;82:1388-94
116. DAVIS, KR, WELLER SC. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. Family Planning Perspectives 1999; 31(6):272-79
117. CHIN D. HIV-related sexual risk assessment among Asian/Pacific Islander American women: an inductive model. Soc Sci Med 1999; 49:241-51
118. PRAÇA NS, GUALDA DMR. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. Ver Latinoam Enfermagem 2003; 11:14-20.

119. HEBLING EM, GUIMARÃES IRF. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1211-8.
120. AMORIM MM, ANDRADE NA. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre mulheres do Município de Vitória - ES. *Psicol Estud* 2006; 11:331-9.
121. SANTOS, C.O E IRIART, J.A.B Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(12):2896-2905, dez, 2007.
122. ALVES RN, KOVÁCS MJ, STALL R, PAIVA V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 Supl 4:32-9
123. THIENGO MA, OLIVEIRA DC, RODRIGUES BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):68-76.
124. GIACOMOZZI, A. I, CAMARGO, B.C. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. In: *Psicologia: Teoria e prática*, São Paulo, 2004, n. 6, v. 1, p. 31-44.
125. NASCIMENTO AMG, BARBOSA CS, MEDRADO B. Mulheres em Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5
126. SILVA, C.M.; VARGENS, O. M. DA COSTA. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV . *Revista da Escola de Enfermagem da USP Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.2 São Paulo June 2009*.
127. GIACOMOZZI AI, CAMARGO BV. Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais. dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina- Florianópolis. 2004. Citado em 18 abr. 2006. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**
128. SAFFIOTI HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini C (org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas; 1992: 183-215.
129. GOGNA, MÓNICA. Contribuições para repensar a prevenção das DSTs. In. II Seminário Saúde reprodutiva em tempos de AIDS. ABIA: Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde – IMS/UERJ, 1997. (op. cit. p. 55-6)
130. BUCHALLA CM, PAIVA V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 (4):117-9.
131. SALDANHA AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
132. SIMÕES-BARBOSA RH. AIDS & saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 281-98.
133. Worth D. Sexual decisionmaking and Aids: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Studies in Family Planning* 1989;20(6):297-307.
134. Pivnick A. HIV infection and the meaning of condoms. *Culture and Medical Psychiatry* 1993;17:431-53.

135. UNAIDS, 2006 - JOINT UNITED NATION PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) - Alcohol Use and Sexual Risk Behaviour: A Cross-Cultural Study in Eight Countries, 2006.

136. BENOTSCH, E.G.; PINKERTON, S.D.; DYATLOV, R.V.; DIFRANCEISCO, W.; SMIRNOVA, T.S.; DUDKO, V.Y., et al. - HIV risk behavior in male and female Russian sexually transmitted disease clinic patients. *Int J Behav Med* 13(1): 26-33, 2006.

137. CARDOSO, LUCIANA ROBERTA DONOLA; MALBERGIER, ANDRÉ; FIGUEIREDO, TATHIANA FERNANDES BISCUOLA. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.35 suppl.1 São Paulo 2008.

138. MALOW, R.M.; DÉVIEUX, J.G.; JENNINGS, T.; LUCENKO, B.A.; KALICHMAN, S.C. - Substance-abusing adolescents at varying levels of HIV risk: psychosocial characteristics, drug use, and sexual behavior. *J Subst Abuse* 13(1-2): 103-117. 2001

139. BACHANAS, P.J.; MORRIS, M.K.; LEWIS-GESS, J.K.; SARETT-CUASAY, E.J.; FLORES, A.L.; SIRL, K.S., et al. - Psychological adjustment, substance use, HIV knowledge, and risky sexual behavior in at-risk minority females: developmental differences during adolescence. *Journal of Pediatric Psychology* vol. 27(4): 373-384, 2002.

140. DICLEMENTE, R.J.; WINGOOD, G.M.; SIONEAN, C.; CROSBY, R.; HARRINGTON, K.; DAVIES, S., et al. - Association of adolescents history of sexually transmitted disease (STD) and their current high-risk behavior and STD status: a case for intensifying clinic-based prevention efforts. *Sex Transm Dis* 29(9): 503-509, 2002

141. GRIFFIN, K.W; BOTVIN, G.J.; NICHOLS, T.R. - Effects of a school-based drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behavior in young adulthood. *Prev Sci* 7(1): 103-112, 2006.

142. LIU, A.; KILMARX, P.; JENKINS, R.A.; MANOPAIBOON, C.; MOCK, P.A.; JEEYAPUNT, S., et al. - Sexual initiation, substance use, and sexual behavior and knowledge among vocational students in northern Thailand. *Int Fam Plan Perspect* 32(3): 126-135, 2006.

143. ROBERTS, S.T.; KENNEDY, B.L. - Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Arch Psychiatr Nurs* 20(1): 32-40, 2006.

144. MSUYA, S.E.; MBIZVO, E.; HUSSAIN, A.; URIYO, J.; SAM, N.E.; STRAY-PEDERSEN B. - HIV among pregnant women in Moshi Tanzania: the role of sexual behavior, male partner characteristics and sexually transmitted infections. *AIDS Res Ther* 3: 27, 2006.

145. MUULA, BY ADAMSON S.. HIV Infection and AIDS Among Young Women in South Africa. *Croat Med J* 2008;49:423-435.

146. UNAIDS E OMS - Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2009 . Situación de la epidemia de sida. ONUSIDA/09.36S / JC1700S (versión española, diciembre de 2009).

147. Khobotlo M et al. (2009). *Lesotho: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Maseru, Comisión Nacional del Sida de Lesotho.

148. MAKINWA-ADEBUSOYE, PAULINA. Factores socioculturales que influyen em La fecundidad em El Africa Subsahariana. *Boletim de Poblacion de lãs Naciones Unidas*, pag. 46 a 47, 2002.

149. GIR, ELUCIR E GESSOLO, FABIANA - conhecimentos sobre AIDS e alterações nas ações profissionais. Escola de enfermagem USP. V 32 n°2 p 91-100, agosto 1998
150. BASTOS FI, CUNHA CB, BERTONI N. Uso de substâncias psicoativas e métodos anticoncepcionais pela população urbana brasileira, 2005. Rev Saúde Pública 2008; 42 Suppl 1:118-26.
151. WALQUE, D. (2006). Who gets AIDS and how? The determinants of HIV infection and sexual behaviors in Burkina Faso, Cameroon, Ghana, Kenya and Tanzania. World Bank in its series Policy Research Working Paper Series 3844

Anexo I

Instrumento de coleta de dados

FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV EM MULHERES ANGOLANAS

Apresentação: Sou médica e estou realizando uma pesquisa com mulheres.

Se não houver inconveniente de sua parte, gostaria que fizesse parte desta pesquisa.

Caso concorde em participar, saiba que suas respostas serão utilizadas para melhoria nos programas referentes a saúde da mulher no que toca a infecção por HIV e Aids.

Suas informações, seu nome e endereço serão totalmente sigilosos e não divulgados a ninguém. Sua participação é voluntária. A Sra. poderá interromper a sua participação a qualquer momento, também é seu direito não responder às perguntas que desejar. Você concordaria em responder a algumas perguntas?

1- Fatores demográficos

Idade, Estado civil, Aglomeração familiar, Naturalidade, Residência, Etnia

Questionário

Grupos de estudo:

1 – Caso 2 – Controle Registro.....Data.....

1- Nome.....

2- Idade categorizada: 1- (até 19 anos); 2- (20 a 29); 3- (30 a 39); 4- (40 e mais)

3- Naturalidade..... 4- Nacionalidade 5- Residência (município)

.....

6- Etnia: qual a língua nacional que a sra fala?

1- Quikongo; 2- Quimbundo; 3- Umbundo; 4- Nganguela; 5- Kuanhama; 6- Quioco; 7- outras; 88 – não se aplica; 99 - Não informado

6- Estado civil (Estciv). 1 - Qual é o seu estado civil? 1- solteira; 2 – casada; 3 - separada /divorciada; 4 – viúva; 88 – não se aplica; 99 - Não informado

- 7 - Situação familiar: Qual é a posição que você ocupa na hierarquia familiar em casa onde mora? 1- Chefe de família (referindo-se ao provedor majoritária da família).
2-Esposa (representando a segunda pessoa na escala hierárquica da família).
3-Filha; 4-Sobrinha; 5- Neta; 6- Irmã; 7-Outros; 88- não se aplica; 99- Sem informação
- 8 – Aglomeração familiar: quantas pessoas vivem em sua casa, incluindo vc

2- Fatores socioeconômicos segundo a inserção produtiva da mulher e do chefe de família

Escolaridade, ocupação, gastos pessoais, renda pessoal, renda do chefe de família

1- Escolaridade (escol): Qual foi a última classe que você completou e foi aprovada?

- 1- Nunca frequentou escola; 2- Nível básico (até 8ª classe) 3- Nível médio (até 12ª classe); 4- nível superior (Graduação/ licenciatura); 5- Pós-graduação; 88- não se aplica; 99- sem informação;

2- Ocupação: Atualmente qual é a sua situação ocupacional?

- 1- Funcionaria publica; 2- Trabalha por conta própria; 3- Dona de casa; 4-Estudante; 5- Trabalha e estuda; 6- Desempregada; 7- Aposentada; 8- Sem ocupação; 9- domestica; 10 – militar; 11- segurança; 12- outros; 99- sem informação;

3- tipo de ocupação: qual é o tipo de ocupação que você exerce durante o dia no seu trabalho? 1-estudar; 2-cuidar da casa; 3- domestica 4 - operador de caixa; 5- secretaria de escritório; 6 – vendas; 7- cozinheira; 8- computação 9- comunicação, 10- professor, 11- jornalista; 12- garçomete; 13- balconista; 14- vendedora; 15- prof. Saúde; 17 – proteção física; 20- outros ...

4 – outra ocupação: Além da ocupação atual, você tem outra ocupação secundária?

- 1- Sim; 2- Não; 88- não se aplica; 99- sem informação ;

5- Renda pessoal: Quantos kuanzas a senhora conseguiu juntar este mês?

6 – Renda do chefe de família: O chefe de família dispões de alguma renda mensal?se sim, quantos kuanzas o chefe de sua família conseguiu juntar (ganhar) no último mês..... Kuanzas?

3- Fatores socioeconômicos segundo o padrão de consumo das mulheres

Gastos pessoais, tipo de habitação, água canalizada, energia elétrica, bens domésticos

1- Gastos pessoais: Quantos kuanzas a senhora gasta em compras pessoais por mês?

2 - Características do domicílio (Tipo de habitação): Qual foi o material de construção utilizado para construção da casa onde você mora? 1- Casa de alvenaria (areia, cimento, bloco, tijolo); 2- Casa de madeira; 3- Casa de chapas de zinco; 4- Casa de Pau –a Pic (pau e barro); 7-Outros; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

3 - Água potável: A água utilizada no domicílio onde mora (para limpeza, alimentação e banho) é proveniente de: 1- Rede pública canalizada (torneira dentro de casa); 2- Rede pública sem canalização interna (fontanário, chafariz); 3- Caminhão cisterna (caminhão de água); 4- Poço ou nascente (cacimba); 5- Outra; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

4- Energia elétrica: Em casa onde a senhora mora tem energia elétrica?

1- Sim (rede pública de energia) ; 2- Sistema gerador doméstico; 3- Não (nenhum sistema elétrico); 88 não se aplica; 99- Sem informação;

5- bens de consumo doméstico: Em casa onde a senhora mora existe: 1- Rádio; 2- geleira; 3- arca; 4- vídeo; 5- máquina de lavar; 6- forno microondas; 7- tele móvel ou telef. convencional; 8- microcomputador; 9- Televisor; 10- outros; 11- aparelho de ar condicionado; 12- nenhum aparelho; 88- não se aplica; 99- sem informação;

6 - veículo para passeio: vc possui automóvel para uso particular? 1-sim; 2-não

4- Fatores políticos

Mobilização militar e Situações de guerra

1 - Mobilização e desmobilização militar: Angola esteve em guerra desde a independência. Você teria passado por alguma das situações abaixo durante este tempo?

1-Mobilização para incorporação nas forças armadas; 2- Mobilização para incorporação na polícia civil; 3- Mobilização para incorporação na polícia militar; 4- Mobilização para incorporação na organização de defesa popular ; 5-Não foi mobilizada para nenhum dos serviços/ ramo de defesa ; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

2 - Atualmente você está: 1-Desmobilizada (dispensada); 2- Ainda Mobilizada; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

3 - Durante o tempo de guerra intensa, você chegou a passar por alguma das situações críticas abaixo?

1- permaneceu em cativo militar; 2- permaneceu em prisão militar; 3- refugiada de guerra para outra cidade; 4- refugiada de guerra para mata; 5 – Nunca viveu nenhuma dessas situações; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

5- Fatores de risco culturais

Experiencia marital, Violência psicológica, Poligamia, Iniciativa para relacionamento, religião

Fat. culturais relativas á experiência marital e poligamia masculina

1 - Durante a sua vida como mulher, você já teve **experiencia de vida marital (marido)**? 1- Sim..... 2- Não.....88- não se aplica; 99- sem informação.....

2 – Se sim, **quantas vezes vc já teve experiencia marital**, incluindo o atual?

1- uma; 2- duas; 3- tres; 4- quatro; 5- cinco; mais de cinco

3 – Com relação a cada um de seus maridos que teve, quem foi que tomou a iniciativa para o relacionamento amoroso?

1- O esposo da mulher entrevistada; 2 – Ambos (marido e mulher se escolheram); 3- Indicação da familia da mulher; 4 – Indicação da familia do marido; 5 – Foi por obrigação judicial; 6 – outros; 88- não se aplica; 99- sem informação.

4 - **Quantos anos tem o seu marido atual?**1-.....2- não sabe; 99- sem informação

5 – **Poligamia**: Seu marido tem, teve outras esposas ou fez filho fora) durante o tempo que viveu com você? 1- Não tem\ teve; 2- Teve sempre; 3 – Tem uma outra; 4- Tem entre 2 a 4; 5- tem mais de 5; 6- Tem mas não sabe quantas; 7- teve outra ou filho antes de se relacionar comigo;8- Não sabe dizer; 99- Não informado; 88 – não se aplica

Obs: foi eliminada a pergunta sobre poligamia com relação aos parceiros anteriores para minimizar vieses de informação.

Fat. culturais relativas á Situações de violência de gênero (comportamento abusivo, violência psicológica/ física e sexual; separação ou divórcio)

1 – **Compotamento abusivo**. No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequencia tem acontecido? 1- Vocês brigam; 2- Evita que vc visite amigos/ vizinhos; 3- Procura restringir seu contacto com

a família; 4- Ouve a tende as sua preocupações ou sentimentos; 5- Insiste em saber sempre onde vc está; 6- Lhe ignora e a trata com indiferença; 7- Fica zangado se vc conversa com outro homem; 8 Está freq. Suspeitando que vc é infiel ; 9- Espera sempre que você peça permissão antes de procurar cuidados se sua própria saúde; 10- Nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação

2 – Violência psicológica .No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido? 1- Insulta-se e te faz sentir-se mal a respeito de si mesma ; 2- Depressiou ou humilhou vc na frente de outras pessoas; 3- Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (gritou, qubrou coisas, etc) ; 4- Ameçou machuc-ala ou a alguém que vc gosta; 10- nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação

3 – Violência física .No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido?

1- Zangou-se a ponto de bater em você (tapa, soco, empurão, chute, surra)

2- Já a agrediu usando arma ou faca?; 3 - Já foi agredida durante a gravidez; 4- Tentou estrangular vc de propósito; 5- Já prometeu matar-te; 6- Já precisou cuidados médicos para tratar das lesões por agressão física; 7- Vc participou a polícia por alguma das agressões que já sofreu; 8- Vc participou a família, igreja, OMA por alguma das agressões que já sofreu; 9- tentou queimar-te de propósito; 10- nenhuma das situações 88 – não se aplica; 99- sem informação

4 - Violência familiar. Desde que vc se conhece como mulher,das situações que vou sitar, qual delas já aconteceu:1- Agredida física por parentes do I grau (irmão, pai); 2- Agredida física por parentes do II grau (primo, tio); 3- Agredida física por parentes distantes (padrasto, cunhado); 4- Agredida física por amigo ou vizinho, líder religioso; 5- Agredida fisicamente por desconhecido; 10- nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação

5 – Violência sexual. No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido? 1- Forçou –te fisicamente a manter relações sexuais quando vc não queria; 2- Vc teve que fazer porque tinha medo de da reação dele ; 3- Forçou a uma pratica sexual degradante ou humilhante ; 10- nenhuma das situações ocorreu 88 – não se aplica; 99- sem informação

6 - Vc já saiu de casa por causa da violência de seu marido?

1- sim... 2- não....88 - não saiu de casa .99- sem informação.....código..

7 – Das vezes que você saiu de casa(aborrecida com alguma atitude dele) , você voltou para casa ? 1- sim... 2- não..... 88 – não saiu de casa; 99- sem informação

8 – Porque você voltou? (pesq. Aceitar uma ou mais alternativas)

1- ele obrigou a voltar; 2- A família obrigou a voltar; 6- voltei pelo cuidado e sustento dos filhos; 7- para não faltar com os princípios de minha cultura; 8- Não queria envergonhar minha família; 9- Não queria ficar sem marido; 10- Não tinha para onde ir; 11- Não tinha como me sustentar; 12- consentimento mutuo; 88 – não se aplica/ não saiu de casa; 99- sem informação

9 – **Forçasesexo** Antes de seus 15 anos, de algum modo, alguém (que não seja o marido) já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual quando você não queria? 1- pai; 2- padrasto; 3- outro membro da família (homem); 4- outro membro da família (mulher); 5- professor; 6- policial/soldado; 7- amigo da família (homem); 8- amigo da família (mulher); 9- namorado; 10 estranho; 11- alguém no trabalho; 12 – nunca fui forçada a fazer sexo; 88 – não se aplica; 99- sem informação

10- Religião: qual religião você frequênta? 1. Nenhuma;.2. Católica; 3. Evangélica; 4. Espírita; 5. Outra? Qual?..... 98. sem informação

11 – Circuncisão masculina/ feminina (práticas utilizadas em diversos países africanos) a senhora e seu parceiro realizaram o ritual tradicional que se chama circuncisão. Se sim em qual local?

1-Sim meu parceiro é circuncisado; 2- Sim eu fui circuncisada; 3- Em casa; 4- No hospital; 5- No enfermeiro; 6- Em uma cerimônia própria; 7-eu não fui circuncisado; 8- ele não foi circuncisado; desconheço o local; 9- desconhece esta prática; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

Percepção de risco para HIV

Sobre Silêncio e ocultismo de temores, desejo pelo conhecimento , Conhecimento sobre DST, HIV/AIDS e auto proteção de risco para HIV

1 - **CTCCDA** - Das situações a seguir, diga com quais você concorda?

1-O risco de transmissão da AIDS pode ser reduzido se as relações sexuais forem somente com parceiro não infectado?

2- O uso de anticoncepcional/pílula evita que a mulher seja infectada pelo vírus da AIDS

Outros: 3 - pessoa de aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da AIDS;

4- Preservativo atrapalha o prazer sexual apesar da eficácia ; 5- Qualquer pessoa Pode-se infectar com HIV compartilhando talheres, copos ou refeições; 6-Usar

preservativo é a melhor maneira de evitar transmissão do vírus da AIDS mas atrapalha o prazer na relação sexual; 88- Não se aplica, 99- sem informação

2 – SEXSEGR - Sobre negociação para sexo seguro . O que significa "sexo seguro" ou protegido para você?

1- evitar relações sexuais com troca ou contato de secreções (esperma, líquido vaginal, sangue) com mucosa (pele da boca, do ânus e da vagina) ou pele não íntegra (machucada)

2- não ter relações sexuais com penetração (pênis/vagina - pênis/ânus)

3- usar camisinha em todas as relações sexuais

4- não ter relações sexuais com homossexuais

5- não ter relações sexuais com usuários de drogas injetáveis

6- ter apenas um parceiro sexual; 7- Não sabe; 8- não ter relação com desconhecido; 88- Não se aplica; 99- sem informação

3 – PQNUPSV - Se você não usa camisinha nas suas relações sexuais: que motivo vc teve para não usar o preservativo na relações sexuais nos últimos cinco anos?

1-estou casada; 2- não acho necessário; 3- tenho parceiro fixo ; 4- é desconfortável/não sente prazer; 5- uso anticoncepcional; 6- pensei que não engravidaria mais; 7- Ele não gosta/ não quer; 8- Estava tentando engravidar; 9- confio na fidelidade do parceiro ; 10- Fizeram testes/ exames/ doam sangue; 11- Desprevenidos/ descuidados; 12- minhas relações sexuais são pouco frequentes; 13- Religião não permite; 14- Alergia (látex/ lubrificante); 15- Fui violentada; 16- é caro; 17-o homem é quem deve se preocupar com isso; 18-Falta de informação ; 88- Não se aplica; 99- sem informação

4 - PQVUPSV - Se você usasse camisinha em suas relações sexuais: qual seria o principal motivo para o uso? (esta questão só admite uma resposta) nos últimos cinco anos ?

1- para prevenção das DST/AIDS ; 2- se tivesse mais de um parceiro; 3-não sabe dizer; 4- usaria se o parceiro gostasse e exigisse; 5- para variar de método; 6- aumentar o prazer; 7- não queria engravidar; 8- me sentiria mais segura; 88- Não se aplica; 99- sem informação

5 - INICIATV - Se usasse camisinha nas relações sexuais que teve nos últimos cinco anos, quem vc acha que deveria tomar a iniciativa para seu uso?

1-A mulher / você; 2-O (s) parceiro(s); 3-os dois (você e o parceiro); 4-nenhum dos dois; 88- Não sabe dizer; 99- sem informação

6 – CSENTE - Como se sentiria se tivesse que pedir ao parceiro para usar a camisinha masculina ou feminina nas relações sexuais nos últimos cinco anos? 1- insegura; 2- culpada; 3- desconfiada; 4- segura e tranqüila; 5- pouco à vontade; 6-inconveniente; 7- uma estraga prazeres; 8- de outra forma. Qual? _____ 88- Não se aplica; 99- sem informação

7 – COMPPSEV - Qual é a complicação para você mulher quando pede ao parceiro para usar camisinha masculina nas relações sexuais nos últimos cinco anos? 1-atrapalha a relação; 2-cria um clima de desconfiança; 3-traz mais segurança e confiabilidade; 4-favorece a conversa entre os dois; 5-pode acabar com a relação; 88- Não se aplica; 99- sem informação

8 – PARCNEGA - O que vc faria se o parceiro, no momento da relação sexual não concordasse em usar a camisinha masculina você nos últimos cinco anos? 1-insiste e tenta convencê-lo da melhor maneira; 2-desiste da relação sexual; 3-pratica o ato sexual, mesmo desconfiada; 4-sugere outras formas de prevenção; 5-troca de parceiro na próxima transa; 6-usaria a camisinha feminina; 7-morre de medo e sente-se culpada; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

9 - RISCOST - Acha que atualmente, os riscos de você pegar ou transmitir AIDS em suas relações sexuais são: 1- pequenos; 2- grandes; 3- não existem riscos;4- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

10 – RISCAIDS - De que forma os riscos de pegar AIDS modificaram suas práticas sexuais nos últimos cinco anos?

1-não modificaram em nada; 2- passou a ter relações apenas com parceiros conhecidos; 3-diminuiu o número de parceiros; 4- passou a ter relações sexuais apenas com parceiro único; 5-deixou de ter relações sexuais; 6- Passou a usar camisinha em todas as relações; 7- Passou a usar camisinha algumas vezes; 8- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

11 – PARCHIV - Algum dos parceiros fixos ou ocasional que você já teve apresentou teste ou informou ser Hiv positivo?

1- sim; 2-Não; 3- desconhece 4- não sabe informar; 88- não se aplica; 99- sem informação,

12 - SABHIV – Por que fonte você tomou conhecimento sobre HIV ou AIDS

1- Rádio, 2- Jornal,3- Folhetos ou panfletos, 4- Em conversa com familiares ou amigos 5- no trabalho,6- na escola,7- nos serviços de saúde, 8- na igreja, 9- TV; 10- Outros 10- não ouvi ou li coisa alguma sobre AIDS, 88- Não se aplica; 99- sem informação;

13 – DUVIDA - Em algum momento vc teve dúvidas sobre as informações referentes ao Sida, as informações foram esclarecedoras? (__) 1- Sim, tive duvida; 2- tive vergonha de perguntar; 3- Até certo ponto, 4- Não sei 5- todas as duvidas foram esclarecidas; 6- inicialmente não achei importante; 7- não tinha quem me esclarecesse; 8- Não, não tive duvida; 9- continuo com duvida; 88- Não se aplica; 99- sem informação

14 – FONTAIDS - Em qual dessas fontes de informação você acredita mais? (__)

1- Rádio, 2- televisão, 3- jornal, folhetos ou panfletos, 4- Em conversa com familiares, amigos e colegas; 5- na igreja; 6- Na escola, 7- Nos serviços de saúde, 8- Outros ____; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

15 – PESAIDS - Qual é a primeira coisa que vem à cabeça quando ouve a palavra AIDS

1- Doença grave/ Incurável, 2- Sentimentos negativos: medo, tristeza, preocupação
3- Sexo/Sexo sem preservativo/Sexualmente transmissível , 4- Prevenção/Camisinha
5- Morte/Doença fatal, 6- Falta de cuidado/Informação/Orientação, 7- Outros, 8- Não sabe
88- Não se aplica; 99- sem informação;

16 - TESTHIV – (teste sorológico para HIV voluntário) Alguma vez submeteu-se voluntariamente ao teste anti-HIV

1- Sim, 2- Não, 3- não achei necessário; 4- meu esposo não deixou; 5- não tive oportunidade; 88- Não se aplica; 99- sem informação

17 – PORQTSTHIV - até o presente momento, qual foi o principal motivo que te convenceu a submeter-se ao teste anti-HIV hoje?

1- Pré Natal, 2- Indicação médica , 3- Curiosidade, 4- Precisou ou quis doar sangue; 5- Por achar que tinha algum risco , 6- Solicitação do empregador , 7- Doou sangue para se testar , 8- Parceira(o) pediu , 9- Outro , 10-Nunca fez o teste ; 88- Não se aplica; 99- sem informação

18 – CONTHIV - Como uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da AIDS? 1- Mantendo relação sexual; 2- compartilhar ou usar seringas ou agulhas já utilizadas; 3- Não usando camisinha na relação sexual; 4- Fazendo sexo vaginal sem camisinha; 5- Comendo no mesmo prato de pessoas com HIV/Aids; 6-Tocando em pessoas com HIV/Aids; 7-Retirando o pênis antes do final da relação sexual; 8- Usando banheiros públicos; 9-Fazendo sexo oral; 10- Não usando camisinha feminina; 11-Fazendo sexo anal sem camisinha; 12-Tomando transfusão com sangue contaminado; 13-Tendo contacto com sangue contaminado; 13- Beijo/ saliva; 14- Falta de cuidado/ Informação/

Prevenção; 15-Relações Promíscuas/Vários Parceiros; 16-No Parto (de mãe para filho)/ Amamentação; 17- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação

19 – PROTHIV - Como uma pessoa pode se proteger do vírus da AIDS?

1-Uso de preservativo/Camisinha, 2- Não compartilhar seringas, 3- Conhecer o parceiro sexual; 4- Não usar drogas, 5- praticar relações sexuais só com Parceiros fixos, 6- Segurança nas transfusões, 7- Outros, 8- Não sabe, 88- Não se aplica, 99- sem informação

20 – DCPSEV - Entre as doenças que se seguem, quais delas não podem ser evitadas com o uso do preservativo: 1- cólera 2- hepatite; 3- HIV 4- tuberculose 5- malária 6- Sífilis 7- Não sabe 88- Não se aplica, 99- sem informação

21 – DCPEGA - Entre as doenças que se seguem, quais são as que se podem pegar usando seringas/ agulhas usadas: 1- aids; 2- Gonorréia 3- Sífilis 4- Hepatite 5- HIV; cólera 6- Malária 7- Não sabe 88- Não se aplica, 99- sem informação

22 – RDSTINF Qual é o risco de contrair DST/AIDS nas seguintes situações: (Bem informado Mal informado Não Classificado)

1- Casal de mulheres que faz sexo apenas entre si; 2-Casal de homens que faz sexo apenas entre si; 3- Casal de um homem e uma mulher que faz sexo apenas entre si; 4- Casal de homem e mulher que as vezes faz sexo com alguém que não o(a) seu(sua) parceiro(a) habitual; 5-Casal de homens que as vezes faz sexo com alguém que não o(a) seu(sua) parceiro(a) habitual; 6-Casal de mulheres que ocasionalmente faz sexo com alguém que não o(a) seu(sua)parceiro(a) habitual; 7-Pessoas que têm muitos parceiros diferentes do mesmo sexo; 8-Pessoas que têm muitos parceiros diferentes do sexo oposto; 9-Se não usar camisinha nas relações sexuais; 10-Comendo no mesmo prato de quem tem HIV/Aids; 11-Retirando o pênis antes do final da Relação Sexual; 12-Evitando compartilhar seringas; 13-Fazendo Sexo oral; 88- Não se aplica, 99- sem informação

6- **Comportamento de risco da mulher** (referente ao sexual, social e auto cuidado)

(Utilizado Quês sobre estudo multicêntrico sobre uso de drogas injetáveis , RJ fase II da OMS)- 12. 1 – Você já praticou algumas destas coisas nos últimos cinco anos?

- 1- Consumo de droga não injetável;
- 2- 2- Consumo de drogas injetáveis;
- 3- **3- Consumo de álcool;**

- 4- 4- Aplicação de tatuagens e pearcing;
- 5- 5-Partilhar agulha, lamina, alfinete;
- 6- 6- Transfusão de sangue;
- 7- **7- Não praticou nenhuma;**
- 8- 8- consumo de álcool antes da gravidez;
- 9- 88- não se aplica;
- 10-99- sem informação

46- SEXDROGA

a senhora já teve relações sexuais sob efeito de :

- 1- pratica de relações sexuais sob efeito de álcool;
- 2- 2- pratica de relações sexuais sob efeito de drogas;
- 3- **3- Não praticou nenhuma;**
- 4- 4- praticou sob efeito de droga e álcool
- 5- **7- já praticou sexo sob efeito de álcool**

47- CAMISA Em alguma dessas relações você usou camisinha?

1- Praticou C/ camisinha; 2- Praticou S/ camisinha; 3- Praticou com e sem camisinha; 4- Não se lembra; 99 sem informação; 88- não se aplica

6- Comportamento sexual

Eu gostaria agora de fazer algumas perguntas sobre o seu relacionamento sexual com seu parceiro fixo, parceiro ocasional ou cliente. Lembre-se que algumas situações podem não corresponder a sua realidade sexual. Suas respostas serão tratadas como estritamente confidenciais. Não inclua nesta categoria "clientes" que pagam (em dinheiro, drogas ou bens e serviços) para manter relações sexuais.

48 – PRISEXO Idade na primeira relação sexual. Que idade você tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez? 0- não se lembra; idade em anos.....

49 - Como você descreveria sua primeira experiência sexual? 1- Você queria, 2- não queria mas acabou acontecendo, 3- foi obrigada a fazer sexo, 99- sem informação

50 - Você ou seu parceiro usou preservativo quanto teve a primeira relação sexual? 1- Sim , 2- Não , 99- sem informação

51 – PESEXO Após esta primeira relação sexual você passou a ter relações sexuais com: 1- Somente com homens; 2- Principalmente com homens, mas ocasionalmente com mulheres; 3- Mais ou menos igualmente com homens e com mulheres 4- Principalmente com mulheres, mas, ocasionalmente com homens ; 5- Somente com mulheres; 99- Sem informação

52 – PARCFIXO Parceiros fixos ou principal é aquele com quem você teve relações sexuais regulares e programadas, namoro, caso, casamento ou algum envolvimento amoroso.

suas relações sexuais no passado, você teve com : 1- Só com parceiro fixo; 2- Principalmente fixos mas alguns ocasionais; 3- Em proporções iguais entre fixos e ocasionais; 4- Principalmente ocasionais mas alguns fixos; 5- Só parceiros ocasionais; 99- sem informação;

53- MODSEX Quais são as modalidades sexuais que você habitualmente tem praticado? 1- Sexo anal; 2- Fazer sexo vaginal; 3- Fazer sexo oral; 4- anal e vaginal; 5- Masturbação recíproca; 99- sem informação

54- TROCSEX Alguma vez você já fez sexo com alguém em troca de dinheiro, comida, moradia ou outra forma de benefício como amigo que te ajuda? 1- sim; 2- não; 3- não quis responder; 88- não se aplica; sem informação;

55- PROFSEXO Você já trabalhou como profissional do sexo? 1- sim; 2- não; 3- não quis responder; 88- não se aplica; sem informação;

56- QTPARC Quantos parceiros fixos você já teve? 1- um ; 2- 2 parceiros; 3- 3parceiros; 4- 4 parceiros ; 5- mais de 4

57- FREQPARC Com que frequência você usa/usou preservativo (camisinha) masculino ou feminino em relações vaginais ou anais com seu parceiro(fixo) principal(ais) do sexo oposto: 1- Nunca usei; 2- Ocasionalmente (1–25%); 3- Aproximadamente metade das vezes (26–74%); 4- A maioria das vezes (75–99%); 5- Sempre (100%); 88- não se aplica; 99- sem informação

59 – PARCOCA Parceiro ocasional é aquele com quem você teve relações sexuais irregulares e não programadas,: Com que frequência você usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino em relações vaginais ou anais com seu parceiro ocasional do sexo oposto : : 1- Nunca usei; 2- Ocasionalmente (1–25%); 3- Aproximadamente metade das vezes (26–74%); 4- A maioria das vezes (75–99%); 5- Sempre (100%); 88- não se aplica; 99- sem informação

Relacionamento nos últimos 5 anos

60 – SANGUE Você já teve contacto visual com sangue do seu parceiro fixo ou ocasional durante a relação sexual vaginal ou anal? 1- sim; 2-Não; 7- não sabe informar; 88- não se aplica; 99- sem informação,

61- PARCDST Você tem conhecimento de ter tido relações sexuais com algum parceiro fixo ou ocasional que seja portador de doenças sexualmente transmissíveis? 1- não; 2- úlceras genitais; 3- úlceras anais; 4- secreção uretral; 5- verrugas genitais; 6- verrugas anais ; 7- outras ; 8-não sabe informar; 88- não se aplica; 99- sem informação,

Sobre orientação sexual

62- TIPOSEX Que termo você usaria para definir a identidade sexual dos parceiros com que já se relacionou nos últimos cinco anos? 1- Bissexual; 2- Homossexual; 3- Heterossexual; 4-não sabe informar; 99- sem informação,

63 – PRISÃO Nos últimos 5 anos, em algum momento você teve um relacionamento sexual forçado (sexo anal e/ou oral) com algum homem (incluindo os que possam ter ocorrido na prisão ou cativoiro)? 1- não, 2- Não teve sexo, 99- sem informação,

Pratica de sexo seguro/ Sobre uso de preservativo

64 – PRESERVFEM Conhece ou ouviu falar no preservativo feminino: 1- Sim , 2- Não , 99- sem informação,

65 – TIPOPRESERVE Já usou algum tipo de preservativo Msc/fem nos últimos cinco anos? 1- Sim (usou); 2- Todas as vezes; 3- Algumas vezes; 4- Não usa camisinha; 5- Nunca usou; 88- não se aplica; 99- sem informação,

ELIMINADA 66 – PRESERV 5 (ELIMINADA= TODAS DISSERAM QUE DESDE QUE ENGRAVIDARAM NÃO PRECISAM USAR COMIZINHA)Você fez uso de preservativo nas ultimas 5 relações sexuais que teve com parceiro fixo ou ocasional ? 1- Sim (usou); 2- Todas as vezes; 3- Algumas vezes; 4- Não usa camisinha; 5- Nunca usou; 88- não se aplica; 99- sem informação,

67- PQPRESERV Por quê não utilizou preservativo nos ultimas 5 anos com parceiro fixo ou ocasional? 1- Porque sou casada/ confia no parceiro; 2- Usa anticoncepcional; 3- usa método natural; 4- pensou que não engravidaria mais; 5-Desconfortável/não sente prazer; 6- Não acha necessário; 7- Ele não gosta/ não quer; 8- Fizeram testes/ exames/ doam sangue; 9- Desprevenidos/ descuidados; 10- Está sem parceiro; 11- Estava tentando engravidar; 12- Religião não permite; 13- Alergia (látex/ lubrificante); 14- Fui violentada; 15- Usou preservativo; 99- sem informação

68 – SEXMTPS Já teve relações sexuais com mais de uma pessoa ao mesmo tempo nos últimos cinco anos? 1- Sim , 2- Não, 99- sem informação,

69- PRSVMTP Durante esta relação os participantes usaram camisinha nos últimos cinco anos ? 1- Sim , 2- Não, 3- Nem todos usaram ; 88 – não se aplica; 99- sem informação,

70- está repetida; **71**- está repetida; **72**- está repetida

73 – ACO **Uso de métodos anticoncepcionais.** Que método anticoncepcional você vem utilizando nos últimos cinco anos? 1- DIU; 2- Pílula; 3- Camisinha ou preservativo; 4- Camisinha feminina; 5- Injetável; 6- Tabela e/ou Billings; 7- Implante; 8- Diafragma; 9- Vasectomia; 10- Coito interrompido; 11- Laqueadura; 12- Nenhum; 13- Outros ; 88 – não se aplica; 99- sem informação,

74 – TRSEX **Transação sexual:** Alguma vez recebeu pagamento em dinheiro ou bens materiais em troca de sexo nos últimos cinco anos? 1Nunca; 2Algumas vezes; 3Sempre; 4Só por dinheiro; 5Por roupas; 6Por uma moradia; 7Por varias dessas coisas; 8Não responde; 88- Não se aplica; 99- sem informação

75 – DROGASEXO Com que frequência você teve um cliente do sexo oposto que te deu drogas em troca de sexo nos últimos cinco anos? **1-Nunca/nenhuma**; 2- Menos de uma vez ao mês; 1–3 vezes ao mês; Cerca de uma vez por semana; 2–3 vezes por semana; 4–6 vezes por semana; Cerca de uma vez por dia; 2–3 vezes por dia, quase todo dia; 4 ou mais vezes por dia; quase todo dia; Recusou; 88- Não se aplica; 99- sem informação

76- CLIENTE Nos últimos 6 meses quantos clientes do sexo oposto diferentes você teve, em média, por mês? 1- único; 2- 2 a 5; 3- 6 a 10; 4- 11 a 20; 5- Mais de 20; 6- Não responde; 7- Não sabe; 8- Perdeu a conta; 88- Nunca teve cliente; 99- sem informação

ELIMINADA 77 – PRVCLITS Quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s) cliente(s) do sexo oposto, com que frequência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino nos últimos cinco anos? 1- Nunca usei; 2- Ocasionalmente (1–25%); 3- Aproximadamente metade das vezes (26–74%); 4- A maioria das vezes (75–99%); 5- Sempre (100%); 88- não se aplica; 99- sem informação

ELIMINADA 78- PCLITSRP alguma destas vezes com cliente uma camisinha rompeu ? 1- nunca ; 2- algumas vezes; 88- não se aplica; 99- sem informação

ELIMINADA 79- QTPRSV Você tem idéia de quantas camisinhas usa durante o mês?
1- nenhuma; 2- até a 5; 3- 6 a 10; 4- 11 a 20; 5- Mais de 20; 6- Não sabe; 7- Perdeu a conta; 8- Não responde ; 88- não se aplica; 99- sem informação

80- DSTV Sobre antecedentes de DST. Você já teve alguns destes sintomas nos últimos cinco anos? 1Nunca; 2- Feridas nos órgãos sexuais (herpes, sífilis); 3- Corrimento (gonorréia); 4- Condiloma ou crista de galo; 5- Não teve sintomas; 6- Dores baixo ventre (DIP); 7- Não responde; 88- não se aplica; 99- sem informação

7- Características e comportamento de risco do parceiro sexual (relativo ao sexual, social e auto cuidado)

82- TPARCFIXO Há quanto tempo está morando com parceiro fixo? _____

84 – ESCOLPARC Ele frequentou escola? 1- 1º NIVEL (ATÉ 4ª CLASSE), 2 - frequentou 2º E 3º NIVEIS (ATÉ 8ª), 3- frequentou escola por mais de 12 anos (ENSINO MÉDIO), 4- frequentou faculdade - ENSINO SUPERIOR (Graduação/licenciatura) ; 5- Pós-graduação; 6- nunca frequentou escola; 7 – Desconhece; 88- não se aplica , 99sem informação,

85- PALCOL Com que frequência seu marido toma bebida alcoólica? 1 - Todos os dias; 2- 3Uma a duas vezes por semana; 3- 1 a 3 vezes por semana; 4- Ocasionalmente, menos que 1 vez ao mês; 5- Só aos fins de semana; 6- Desconhece; 7- não consome 88- não se aplica , 99sem informação

87- PDROGFQ seu marido usa ou usou droga? Com que frequência usou drogas? 1- sim, Todos os dias; 2-não usa droga; 3- usa droga ocasionalmente; 4- usa sempre; 5- Só aos fins de semana; 6- 1 a 3 vezes por semana; 7- nuca usou droga; 8- Desconhece se usa ou não; 88- não se aplica , 99sem informação

88 – BRIGAS Desde que você conheceu ele já alguma vez esteve envolvido em brigas (agressão física) com alguém? 1-Sim..... 2 não sabe se briga ou não7 - não briga, 88- Não se aplica; 99- sem informação

89 – SEXOBPARC Sexo biológico do parceiro: O seu parceiro sexual atual é do sexo 1- masculino (homem); 2- feminino (mulher)?

90 – HSEXPC quais os Hábitos sexuais de seu parceiro? 1- Ele tem outros co-parceiros sexuais; 2- Nenhum parceiro além de mim; 3- ele pratica sexo só com mulheres; 4- Seu parceiro mantém relações com homens/ com mulheres; 5- Seu parceiro mantém relações mais com homens do que com mulheres ; 6- Seu parceiro mantém relações mais com

mulheres do que com homens; 7- desconhece seus hábitos ; 88- Não se aplica ;99- sem informação

91 – SLCABELO Onde seu parceiro frequenta para cortar o cabelo, e fazer a barba? 1- salão cabeleireiro e em casa; 2- em casa; 3- nos amigos; 4- não sabe; 5- no salão cabeleireiro; 6- nos amigos e em casa; 88- Não se aplica,99- sem informação

92- PERFCORT Seu parceiro partilha com amigos utensílios perfurocortantes 1 - sim ; 2 – não; 3 – não sabe; 88- Não se aplica,99- sem informação

93 – TFSANGUE Antecedentes patológicos e terapêuticos: Seu parceiro já teve que ser submetido a uma transfusão de sangue ou derivados nos últimos cinco anos?1- Sim 2- Não; 3- Não sabe

94 – DOENÇAS Seu parceiro já teve alguma das seguintes doenças e ou situações que podem possibilitar transmissão do HIV? 1-Hemofilia; 2- ferimento por arma branca; 3- ferimento por arma de fogo, 4- acidente de viação; 5- doença de células falciformes; 6- DST; 7- nenhuma das situações; 8- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

95 – PHIVAIDS Seu parceiro atual é portador de HIV/AIDS? 1- Sim; 2- Não; 3- desconhece 4- Não sabe; 8- não quis dizer; 88- Não se aplica; 99- sem informação.

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FATORES DE RISCO PARA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV EM MULHERES ANGOLANAS

Apresentação: Sou médica e estou realizando uma pesquisa com mulheres.

Se não houver inconveniente de sua parte, gostaria que fizesse parte desta pesquisa.

Caso concorde em participar, saiba que suas respostas serão utilizadas para melhoria nos programas referentes a saúde da mulher no que toca a infecção por HIV e Aids.

Suas informações, seu nome e endereço serão totalmente sigilosos e não divulgados a ninguém. Sua participação é voluntária. A Sra. poderá interromper a sua participação a qualquer momento, também é seu direito não responder às perguntas que desejar. Você concordaria em responder a algumas perguntas?

7- Fatores demográficos

Idade, Estado civil, Aglomeração familiar, Naturalidade, Residência, Etnia

Questionário

Grupos de estudo:

1 – Caso 2 – Controle Registro.....Data.....

1- Nome.....

2- Idade categorizada: 1- (até 19 anos); 2- (20 a 29); 3- (30 a 39); 4- (40 e mais)

3- Naturalidade..... 4- Nacionalidade 5- Residência (município)

.....

6- Etnia: qual a língua nacional que a sra fala?

1- Quikongo; 2- Quimbundo; 3- Umbundo; 4- Nganguela; 5- Kuanhama; 6- Quioco; 7- outras; 88 – não se aplica; 99 - Não informado

6- Estado civil (Estciv). 1 - Qual é o seu estado civil? 1- solteira; 2 – casada; 3 - separada /divorciada; 4 – viúva; 88 – não se aplica; 99 - Não informado

7 - Situação familiar: Qual é a posição que você ocupa na hierarquia familiar em casa onde mora? 1- Chefe de família (referindo-se ao provedor majoritária da família).

2- Esposa (representando a segunda pessoa na escala hierárquica da família).

3- Filha; 4- Sobrinha; 5- Neta; 6- Irmã; 7- Outros; 88- não se aplica; 99- Sem informação

8 – Aglomeração familiar: quantas pessoas vivem em sua casa, incluindo vc

8- Fatores socioeconômicos segundo a inserção produtiva da mulher e do chefe de família

Escolaridade, ocupação, gastos pessoais, renda pessoal, renda do chefe de família

1- Escolaridade (escol): Qual foi a última classe que você completou e foi aprovada?

1- Nunca frequentou escola; 2- Nível básico (até 8ª classe) 3- Nível médio (até 12ª classe); 4- nível superior (Graduação/ licenciatura); 5- Pós-graduação; 88- não se aplica; 99- sem informação;

2- Ocupação: Atualmente qual é a sua situação ocupacional?

1- Funcionaria publica; 2- Trabalha por conta própria; 3- Dona de casa; 4-Estudante; 5- Trabalha e estuda; 6- Desempregada; 7- Aposentada; 8- Sem ocupação; 9- domestica; 10 – militar; 11- segurança; 12- outros; 99- sem informação;

3- tipo de ocupação: qual é o tipo de ocupação que você exerce durante o dia no seu trabalho? 1-estudar; 2-cuidar da casa; 3- domestica 4 - operador de caixa; 5- secretaria de escritório; 6 – vendas; 7- cozinheira; 8- computação 9- comunicação, 10- professor, 11- jornalista; 12- garçomete; 13- balconista; 14- vendedora; 15- prof. Saúde; 17 – proteção física; 20- outros ...

4 – outra ocupação: Além da ocupação atual, você tem outra ocupação secundária?

1- Sim; 2- Não; 88- não se aplica; 99- sem informação ;

5- Renda pessoal: Quantos kuanzas a senhora conseguiu juntar este mês?

6 – Renda do chefe de família: O chefe de família dispõe de alguma renda mensal?se sim, quantos kuanzas o chefe de sua família conseguiu juntar (ganhar) no último mês..... Kuanzas?

9- Fatores socioeconômicos segundo o padrão de consumo das mulheres

Gastos pessoais, tipo de habitação, água canalizada, energia elétrica, bens domésticos

1- Gastos pessoais: Quantos kuanzas a senhora gasta em compras pessoais por mês?

2 - Características do domicílio (Tipo de habitação): Qual foi o material de construção utilizado para construção da casa onde você mora?1- Casa de alvenaria (areia, cimento, bloco, tijolo); 2- Casa de madeira; 3- Casa de chapas de zinco; 4- Casa de Pau –a Pic (pau e barro); 7-Outros; 88- não se aplica;99- Sem informação;

3 - Água potável: A água utilizada no domicílio onde mora (para limpeza, alimentação e banho) é proveniente de: 1- Rede pública canalizada (torneira dentro de casa); 2- Rede pública sem canalização interna (fontenário, chafariz); 3- Caminhão cisterna (caminhão de água); 4- Poço ou nascente (cacimba); 5- Outra; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

4- Energia elétrica: Em casa onde a senhora mora tem energia elétrica?

1- Sim (rede pública de energia) ; 2- Sistema gerador doméstico; 3- Não (nenhum sistema elétrico); 88 não se aplica; 99- Sem informação;

5- bens de consumo doméstico: Em casa onde a senhora mora existe: 1- Rádio; 2- geladeira; 3- arca; 4- vídeo; 5- máquina de lavar; 6- forno microondas; 7- tele móvel ou telef. convencional; 8- microcomputador; 9- Televisor; 10- outros; 11- aparelho de ar condicionado; 12- nenhum aparelho; 88- não se aplica; 99- sem informação;

6 - veículo para passeio: você possui automóvel para uso particular? 1-sim; 2-não

10- Fatores políticos

Mobilização militar e Situações de guerra

1 - Mobilização e desmobilização militar: Angola esteve em guerra desde a independência. Você teria passado por alguma das situações abaixo durante este tempo?

1-Mobilização para incorporação nas forças armadas; 2- Mobilização para incorporação na polícia civil; 3- Mobilização para incorporação na polícia militar; 4- Mobilização para incorporação na organização de defesa popular ; 5-Não foi mobilizada para nenhum dos serviços/ ramo de defesa ; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

2 - Atualmente você está: 1-Desmobilizada (dispensada); 2- Ainda Mobilizada; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

3 - Durante o tempo de guerra intensa, você chegou a passar por alguma das situações críticas abaixo?

1- permaneceu em cativeiro militar; 2- permaneceu em prisão militar; 3- refugiada de guerra para outra cidade; 4- refugiada de guerra para mata; 5 – Nunca viveu nenhuma dessas situações; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

11- Fatores de risco culturais

Experiência marital, Violência psicológica, Poligamia, Iniciativa para relacionamento, religião

Fatores culturais relativas á experiência marital e poligamia masculina

1 - Durante a sua vida como mulher, você já teve **experiência de vida marital (marido)**? 1- Sim..... 2- Não.....88- não se aplica; 99- sem informação.....

2 – Se sim, **quantas vezes vc já teve experiência marital**, incluindo o atual?

1- uma; 2- duas; 3- tres; 4- quatro; 5- cinco; mais de cinco

3 – Com relação a cada um de seus maridos que teve, quem foi que tomou a iniciativa para o relacionamento amoroso?

1- O esposo da mulher entrevistada; 2 – Ambos (marido e mulher se escolheram); 3- Indicação da família da mulher; 4 – Indicação da família do marido; 5 – Foi por obrigação judicial; 6 – outros; 88- não se aplica; 99- sem informação.

4 - **Quantos anos tem o seu marido atual?**1-.....2- não sabe; 99- sem informação

5 – **Poligamia:** Seu marido tem, teve outras esposas ou fez filho fora) durante o tempo que viveu com você? 1- Não tem\ teve; 2- Teve sempre; 3 – Tem uma outra; 4- Tem entre 2 a 4; 5- tem mais de 5; 6- Tem mas não sabe quantas; 7- teve outra ou filho antes de se relacionar comigo;8- Não sabe dizer; 99- Não informado; 88 – não se aplica

Obs: foi eliminada a pergunta sobre poligamia com relação aos parceiros anteriores para minimizar vieses de informação.

Fat. culturais relativas á Situações de violência de gênero (comportamento abusivo, violência psicológica/ física e sexual; separação ou divórcio)

1 – **Comportamento abusivo.** No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido? 1- Vocês brigam; 2- Evita que vc visite amigos/ vizinhos; 3- Procura restringir seu contacto com a família; 4- Ouve a tende as sua preocupações ou sentimentos; 5- Insiste em saber sempre onde vc está; 6- Lhe ignora e a trata com indiferença; 7- Fica zangado se vc conversa com outro homem; 8 Está freq. Suspeitando que vc é infiel ; 9- Espera sempre que você peça permissão antes de procurar cuidados se sua própria saúde; 10- Nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação

2 – Violência psicológica .No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido? 1- Insulta-se e te faz sentir-se mal a respeito de si mesma ; 2- Depressiou ou humilhou vc na frente de outras pessoas; 3- Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (gritou, qubrou coisas, etc) ; 4- Ameçou machuc-ala ou a alguém que vc gosta; 10- nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação

3 – Violência física .No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido?

1- Zangou-se a ponto de bater em você (tapa, soco, empurão, chute, surra)

2- Já a agrediu usando arma ou faca?; 3 - Já foi agredida durante a gravidez; 4- Tentou estrangular vc de propósito; 5- Já prometeu matar-te; 6- Já precisou cuidados médicos para tratar das lesões por agressão física; 7- Vc participou a polícia por alguma das agressões que já sofreu; 8- Vc participou a família, igreja, OMA por alguma das agressões que já sofreu; 9- tentou queimar-te de propósito; 10- nenhuma das situações 88 – não se aplica; 99- sem informação

4 - Violência familiar. Desde que vc se conhece como mulher,das situações que vou citar, qual delas já aconteceu:1- Agredida física por parentes do I grau (irmão, pai); 2- Agredida física por parentes do II grau (primo, tio); 3- Agredida física por parentes distantes (padrasto, cunhado); 4- Agredida física por amigo ou vizinho, líder religioso; 5- Agredida fisicamente por desconhecido; 10- nenhuma das situações ocorreu; 88 – não se aplica; 99- sem informação

5 – Violência sexual. No relacionamento com seu marido alguma vez aconteceu alguma dessas situações? Com que frequência tem acontecido? 1- Forçou –te fisicamente a manter relações sexuais quando vc não queria; 2- Vc teve que fazer porque tinha medo de da reação dele ; 3- Forçou a uma pratica sexual degradante ou humilhante ; 10- nenhuma das situações ocorreu 88 – não se aplica; 99- sem informação

6 - Vc já saiu de casa por causa da violência de seu marido?

1- sim... 2- não....88 - não saiu de casa .99- sem informação.....código..

7 – Das vezes que você saiu de casa(aborrecida com alguma atitude dele) , você voltou para casa ? 1- sim... 2- não..... 88 – não saiu de casa; 99- sem informação

8 – Porque você voltou? (pesq. Aceitar uma ou mais alternativas)

1- ele obrigou a voltar; 2- A família obrigou a voltar; 6- voltei pelo cuidado e sustento dos filhos; 7- para não faltar com os principios de minha cultura; 8- Não queria

envergonhar minha família; 9- Não queria ficar sem marido; 10- Não tinha para onde ir; 11- Não tinha como me sustentar; 12- consentimento mutuo; 88 – não se aplica/ não saiu de casa; 99- sem informação

9 – Forçasexo Antes de seus 15 anos, de algum modo, alguém (que não seja o marido) já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual quando você não queria? 1- pai; 2- padrasto; 3- outro membro da família (homem); 4- outro membro da família (mulher); 5- professor; 6- policial/soldado; 7- amigo da família (homem); 8- amigo da família (mulher); 9- namorado; 10 estranho; 11- alguém no trabalho; 12 – nunca fui forçada a fazer sexo; 88 – não se aplica; 99- sem informação

10- Religião: qual religião você frequenta? 1. Nenhuma;.2. Católica; 3. Evangélica; 4. Espírita; 5. Outra? Qual?..... 98. sem informação

11 – Circuncisão masculina/ feminina (práticas utilizadas em diversos países africanos) a senhora e seu parceiro realizaram o ritual tradicional que se chama circuncisão. Se sim em qual local?

1-Sim meu parceiro é circuncidado; 2- Sim eu fui circuncidada; 3- Em casa; 4- No hospital; 5- No enfermeiro; 6- Em uma cerimônia própria; 7-eu não fui circuncidado; 8- ele não foi circuncidado; desconheço o local; 9- desconhece esta prática; 88- não se aplica; 99- Sem informação;

Percepção de risco para HIV

Sobre Silêncio e ocultismo de temores, desejo pelo conhecimento , Conhecimento sobre DST, HIV/AIDS e auto proteção de risco para HIV

1 - **CTCCDA** - Das situações a seguir, diga com quais você concorda?

1-O risco de transmissão da AIDS pode ser reduzido se as relações sexuais forem somente com parceiro não infectado?

2- O uso de anticoncepcional/pílula evita que a mulher seja infectada pelo vírus da AIDS

Outros: 3 - pessoa de aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da AIDS;

4- Preservativo atrapalha o prazer sexual apesar da eficácia ; 5- Qualquer pessoa

Pode-se infectar com HIV compartilhando talheres, copos ou refeições; 6-Usar preservativo é a melhor maneira de evitar transmissão do vírus da AIDS mas atrapalha o prazer na relação sexual; 88- Não se aplica, 99- sem informação

2 – SEXSEGR - Sobre negociação para sexo seguro . O que significa "sexo seguro" ou protegido para você?

1- evitar relações sexuais com troca ou contato de secreções (esperma, líquido vaginal, sangue) com mucosa (pele da boca, do ânus e da vagina) ou pele não íntegra (machucada)

2- não ter relações sexuais com penetração (pênis/vagina - pênis/ânus)

3- usar camisinha em todas as relações sexuais

4- não ter relações sexuais com homossexuais

5- não ter relações sexuais com usuários de drogas injetáveis

6- ter apenas um parceiro sexual; 7- Não sabe; 8- não ter relação com desconhecido; 88- Não se aplica; 99- sem informação

3 – PQNUPSV - Se você não usa camisinha nas suas relações sexuais: que motivo vc teve para não usar o preservativo na relações sexuais nos últimos cinco anos?

1-estou casada; 2- não acho necessário; 3- tenho parceiro fixo ; 4- é desconfortável/não sente prazer; 5- uso anticoncepcional; 6- pensei que não engravidaria mais; 7- Ele não gosta/ não quer; 8- Estava tentando engravidar; 9- confio na fidelidade do parceiro ; 10- Fizeram testes/ exames/ doam sangue; 11- Desprevenidos/ descuidados; 12- minhas relações sexuais são pouco frequentes; 13- Religião não permite; 14- Alergia (látex/ lubrificante); 15- Fui violentada; 16- é caro; 17-o homem é quem deve se preocupar com isso; 18-Falta de informação ; 88- Não se aplica; 99- sem informação

4 - PQVUPSV - Se você usasse camisinha em suas relações sexuais: qual seria o principal motivo para o uso? (esta questão só admite uma resposta) nos últimos cinco anos ?

1- para prevenção das DST/AIDS; 2- se tivesse mais de um parceiro; 3-não sabe dizer; 4- usaria se o parceiro gostasse e exigisse; 5- para variar de método; 6- aumentar o prazer; 7- não queria engravidar; 8- me sentiria mais segura; 88- Não se aplica; 99- sem informação

5 - INICIATV - Se usasse camisinha nas relações sexuais que teve nos últimos cinco anos, quem vc acha que deveria tomar a iniciativa para seu uso?

1-A mulher / você; 2-O (s) parceiro(s); 3-os dois (você e o parceiro); 4-nenhum dos dois; 88- Não sabe dizer; 99- sem informação

6 – CSENTE - Como se sentiria se tivesse que pedir ao parceiro para usar a camisinha masculina ou feminina nas relações sexuais nos últimos cinco anos? 1- insegura; 2- culpada; 3- desconfiada; 4- segura e tranqüila; 5- pouco à vontade; 6-inconveniente; 7- uma estraga prazeres; 8- de outra forma. Qual? _____ 88- Não se aplica; 99- sem informação

7 – COMPPSEV - Qual é a complicação para você mulher quando pede ao parceiro para usar camisinha masculina nas relações sexuais nos últimos cinco anos? 1-atrapalha a relação; 2-cria um clima de desconfiança; 3-traz mais segurança e confiabilidade; 4-favorece a conversa entre os dois; 5-pode acabar com a relação; 88- Não se aplica; 99- sem informação

8 – PARCNEGA - O que você faria se o parceiro, no momento da relação sexual não concordasse em usar a camisinha masculina você nos últimos cinco anos? 1-insiste e tenta convencê-lo da melhor maneira; 2-desiste da relação sexual; 3-pratica o ato sexual, mesmo desconfiada; 4-sugere outras formas de prevenção; 5-troca de parceiro na próxima transa; 6-usaria a camisinha feminina; 7-morre de medo e sente-se culpada; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

9 - RISCST - Acha que atualmente, os riscos de você pegar ou transmitir AIDS em suas relações sexuais são: 1- pequenos; 2- grandes; 3- não existem riscos;4- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

10 – RISCAIDS - De que forma os riscos de pegar AIDS modificaram suas práticas sexuais nos últimos cinco anos?

1-não modificaram em nada; 2- passou a ter relações apenas com parceiros conhecidos; 3-diminuiu o número de parceiros; 4- passou a ter relações sexuais apenas com parceiro único; 5-deixou de ter relações sexuais; 6- Passou a usar camisinha em todas as relações; 7- Passou a usar camisinha algumas vezes; 8- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

11 – PARCHIV - Algum dos parceiros fixos ou ocasional que você já teve apresentou teste ou informou ser HIV positivo?

1- sim; 2-Não; 3- desconhece 4- não sabe informar; 88- não se aplica; 99- sem informação,

12 - SABHIV – Por que fonte você tomou conhecimento sobre HIV ou AIDS

1- Rádio, 2- Jornal,3- Folhetos ou panfletos, 4- Em conversa com familiares ou amigos 5- no trabalho,6- na escola,7- nos serviços de saúde, 8- na igreja, 9- TV; 10- Outros 10- não ouvi ou li coisa alguma sobre AIDS, 88- Não se aplica; 99- sem informação;

13 – DUVIDA - Em algum momento vc teve dúvidas sobre as informações referentes ao Sida, as informações foram esclarecedoras? (__)1- Sim, tive duvida; 2- tive vergonha de perguntar; 3- Até certo ponto, 4- Não sei 5- todas as duvidas foram esclarecidas; 6- inicialmente não achei importante; 7- não tinha quem me esclarecesse;

8- Não, não tive duvida; 9- continuo com duvida; 88- Não se aplica; 99- sem informação

14 – FONTAIDS - Em qual dessas fontes de informação você acredita mais? (__)

1- Rádio, 2- televisão, 3- jornal, folhetos ou panfletos, 4- Em conversa com familiares, amigos e colegas; 5- na igreja; 6- Na escola, 7- Nos serviços de saúde, 8- Outros ___; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

15 – PESAIDS - Qual é a primeira coisa que vem à cabeça quando ouve a palavra AIDS

1- Doença grave/ Incurável, 2- Sentimentos negativos: medo, tristeza, preocupação
3- Sexo/Sexo sem preservativo/Sexualmente transmissível , 4- Prevenção/Camisinha
5- Morte/Doença fatal, 6- Falta de cuidado/Informação/Orientação, 7- Outros, 8- Não sabe
88- Não se aplica; 99- sem informação;

16 - TESTHIV – (teste sorológico para HIV voluntário) Alguma vez submeteu-se voluntariamente ao teste anti-HIV

1- Sim, 2- Não, 3- não achei necessário; 4- meu esposo não deixou; 5- não tive oportunidade; 88- Não se aplica; 99- sem informação

17 – PORQTSTHIV - até o presente momento, qual foi o principal motivo que te convenceu a submeter-se ao teste anti-HIV hoje?

1- Pré Natal, 2- Indicação médica , 3- Curiosidade, 4- Precisou ou quis doar sangue; 5- Por achar que tinha algum risco , 6- Solicitação do empregador , 7- Doou sangue para se testar , 8- Parceira(o) pediu , 9- Outro , 10-Nunca fez o teste ; 88- Não se aplica; 99- sem informação

18 – CONTHIV - Como uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da AIDS? 1- Mantendo relação sexual; 2- compartilhar ou usar seringas ou agulhas já utilizadas; 3- Não usando camisinha na relação sexual; 4- Fazendo sexo vaginal sem camisinha; 5- Comendo no mesmo prato de pessoas com HIV/Aids; 6-Tocando em pessoas com HIV/Aids; 7-Retirando o pênis antes do final da relação sexual; 8- Usando banheiros públicos; 9-Fazendo sexo oral; 10- Não usando camisinha feminina; 11-Fazendo sexo anal sem camisinha; 12-Tomando transfusão com sangue contaminado; 13-Tendo contacto com sangue contaminado; 13- Beijo/ saliva; 14- Falta de cuidado/ Informação/ Prevenção; 15-Relações Promíscuas/Vários Parceiros; 16-No Parto (de mãe para filho)/ Amamentação; 17- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação

19 – PROTHIV - Como uma pessoa pode se proteger do vírus da AIDS?

1- Uso de preservativo/Camisinha, 2- Não compartilhar seringas, 3- Conhecer o parceiro sexual; 4- Não usar drogas, 5- praticar relações sexuais só com Parceiros fixos, 6- Segurança nas transfusões, 7- Outros, 8- Não sabe, 88- Não se aplica, 99- sem informação

20 – DCPSEV - Entre as doenças que se seguem, quais delas não podem ser evitadas com o uso do preservativo: 1- cólera 2- hepatite; 3- HIV 4- tuberculose 5- malária 6- Sífilis 7- Não sabe 88- Não se aplica, 99- sem informação

21 – DCPEGA - Entre as doenças que se seguem, quais são as que se podem pegar usando seringas/ agulhas usadas: 1- aids; 2- Gonorréia 3- Sífilis 4- Hepatite 5- HIV; cólera 6- Malária 7- Não sabe 88- Não se aplica, 99- sem informação

22 – RDSTINF Qual é o risco de contrair DST/AIDS nas seguintes situações: (Bem informado Mal informado Não Classificado)

1- Casal de mulheres que faz sexo apenas entre si; 2-Casal de homens que faz sexo apenas entre si; 3- Casal de um homem e uma mulher que faz sexo apenas entre si; 4- Casal de homem e mulher que as vezes faz sexo com alguém que não o(a) seu(sua) parceiro(a) habitual; 5-Casal de homens que as vezes faz sexo com alguém que não o(a) seu(sua) parceiro(a) habitual; 6-Casal de mulheres que ocasionalmente faz sexo com alguém que não o(a) seu(sua)parceiro(a) habitual; 7-Pessoas que têm muitos parceiros diferentes do mesmo sexo; 8-Pessoas que têm muitos parceiros diferentes do sexo oposto; 9-Se não usar camisinha nas relações sexuais; 10-Comendo no mesmo prato de quem tem HIV/Aids; 11-Retirando o pênis antes do final da Relação Sexual; 12-Evitando compartilhar seringas; 13-Fazendo Sexo oral; 88- Não se aplica, 99- sem informação

12- Comportamento de risco da mulher (referente ao sexual, social e auto cuidado)

(Utilizado Quês sobre estudo multicêntrico sobre uso de drogas injetáveis , RJ fase II da OMS)- 12. 1 – Você já praticou algumas destas coisas nos últimos cinco anos?

11- Consumo de droga não injetável;

12-2- Consumo de drogas injetáveis;

13- 3- Consumo de álcool;

14-4- Aplicação de tatuagens e pearcing;

15- 5-Partilhar agulha, lamina, alfinete;

16-6- Transfusão de sangue;

17-7- **Não praticou nenhuma;**

18-8- consumo de álcool antes da gravidez;

19-88- não se aplica;

20-99- sem informação

46- SEXDROGA

a senhora já teve relações sexuais sob efeito de :

8- pratica de relações sexuais sob efeito de álcool;

9- 2- pratica de relações sexuais sob efeito de drogas;

10- **3- Não praticou nenhuma;**

11-4- praticou sob efeito de droga e álcool

12- **7- já praticou sexo sob efeito de álcool**

47- CAMISA Em alguma dessas relações você usou camisinha?

1- Praticou C/ camisinha; 2- Praticou S/ camisinha; 3- Praticou com e sem camisinha; 4- Não se lembra; 99 sem informação; 88- não se aplica

13- Comportamento sexual

Eu gostaria agora de fazer algumas perguntas sobre o seu relacionamento sexual com seu parceiro fixo, parceiro ocasional ou cliente. Lembre-se que algumas situações podem não corresponder a sua realidade sexual. Suas respostas serão tratadas como estritamente confidenciais. Não inclua nesta categoria "clientes" que pagam (em dinheiro, drogas ou bens e serviços) para manter relações sexuais.

48 – PRISEXO Idade na primeira relação sexual. Que idade você tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez? 0- não se lembra; idade em anos.....

49 - Como você descreveria sua primeira experiência sexual? 1- Você queria, 2- não queria mas acabou acontecendo, 3- foi obrigada a fazer sexo, 99- sem informação

50 - Você ou seu parceiro usou preservativo quanto teve a primeira relação sexual? 1- Sim , 2- Não , 99- sem informação

51 – PESEXO Após esta primeira relação sexual você passou a ter relações sexuais com: 1- Somente com homens; 2- Principalmente com homens, mas ocasionalmente com mulheres; 3- Mais ou menos igualmente com homens e com mulheres; 4-

Principalmente com mulheres, mas, ocasionalmente com homens; 5- Somente com mulheres; 99- Sem informação

52 – PARCFIXO Parceiros fixos ou principal é aquele com quem você teve relações sexuais regulares e programadas, namoro, caso, casamento ou algum envolvimento amoroso.

suas relações sexuais no passado, você teve com : 1- Só com parceiro fixo; 2- Principalmente fixos mas alguns ocasionais; 3- Em proporções iguais entre fixos e ocasionais; 4- Principalmente ocasionais mas alguns fixos; 5- Só parceiros ocasionais; 99- sem informação;

53- MODSEX Quais são as modalidades sexuais que você habitualmente tem praticado? 1- Sexo anal; 2- Fazer sexo vaginal; 3- Fazer sexo oral; 4- anal e vaginal; 5- Masturbação recíproca; 99- sem informação

54- TROCSEX Alguma vez você já fez sexo com alguém em troca de dinheiro, comida, moradia ou outra forma de benefício como amigo que te ajuda? 1- sim; 2- não; 3- não quis responder; 88- não se aplica; sem informação;

55- PROFSEXO Você já trabalhou como profissional do sexo? 1- sim; 2- não; 3- não quis responder; 88- não se aplica; sem informação;

56- QTPARC Quantos parceiros fixos você já teve? 1- um ; 2- 2 parceiros; 3- 3parceiros; 4- 4 parceiros ; 5- mais de 4

57- FREQPARC Com que frequência você usa/usou preservativo (camisinha) masculino ou feminino em relações vaginais ou anais com seu parceiro (fixo) principal(ais) do sexo oposto: 1- Nunca usei; 2- Ocasionalmente (1–25%); 3- Aproximadamente metade das vezes (26–74%); 4- A maioria das vezes (75–99%); 5- Sempre (100%); 88- não se aplica; 99- sem informação

59 – PARCOCA Parceiro ocasional é aquele com quem você teve relações sexuais irregulares e não programadas.; Com que frequência você usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino em relações vaginais ou anais com seu parceiro ocasional do sexo oposto : : 1- Nunca usei; 2- Ocasionalmente (1–25%); 3- Aproximadamente metade das vezes (26–74%); 4- A maioria das vezes (75–99%); 5- Sempre (100%); 88- não se aplica; 99- sem informação

Relacionamento nos últimos 5 anos

60 – SANGUE Você já teve contacto visual com sangue do seu parceiro fixo ou ocasional durante a relação sexual vaginal ou anal? 1- sim; 2-Não; 7- não sabe informar; 88- não se aplica; 99- sem informação,

61- PARCDST Você tem conhecimento de ter tido relações sexuais com algum parceiro fixo ou ocasional que seja portador de doenças sexualmente transmissíveis? 1- não; 2- úlceras genitais; 3- úlceras anais; 4- secreção uretral; 5- verrugas genitais; 6- verrugas anais ; 7- outras ; 8-não sabe informar; 88- não se aplica; 99- sem informação,

Sobre orientação sexual

62- TIPOSEX Que termo você usaria para definir a identidade sexual dos parceiros com que já se relacionou nos últimos cinco anos? 1- Bissexual; 2- Homossexual; 3- Heterossexual; 4-não sabe informar; 99- sem informação,

63 – PRISÃO Nos últimos 5 anos, em algum momento você teve um relacionamento sexual forçado (sexo anal e/ou oral) com algum homem (incluindo os que possam ter ocorrido na prisão ou cativoiro)? 1- não, 2- Não teve sexo, 99- sem informação,

Pratica de sexo seguro/ Sobre uso de preservativo

64 – PRESERVFEM Conhece ou ouviu falar no preservativo feminino: 1- Sim , 2- Não , 99- sem informação,

65 – TIPOPRESERVE Já usou algum tipo de preservativo Msc/fem nos últimos cinco anos? 1- Sim (usou); 2- Todas as vezes; 3- Algumas vezes; 4- Não usa camisinha; 5- Nunca usou; 88- não se aplica; 99- sem informação,

ELIMINADA 66 – PRESERV 5 (ELIMINADA= TODAS DISSERAM QUE DESDE QUE ENGRAVIDARAM NÃO PRECISAM USAR COMIZINHA)Você fez uso de preservativo nas ultimas 5 relações sexuais que teve com parceiro fixo ou ocasional ? 1- Sim (usou); 2- Todas as vezes; 3- Algumas vezes; 4- Não usa camisinha; 5- Nunca usou; 88- não se aplica; 99- sem informação,

67- PQPRESERV Por quê não utilizou preservativo nos ultimas 5 anos com parceiro fixo ou ocasional? 1- Porque sou casada/ confia no parceiro; 2- Usa anticoncepcional; 3- usa método natural; 4- pensou que não engravidaria mais; 5-Desconfortável/não sente prazer; 6- Não acha necessário; 7- Ele não gosta/ não quer; 8- Fizeram testes/ exames/ doam sangue; 9- Desprevenidos/ descuidados; 10- Está sem parceiro; 11- Estava tentando engravidar; 12- Religião não permite; 13- Alergia (látex/ lubrificante); 14- Fui violentada; 15- Usou preservativo; 99- sem informação

68 – SEXMTPS Já teve relações sexuais com mais de uma pessoa ao mesmo tempo nos últimos cinco anos? 1- Sim , 2- Não, 99- sem informação,

69- PRSVMTP Durante esta relação os participantes usaram camisinha nos últimos cinco anos ? 1- Sim , 2- Não, 3- Nem todos usaram ; 88 – não se aplica; 99- sem informação,

70- está repetida; **71**- está repetida; **72**- está repetida

73 – ACO **Uso de métodos anticoncepcionais.** Que método anticoncepcional você vem utilizando nos últimos cinco anos? 1- DIU; 2- Pílula; 3- Camisinha ou preservativo; 4- Camisinha feminina; 5- Injetável; 6- Tabela e/ou Billings; 7- Implante; 8- Diafragma; 9- Vasectomia; 10- Coito interrompido; 11- Laqueadura; 12- Nenhum; 13- Outros ; 88 – não se aplica; 99- sem informação,

74 – TRSEX **Transação sexual:** Alguma vez recebeu pagamento em dinheiro ou bens materiais em troca de sexo nos últimos cinco anos? 1Nunca; 2Algumas vezes; 3Sempre; 4Só por dinheiro; 5Por roupas; 6Por uma moradia; 7Por varias dessas coisas; 8Não responde; 88- Não se aplica; 99- sem informação

75 – DROGASEXO Com que frequência você teve um cliente do sexo oposto que te deu drogas em troca de sexo nos últimos cinco anos? **1-Nunca/nenhuma**; 2- Menos de uma vez ao mês; 1–3 vezes ao mês; Cerca de uma vez por semana; 2–3 vezes por semana; 4–6 vezes por semana; Cerca de uma vez por dia; 2–3 vezes por dia, quase todo dia; 4 ou mais vezes por dia; quase todo dia; Recusou; 88- Não se aplica; 99- sem informação

76- CLIENTE Nos últimos 6 meses quantos clientes do sexo oposto diferentes você teve, em média, por mês? 1- único; 2- 2 a 5; 3- 6 a 10; 4- 11 a 20; 5- Mais de 20; 6- Não responde; 7- Não sabe; 8- Perdeu a conta; 88- Nunca teve cliente; 99- sem informação

ELIMINADA 77 – PRVCLITS Quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s) cliente(s) do sexo oposto, com que frequência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino nos últimos cinco anos? 1- Nunca usei; 2- Ocasionalmente (1–25%); 3- Aproximadamente metade das vezes (26–74%); 4- A maioria das vezes (75–99%); 5- Sempre (100%); 88- não se aplica; 99- sem informação

ELIMINADA 78- PCLITSRP alguma destas vezes com cliente uma camisinha rompeu ? 1- nunca ; 2- algumas vezes; 88- não se aplica; 99- sem informação

ELIMINADA 79- QTPRSV Você tem idéia de quantas camisinhas usa durante o mês?
1- nenhuma; 2- até a 5; 3- 6 a 10; 4- 11 a 20; 5- Mais de 20; 6- Não sabe; 7- Perdeu a conta; 8- Não responde ; 88- não se aplica; 99- sem informação

80- DSTV Sobre antecedentes de DST. Você já teve alguns destes sintomas nos últimos cinco anos? 1Nunca; 2- Feridas nos órgãos sexuais (herpes, sífilis); 3- Corrimento (gonorréia); 4- Condiloma ou crista de galo; 5- Não teve sintomas; 6- Dores baixo ventre (DIP); 7- Não responde; 88- não se aplica; 99- sem informação

14- Características e comportamento de risco do parceiro sexual (relativo ao sexual, social e auto cuidado)

82- TPARCFIXO Há quanto tempo está morando com parceiro fixo? _____

84 – ESCOLPARC Ele frequentou escola? 1- 1º NIVEL (ATÉ 4ª CLASSE), 2 - frequentou 2º E 3º NIVEIS (ATÉ 8ª), 3- frequentou escola por mais de 12 anos (ENSINO MÉDIO), 4- frequentou faculdade - ENSINO SUPERIOR (Graduação/ licenciatura) ; 5- Pós-graduação; 6- nunca frequentou escola; 7 – Desconhece; 88- não se aplica , 99sem informação,

85- PALCOL Com que frequência seu marido toma bebida alcoólica? 1 - Todos os dias; 2- 3Uma a duas vezes por semana; 3- 1 a 3 vezes por semana; 4- Ocasionalmente, menos que 1 vez ao mês; 5- Só aos fins de semana; 6- Desconhece; 7- não consome 88- não se aplica , 99sem informação

87- PDROGFQ seu marido usa ou usou droga? Com que frequência usou drogas? 1- sim, Todos os dias; 2-não usa droga; 3- usa droga ocasionalmente; 4- usa sempre; 5- Só aos fins de semana; 6- 1 a 3 vezes por semana; 7- nuca usou droga; 8- Desconhece se usa ou não; 88- não se aplica , 99sem informação

88 – BRIGAS Desde que você conheceu ele já alguma vez esteve envolvido em brigas (agressão física) com alguém? 1-Sim..... 2 não sabe se briga ou não7 - não briga, 88- Não se aplica; 99- sem informação

89 – SEXOBPARC Sexo biológico do parceiro: O seu parceiro sexual atual é do sexo 1- masculino (homem); 2- feminino (mulher)?

90 – HSEXPC quais os Hábitos sexuais de seu parceiro? 1- Ele tem outros co-parceiros sexuais; 2- Nenhum parceiro além de mim; 3- ele pratica sexo só com mulheres; 4- Seu parceiro mantém relações com homens/ com mulheres; 5- Seu parceiro mantém relações mais com homens do que com mulheres ; 6- Seu parceiro mantém relações mais com

mulheres do que com homens; 7- desconhece seus hábitos ; 88- Não se aplica ;99- sem informação

91 – SLCABELO Onde seu parceiro frequenta para cortar o cabelo, e fazer a barba? 1- salão cabeleireiro e em casa; 2- em casa; 3- nos amigos; 4- não sabe; 5- no salão cabeleireiro; 6- nos amigos e em casa; 88- Não se aplica,99- sem informação

92- PERFCORT Seu parceiro partilha com amigos utensílios perfurocortantes 1 - sim ; 2 – não; 3 – não sabe; 88- Não se aplica,99- sem informação

93 – TFSANGUE Antecedentes patológicos e terapêuticos: Seu parceiro já teve que ser submetido a uma transfusão de sangue ou derivados nos últimos cinco anos?1- Sim 2- Não; 3- Não sabe

94 – DOENÇAS Seu parceiro já teve alguma das seguintes doenças e ou situações que podem possibilitar transmissão do HIV? 1-Hemofilia; 2- ferimento por arma branca; 3- ferimento por arma de fogo, 4- acidente de viação; 5- doença de células falciformes; 6- DST; 7- nenhuma das situações; 8- não sabe; 88- Não se aplica; 99- sem informação;

95 – PHIVAIDS Seu parceiro atual é portador de HIV/AIDS? 1- Sim; 2- Não; 3- desconhece 4- Não sabe; 8- não quis dizer; 88- Não se aplica; 99- sem informação.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU-----declaro que fui devidamente informada pela pesquisadora doutoranda Bebiana Calisto Bernardo, médica e pesquisadora, Residente em Viana na Rua Comandante Bula 82/ 12 Luanda. Telefone: 923 622959, vinculada ao departamento de Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco sobre a realização da pesquisa intitulada: “Fatores de Risco para transmissão sexual do HIV em Mulheres Angolanas”. Estou perfeitamente ciente de que:

Este estudo requer uma coleta de dados que envolvem informações pessoais e gerais de minha vida como mulher respeitantes a infecção pelo HIV/ SIDA através de entrevista. Estas informações poderão beneficiar o ministério da saúde na elaboração de programas educativos na prevenção do HIV em particular e nos cuidados em geral da saúde da mulher. Minha identidade será mantida em anonimato e poderei desistir de participar em qualquer momento da pesquisa caso me sinta constrangida em facultar algumas informações a meu respeito sem que isso venha a prejudicar minha relação com a instituição, os profissionais que atendem incluindo a própria pesquisadora. Portanto, concordo em participar e autorizo que sejam coletadas as informações que se fizerem necessárias.

Luanda, ----/----/ 2007.

Assinaturas

Participante da Pesquisa menor de 18 anos de idade

.....

Mãe ou Responsável da menor

.....

Pesquisadora

.....

Bebiana Calisto Bernardo



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA

A
EXMA SRA
BEBIANA CALISTO BERNARDO

JBR /INLS/MINSA/06

ASSUNTO: PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA

Os nossos melhores cumprimentos.

Em resposta a vossa solicitação datada de 10 DE Setembro de 2006, o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) vem por este meio expor o seguinte parecer:

1. Todo o projecto de pesquisa a realizar em Angola para além da aprovação em outros países necessita também da aprovação do Comité de Ética em pesquisa de Angola;
2. Porém, no caso presente por não estar implicado o manuseio dos produtos biológicos o INLS considera a sua viabilidade nos termos em que se apresenta;

Sem outro assunto de momento, aceite as nossas cordiais saudações.

INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA, LUANDA, AOS 20 DE SETEMBRO DE 2006

A DIRECTORA GERAL EM EXERCÍCIO

Julieta Simões
JULIETA SIMÕES

Médica



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 196/2007 - CEP/CCS

Recife, 24 de julho de 2007

Registro do SISNEP FR – 143252

CAAE – 0202.0.172.000-07

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 204/07

Título: “Fatores de Risco para Transmissão Sexual do HIV em Mulheres Angolanas ”

Pesquisador Responsável: Bebiana Calisto Bernardo

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 24 de julho de 2007.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório anual da pesquisa.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Doutoranda Bebiana Calisto Bernardo
Doutorado em Medicina Tropical – CCS/UFPE