

A INFLUÊNCIA DO HÁBITO SEXUAL E O RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV: CONHECIMENTO DE UNIVERSITÁRIOS RECÉM-INGRESSOS NA UFAC, ANO 1999

THE INFLUENCE OF THE SEXUAL HABIT AND THE RISK OF INFECTION FOR HIV: KNOWLEDGE OF UNIVERISTY RECENTLY-ENTRANCES IN UFAC, YEAR 1999

Luciano M Gadelha¹, Creso M Lopes²

RESUMO

Estudo realizado junto a 550 (76,9%) alunos recém-ingressos nos 21 cursos da Universidade Federal do Acre, no ano de 1999, com o objetivo de verificar o conhecimento da influência do hábito sexual e o risco de adquirir DST/Aids. Para a coleta de dados fez-se uso de uma Escala de Likert, adaptada de Gir, Moriya e Figueiredo (1994), a qual constou de dados de identificação e 25 questões versando sobre a prática sexual. Estas questões foram agrupadas em 7 fatores e uma que não foi incluída como fator. As respostas da escala com escores +3 e +2 foram consideradas de Alto Risco, as de +1, 0 e -1 de Médio Risco e as -2 e -3 como de Baixo Risco. Os resultados demonstraram que, 55,6% eram do gênero feminino, 44,4% do masculino, 42,4% estavam na faixa de 20-24 anos e 30,6% na de 17-19 anos, enquanto que 74,2% eram solteiros e 18,9% casados. Para o Sexo Oral, o Sexo Promíscuo e o Sexo com Penetração as respostas dos Universitários do Acre foram para o Alto Risco. Por sua vez, para o Sexo com Preservativo, o Contato Boca-a-Boca e a Estimulação Manual, as respostas foram para o Médio Risco. Já a Auto Estimulação obteve resposta para o Baixo Risco enquanto os Itens não Incluídos como Fatores, tenderam para o Alto Risco.

Palavras-chave: DST, sexualidade, educação sexual

ABSTRACT

The realized studying 550 close to 76.9% students recently-entrances in the 21 courses of the Federal University of Acre the year of 1999, with the objective of verifying the knowledge of the influence of the sexual habit and the risk of acquiring DST's/ Aids. For the collection of data it has been made use of a Scale of Likert, adapted of Gir, Moriya e Figueiredo (1994), which consisted of identification data and 25 subjects turning on the sexual practice. These subjects were contained in 7 factors one that was not included as factor. The answers of the scale to the scores +3 and +2 were considered of High Risk, the one +1, 0 e -1 of Medium Risk and -2 -3 as of Low Risk. The results demonstrated that: 55.6% were of the feminine gender, 44.4% of the masculine, 42.4% were in the 20-24 year-old age group, 30.6% in the one of 17-19 years, while 74.2% single and 18.9% married. For the Oral Sex, the Promiscuous Sex and the Sex with Penetration the answers of the University Students from Acre, went to the High Risk. For its time the Sex with Preservative, at the Mouth to Mouth Contact and the Hand Stimulating, the answers went to the Medium Risk. For its time, to Self-Estimulating obtained answer for the Low Risk. while last to the not Included Items as Factors the answers went to High Risk.

Keywords: STD, sexuality, sexual education

ISSN: 0103-0465

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 12(2):19-30, 2000

INTRODUÇÃO

As práticas sexuais junto aos diferentes povos, apresentam uma trajetória milenar, com demarcação na arte e na literatura, e que também de forma geral, estão vinculadas ao aspecto religioso ou cultural.

Assim, "na China, antes do século XVII, o coito anal e a felação eram permitidos desde que não houvesse ejaculação,

¹ Graduando em Enfermagem da Universidade Federal do Acre. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq - 1999/2000.

² Prof. Dr. do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. Orientador.

já que era considerado prejudicial à saúde a perda do sêmen. A Cunilíngua também era uma prática aceita, da mesma forma que a homossexualidade masculina e feminina eram comuns entre os antigos chineses durante alguns períodos de sua história. Na França e na Grécia medievais e pós-medievais, o coito anal foi muito usado como método de controle da natalidade. No hemisfério ocidental, a população pré-colombiana dos Andes, quer homo ou heterossexuais, também praticava o coito anal e sexo oro-genital, podendo-se afirmar tal fato pelas mostras de pinturas destas práticas na arte e na cerâmica, Tannahill; Glasel, *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo 1994).

De acordo com a literatura, “o comportamento sexual humano foi pela primeira vez estudado nos Estados Unidos por Alfred Kinsey *et al.*, durante o período de 1938 a 1949 Kinsey *et al.* *apud* Gir, Moriya e Figueiredo, 1994. Dessas pesquisas, onde um total de 11.200 homens e mulheres foram entrevistados, resultando no Relatório Kinsey. Sobre o sexo oral, eles evidenciaram que se tratava de uma atividade comum entre os heterossexuais americanos, sendo que 50% dos entrevistados referiram já ter praticado felação ou cunilíngua. O mesmo foi válido para os homossexuais, onde encontraram uma porcentagem de 48% de indivíduos que exerciam o sexo oro-genital, quer de forma ativa ou passiva. No que diz respeito ao coito anal, apenas 8% admitiram incluir este hábito sobre estimulação anal, houve manifestação de homens e mulheres referindo ser tanto o estímulo anal como o vaginal excitantes, Glasel” *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Prosseguindo, a mesma autora acima citada, menciona que “cerca de três décadas após, em 1972, Hunt realizou outra pesquisa sobre o comportamento sexual de 2.026 americanos, tendo publicado os achados sob o título de “Sexual Behavior in the 1970’s”, Hunt *apud* Gir, Moriya e Figueiredo, 1994. Hunt observou um aumento significativo de realização das práticas: sexo oral 70%, sexo anal entre heterossexuais 25% e homossexuais 50%”, Glasel *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Um outro ponto acrescentado por Gir, Moriya e Figueiredo (1994) é que: “a revolução dos anos 70 trouxe consigo o início de uma série de pesquisas das práticas e comportamento sexual, da mesma forma que relatórios também elaborados e publicados “. Sendo assim, o efeito da revolução sexual ou era do sexo pelo sexo e talvez o momento da liberação da mulher, projetou-se na publicação de diversas pesquisas, conforme cita (Glasel 1991). Tais pesquisas vieram demonstrar que o contato oro-genital (felação e cunilíngua) e coito anal são práticas realizadas por um número considerável tanto de mulheres como de homens, homo ou heterossexuais.

Neste contexto, se os preconceitos e as concepções errôneas foram as características expressivas das práticas sexuais, nos dias de hoje, elas desempenham papel importante e novo na história dos povos, ou seja, são capazes de colocar as pessoas em risco de adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, cuja síndrome ainda se constitui numa doença incurável e com alto grau de letalidade.

Sob o ponto de vista histórico, “a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids foi diagnosticada e descrita como uma nova entidade clínica em julho de 1981, Gottlieb

et al. (1981), quando o Center for Disease Control – CDC, recebeu, notificação de múltiplos casos de duas doenças raras, a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o Sarcoma de Kaposi entre homossexuais masculinos, de Nova York e Califórnia, CDC(1981a). No ano seguinte, foi identificada entre usuários de drogas, endovenosas (EV) e indivíduos procedentes do Haiti, Center for Disease Control,” *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Prosseguindo na evolução histórica da Aids, Gir, Moriya e Figueiredo (1994) assim descrevem: “em meados de 1982, foi evidenciada entre receptores de transfusão de sangue e hemoderivados CDC (1982c,d), crianças nascidas de mães de risco CDC (1982e), parceiros(as) sexuais heterossexuais de pacientes com Aids, CDC (1983) e Africanos, Clumeck *et al.* (1983). Estes grupos foram denominados “grupo de risco” embora a análise precisa das vias de transmissão exigisse a identificação de um agente infeccioso veiculado pelo sangue, contato sexual e eventos perinatais, Friedland e Klein *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994) ”.

Ainda sob essa mesma ótica, “o aparecimento da Aids em populações distintas, associada aos meios de transmissão constituíram os fragmentos iniciais das evidências sugestivas de uma doença de causa infecciosa, Friedland e Klein *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) cujas prováveis vias de transmissão foram definidas antes da identificação de seu agente etiológico.”

Continuando na descrição histórica da Aids, “em 1983, o agente etiológico foi isolado por um grupo de pesquisadores da França, que denominavam de LAV em um outro grupo nos Estados Unidos da América que denominaram de HTLV – III, Barré-Sinoussi *et al.*; Gallo *et al.*, *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994) ”.

Conforme menciona Gir, Moriya e Figueiredo (1994) “notórios conflitos entre ambas as equipes e até pendências judiciais decorreram a autoria da descoberta deste vírus. Em 1986 um grupo internacional para taxonomia em vírus, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde – OMS, estudou e designou o vírus HIV, CDC; WHO *apud* Izazola-Licea *et al.* (1988), e desde então, esta terminologia passou a ser usada a nível mundial, sendo as duas anteriores abandonadas. A descoberta do HIV tipo 1, sem dúvida, constitui-se uma notável conquista científica”.

Por sua vez, “o HIV – tipo 2 foi isolado três anos após Clavel *et al.* (1986) e apesar de terem características diferentes, ambos relacionaram-se com a etiopatogenia da Aids, Clavel *et al.*; O’Brien *et al.* *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994) ”.

Segundo a autora acima citada, “HIV – 1 já foi isolado do sêmen Zagury *et al.* (1984), Ho *et al.* (1984); saliva Groopamn *et al.*, (1984); lágrima Fujikama *et al.* (1985); líquido céfalo-raquiano Levy (1987); jollander (1987); leite materno Thiry *et al.* (1985); líquido amniótico Mundy *et al.* (1987); urina Levy *et al.* (1985b); secreção vaginal/cervical Vogt *et al.* (1986, 1987); Wofsy *et al.* (1986) e fluido broncoalveolar (Dean *et al.*, 1988) ”.

A referida autora acrescenta ainda que “de maneira geral, os linfócitos constituem a principal sede desse vírus, embora

Hollander (1990) e Osmond (1990^a) referiram já terem evidenciado o vírus no meio extracelular, mais notadamente no líquido céfalo-raquiano, nos levando a crer que todos fluídos contendo linfócitos contaminados, eventualmente possam alojá-lo”.

Assim “a transmissão pode teoricamente ocorrer a partir de um comportamento que envolva o contato com quaisquer desses fluídos, sobretudo os casos documentados indicam que a transmissão ocorre basicamente através do sangue, sêmen, secreção vaginal. Sabe-se que a concentração do vírus encontrado na saliva, lágrima é extremamente baixa ao passo que significativamente grande a sua concentração do sêmen e secreção vaginal”, (Osmond, 1990”).

Cabe esclarecer que a descoberta do agente infeccioso trouxe importantes contribuições ao conhecimento sobre o comportamento da doença, confirmando inclusive hipóteses acerca das vias particulares de transmissão.

Com relação a ocorrência da Aids no Brasil, podemos afirmar que o primeiro caso autóctone registrado ocorreu em 1983, (Amato Neto *et al.* 1983). Na época o Brasil ocupava o quarto lugar no mundo em número de casos, cabendo aos Estados Unidos essa liderança, seguida pela Tanzânia e Uganda.

Por sua vez, “desde as evidências iniciais da doença, três categorias de exposição (sexual, sangüínea e perinatal) foram percebidas e descritas e estas ainda permanecem configurando-se como as formas que têm substanciado e fortalecido a caracterização epidemiológica da síndrome, (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994)”.

Um outro dado a acrescentar, descrito pela autora acima refere-se aos dados epidemiológicos, cuja proporção homem/mulher em relação aos casos de Aids é crescente, sendo que no Brasil a razão era de 4:1, em contrapartida à razão de 125:1 publicada em 1984, (Brasil, 1994) por sua vez, dados atuais, Brasil (1998), revelam que a proporção homem/mulher é de 2:1, e com forte tendência de se igualar, tendo em vista a grande transmissão do homem para a mulher, sobretudo as casadas.

Dados recentes do Ministério da Saúde, Brasil (1999) sobre a distribuição proporcional dos casos de Aids, segundo o sexo e idade, no período de 1980 a 1999, foram registrados 174.541 casos.

A autora ainda menciona que, o prognóstico da infecção na mulher tende a agravar-se, uma vez que a hipótese da transmissão ocorre mais eficazmente do homem para a mulher do que o inverso, conforme apontam (Wofsy *et al.*, 1986).

A partir da identificação da Aids e seu agente causador, o HIV, a OMS sugeriu a existência de dois padrões epidemiológicos distintos no mundo Simonsen *et al.* (1988). O Padrão I caracterizava-se predominantemente por usuários de drogas endovenosas e homossexuais masculinos que se expõem ao HIV através do coito anal receptivo, Curran *et al.* (1985). No entender destes autores, este padrão configura-se basicamente na América do Norte e Europa, e que segundo Osmond (1990c) este também é característico em certas localidades da América do Sul, Europa Ocidental, Escandinávia, Austrália e Nova Zelândia.

Já o Padrão II, prevalente na África, Caribe e alguns países da América do Sul, configura-se pela transmissão heterossexual incluindo como fatores de risco o exercício da promiscuidade sexual, prostituição e seus clientes, (Piot *et al.*, 1984, Kreiss *et al.*, 1986 e Osmond, 1990c).

No entender de Osmond (1990d), soma-se a estes padrões, o Padrão III, como sendo o típico do Oriente e do Norte da Europa, centro da África, Ásia e Pacífico (com exclusão da Austrália e Nova Zelândia).

Prosseguindo, o HIV pode ser transmitido em qualquer tipo de relação sexual desde que haja trocas de secreção vaginal ou cervical uterina, sêmen ou sangue infectados por esse vírus. Além do leite materno.

Assim pode-se dizer que o risco de uma pessoa se infectar como resultado da relação sexual está na dependência principalmente de quatro aspectos: a) parceiro(a) sexual estar infectado(a); b) tipo de contato sexual envolvido; c) a quantidade de carga viral presente no(a) parceiro(a) infectado(a); d) a presença de co-fatores como lesões genitais e DST ulcerativas que facilitam a aquisição do vírus, (OMS, 1990).

Diante do exposto Gir, Moriya e Figueiredo (1994) mencionam que “a Aids sem dúvida, trata-se da doença melhor documentada no mundo, tendo sido alvo de importantes mobilizações científicas e governamentais visando à obtenção de medidas direcionadas à prevenção, ao controle e ao delinear de seu comportamento. A título de exemplo, é uma das poucas, senão a única doença que conseguiu atrair mais de 13.000 cientistas de todas as partes da terra para participar de Conferência Internacional”.

Um outro dado mencionado pela autora acima, diz que “apesar da hipervalorização de esforços envidados à Aids, com certeza este não constitui o maior e único problema de saúde pública que a humanidade inclui em sua trajetória; não obstante configura-se como um relevante problema que traduz o futuro dos infectados em incertezas, dificuldades e desafios. Merece portanto atenção especial, pois vem sobretudo afetando predominantemente indivíduos em faixas etárias jovens, a eles impondo debilidade física, psíquica, emocional e principalmente social, conferindo aos portadores do vírus uma carga expressiva de preconceito e estigma”.

Para Rodrigues (1988a), “a Aids tornou-se o grande problema sócio-político do nosso tempo, uma linha decisória para os religiosos, um campo de batalha para os pesquisadores, um campo fértil para as demonstrações freqüentes do nível de desumanização do homem para com o homem”.

Prosseguindo, os dados epidemiológicos por si só seriam suficientes para considerar-se a Aids como um dos grandes problemas de saúde pública. Em adição às estatísticas, Rodrigues (1998), declara que a epidemia do HIV ultrapassa os limites da saúde pública, desafiando o nosso mais amplo conceito de bem estar, entendo que este significa saúde não só física, mas a sua interface com o bem-estar psicológico, social, cultural, econômico e político. A Aids impõe desafios sob três dimensões: científico (desenvolvimento de terapias e vacinas efetivas); desafio social (desenvolvimento de estratégias preventivas efetivas associadas às respostas humanísticas) e desafio à saúde pública.

Neste sentido, apesar das muitas incursões realizadas pelos cientistas no processo de aprendizagem sobre o comportamento do HIV no organismo humano, os dilemas psicológicos, sociais e éticos são pouco explorados, fazendo com que a Aids seja encarada como um fenômeno que abala os medos e preconceitos e não somente uma infecção viral, e que segundo a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA (1990) "não é pois, um problema só da ciência, mas da sociedade".

Em face a isso, este dilema vinculado ao medo das pessoas contraírem a doença leva os pacientes a serem subestimados e rejeitados pela sociedade, abandonados pela família e amigos e sentirem-se inferiorizados, Crhist e Wiener, (1985), Rosner *et al.*, (1985).

Aliado a estes aspectos, tais preconceitos são extensivos também a muitos profissionais de saúde, que até se recusam assistir pacientes contaminados ou com a síndrome instalada, Gillon (1987), (Kelly *et al.*, 1987).

Vale ressaltar ainda que no âmbito hospitalar este fato não é divergente, pois aliado ao preconceito surgiu o medo de assistir estes indivíduos. Estas atitudes são indesejadas e prejudiciais, urgindo-se portanto, a humanização nos hospitais e serviços que prestam atendimento à saúde.

Assim, acredita-se que atitudes de repúdio das pessoas para com o indivíduo e a sua doença, atitudes anti-éticas e até desumanas, geradoras de rupturas no compromisso do homem para com o seu semelhante sejam fundamentadas principalmente na desinformação e ignorância, (Gir *et al.*, 1989).

Neste contexto, pode-se afirmar que tais atitudes não se associam somente às pessoas de baixo nível sócio, econômico e cultural, pois percebe-se, pelo que foi anteriormente exposto, que os desagravos à humanidade também são provocados por profissionais da saúde, de nível universitário.

Uma vez traçado o panorama das práticas sexuais e do risco da infecção pela Aids em nível mundial e no Brasil, e ao discorrer mais particularmente na região acreana, pode-se afirmar que segundo dados da Coordenadoria Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis / Aids do Estado do Acre, de 1987 a 1999, já haviam sido registrados 90 casos, sendo que destes, 69 (76,7%) para o sexo masculino e 21 (23,3%) para o feminino, com razão de 3/1, e que 78% são oriundos da capital e 12% do interior do Estado, onde dos 24 municípios, 9 (37,5%) possuem casos confirmados de Aids, (ACRE, 2000).

Conforme pode-se depreender das descrições acima mencionadas, vale ressaltar que o início nesta linha de pesquisa deu-se no período de 1996/97, e que a partir desta data, novas intenções foram surgindo, a ponto de em outubro de 1998, tendo em vista o Programa UNIVERSIDAIDS da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, foi elaborado e aprovado o Projeto: Capacitação de Recursos Humanos em Prevenção e Controle de DST/HIV/Aids no Estado do Acre do Departamento de Ciências da Saúde.

É neste contexto inicial, que desenvolvemos esta pesquisa, visando dar continuidade às propostas almejadas, onde entre elas, se destaca a investigação científica e sua aplicação em prol da humanidade.

Um outro ponto relevante, é o de introduzir o aluno de graduação em enfermagem, na vasta leitura sob o tema em apreço, afim de incorporar novos conhecimentos e alcançar possíveis descobertas.

Motivados pela operacionalização, é que fez-se a réplica da pesquisa sobre os hábitos sexuais e o risco de infecção ao se adquirir DST/Aids, empreendido por Gir, Moriya e Figueiredo (1994), junto aos alunos recém-ingressos nos 21 cursos de graduação da UFAC, oriundos do vestibular de 1999.

A escolha destes tema deu-se em virtude de serem futuros profissionais, e que além disso também estão numa faixa etária vulnerável a se infectarem por doenças sexualmente transmissíveis e sobretudo o HIV.

OBJETIVOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, estabeleceu-se seguintes objetivos: **Geral** - Verificar os conhecimentos da influência do hábito sexual e o risco de adquirir DST/Aids, em universitários recém-ingressos na UFAC, no ano de 1999. **Específicos** - Estabelecer o perfil dos universitários estudando as variáveis: sexo, idade, condição marital e curso de graduação; Determinar a média do grau de conhecimento dos universitários a respeito dos hábitos sexuais e o risco de adquirir DST/Aids; Efetuar a réplica de uma pesquisa, comparando os dados com o universo de alunos estudados na UFAC; e Subsidiar o Polo de Capacitação de Recursos Humanos na Prevenção e Controle das DST/ HIV/Aids, da Universidade Federal do Acre, bem como as Coordenarias Estadual e Municipais de DST/Aids.

METODOLOGIA

A pesquisa científica do tipo exploratório-descritiva, foi desenvolvida junto a 550 (76,9%) alunos, das 715 vagas oferecidas nos 21 Cursos de Graduação na Universidade Federal do Acre, no ano de 1999.

Para coletar os dados, utilizou-se um instrumento de pesquisa tipo - Escala de Likert - adaptado de Gir, Moriya e Figueiredo (1994), o qual constou de dados de identificação, tais como: idade, sexo, condição marital e curso de graduação, além de 25 questões acerca das informações sobre os hábitos sexuais e o risco de infecção pelas DST/HIV e Aids.

Estas, por sua vez, foram agrupadas em sete fatores: Sexo Oral, Sexo Promíscuo, Sexo com Preservativo, Auto-Estimulação, Contato Boca-a-Boca, Estimulação Manual, Sexo com Penetração e uma que não foi incluída como fator.

As respostas +3 e +2 da escala, foram consideradas de Alto Risco, as +1, 0 e -1 como de Médio Risco e as -2 e -3 como de Baixo Risco.

A aplicação dos questionários só era exercida após autorização dos docentes das disciplinas. Antes porém, era explicado os objetivos da pesquisa, solicitadas as respostas, além de facultar a participação e garantir o anonimato, como também, o comprometimento em lhes devolver os resultados.

Os dados coletados pelo aluno bolsista, bem como outros alunos do Curso de Enfermagem da UFAC, envolvidos e voluntários em projetos do orientador, demonstram riqueza de informações.

Para a análise dos dados, fez-se uso do Programa Dbase, o qual proporcionou efetuar a análise quantitativa, com apresentação de tabelas em frequência e percentual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao discorrer sobre os 715 alunos matriculados nos 21 Cursos de Graduação da Universidade Federal do Acre, trabalhou-se com 550, representando um total de 76,9%.

Ao questionar a questão de gênero, dos 549 respondentes, 305 (55,6%) eram do sexo feminino, enquanto que para o masculino, o total foi 244 (44,4%). Informamos que um aluno não respondeu esta questão.

No que se refere a faixa etária, cabe salientar que dos 548 alunos que responderam a esta questão, destacamos os 231 (42,4%) que estavam compreendidos na faixa de 20-24 anos, seguido por 168 (30,6%) na de 17-19 anos e 77 (14,0%) na de 25-29 anos. Vale ressaltar que dois alunos não responderam a esta questão.

Ao analisar a condição marital, dentre os cursos de graduação por Áreas do Conhecimento do CNPq, dos 548 alunos, um total de 406 (74,2%) eram solteiros, enquanto os casados, obtinham 104 (18,9%) do total. Cabe salientar que 32 (5,8%) dos respondentes estavam na condição de juntado/amasiado.

Estes dados, já eram de se esperar, pois 42,4% dos alunos estavam compreendidos na faixa de 20-24 anos, sendo portanto jovens e em pleno período de graduação. Vale lembrar ao leitor que dois alunos não responderam esta questão.

Foi de nosso interesse agrupar os Cursos de Graduação por Áreas de Conhecimento do CNPq, onde a mais representativa

foi a Área das Ciências Humanas com 169 (30,9%), seguida pela de Lingüística, Letras e Artes, com 72 (13,1%) e em terceiro as Ciências da Saúde, com 70 (12,7%) onde juntas representam 56,7% do total.

Com relação aos dados envolvendo a questão Áreas de Conhecimento por Gênero, aqueles cursos com características masculina tais como: Matemática, Análise de Sistema, Direito, Economia e Engenharias, obtiveram 117 (21,3%), enquanto os de natureza feminina, tais como: Ciências Biológicas, Ciências, Pedagogia, Letras Vernáculo, Português / Espanhol, Enfermagem, Letras / Francês e Geografia Licenciatura totalizaram 187 alunas, representando 34,1%. Por sua vez nos demais cursos a distribuição por gênero é quase equitativa.

Ao discorrer sobre os dados da **tabela 1**, no que diz respeito ao **FATOR I - Sexo Oral**, onde estão incluídos a estimulação da vagina, ânus e pênis com a língua ou boca; contato da boca com a urina do parceiro e ejaculação na boca do parceiro, as respostas dos Universitários de Rio Branco Acre, obtiveram numa média de 50,6% para o Alto Risco, enquanto que na **tabela 2**, para os Especialistas, a resposta mais significativa foi para o Médio Risco, com média de 49,0% e que para os Universitários de Ribeirão Preto este fator atingiu 50,8%, como sendo de Médio Risco, conforme **tabela 3**.

Diante destes dados, observou-se concordância entre Especialistas e Universitários de Ribeirão Preto, para o Fator I - Sexo Oral, como sendo de Médio Risco, ao passo que para os Universitários do Acre, para este fator, eles responderam como sendo de Alto Risco.

Por sua vez, sabe-se que a prática do sexo oro-genital proporciona uma excitação produzida pela estimulação da genitália através da boca ou língua, por se tratar de uma região erógena, onde normalmente antecede o coito.

A este respeito, segundo Rodrigues Júnior *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), menciona que nas diferentes cul-

Tabela 1 - Distribuição das médias das respostas das questões por fatores, segundo o grau de risco, em universitários de Rio Branco- Acre-Brasil.1999.

| Questões por Fatores | Média das Respostas Segundo o Grau de Risco | | |
|----------------------|---|-------------|-------------|
| | Alto Risco | Médio Risco | Baixo Risco |
| Fator I | 50,6 | 39,6 | 9,8 |
| Fator II | 87,7 | 10,4 | 1,9 |
| Fator III | 7,5 | 47,4 | 45,1 |
| Fator IV | 4,4 | 37,5 | 58,1 |
| Fator V | 9,6 | 59,2 | 31,2 |
| Fator VI | 8,4 | 52,0 | 39,6 |
| Fator VII | 87,6 | 11,0 | 1,4 |
| Fator VIII | 48,9 | 19,5 | 31,6 |

Legenda: Fator I - Sexo Oral, Fator II - Sexo Promíscuo, Fator III - Sexo Com Preservativo, Fator IV - Auto-Estimulação, Fator V - Contato Boca a Boca, Fator VI - Estimulação Manual, Fator VII - Sexo com Penetração, Fator VIII - Itens não Incluídos como Fatores.

Tabela 2 - Distribuição das médias das respostas das questões por fatores, segundo o grau de risco, em especialistas (Literaturas / Médicos) de Ribeirão Preto – São Paulo.

| Questões por Fatores | Média das Respostas Segundo o Grau de Risco | | |
|----------------------|---|-------------|-------------|
| | Alto Risco | Médio Risco | Baixo Risco |
| Fator I | 48,8 | 49,0 | 2,2 |
| Fator II | 80,5 | 19,5 | - |
| Fator III | - | 86,0 | 14,0 |
| Fator IV | 8,9 | 22,0 | 69,1 |
| Fator V | - | 90,0 | 10,0 |
| Fator VI | 45,8 | 26,4 | 27,8 |
| Fator VII | 74,1 | 22,2 | 3,7 |
| Fator VIII | 29,3 | 30,1 | 40,6 |

Legenda: Fator I - Sexo Oral, Fator II - Sexo Promíscuo, Fator III - Sexo Com Preservativo, Fator IV - Auto-Estimulação, Fator V Contato Boca a Boca, Fator VI - Estimulação Manual, Fator VII - Sexo com Penetração, Fator VIII - Itens não Incluídos como Fatores.

Tabela 3 - distribuição das médias das respostas das questões por fatores, segundo o grau de risco, em universitários de Ribeirão Preto – São Paulo.

| Questões por Fatores | Média das Respostas Segundo o Grau de Risco | | |
|----------------------|---|-------------|-------------|
| | Alto Risco | Médio Risco | Baixo Risco |
| Fator I | 33,2 | 50,8 | 16,0 |
| Fator II | 90,5 | 8,9 | 0,6 |
| Fator III | 4,1 | 58,1 | 37,8 |
| Fator IV | 2,6 | 22,5 | 74,9 |
| Fator V | 1,7 | 46,2 | 52,1 |
| Fator VI | 5,0 | 44,9 | 50,1 |
| Fator VII | 74,7 | 24,0 | 1,3 |
| Fator VIII | 29,1 | 48,5 | 22,4 |

Legenda: Fator I - Sexo Oral, Fator II - Sexo Promíscuo, Fator III - Sexo Com Preservativo, Fator IV - Auto-Estimulação, Fator V Contato Boca a Boca, Fator VI - Estimulação Manual, Fator VII - Sexo com Penetração, Fator VIII - Itens não Incluídos como Fatores.

turas esta prática representa uma mistura de comportamentos resultantes de heranças seculares, por interpretação de sábios e religiosos, gerando censura pública.

Convém esclarecer que a prática do sexo oro-genital, é conhecida como felação, a qual vem do latim *fellare* que significa sugar. Já prática da irrumação representa a introdução do pênis na boca.

Há algum tempo atrás tem sido descrito na literatura que o HIV foi isolado das secreções vaginais/cervicais de mulheres soropositivas ou de alto risco, inclusive durante o período menstrual, o que teoricamente pode levar à infecção.

Segundo Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), os fluídos corporais contendo HIV, quando ingeridos pela via oral, acredita-se que eles sejam inativados pelas enzimas e ácidos, contidos no sistema digestivo. Descreve ainda que a existên-

tência de pequenas ulcerações nas mucosas podem facilitar a chegada do vírus à corrente sanguínea.

Um outro ponto a ser destacado e que vem ao encontro das respostas dos Universitários do Acre, foi descrito em estudos efetuados pelo Instituto de Estudos Avançados da Sexualidade Humana-IEASH; Aids Coordinating Office; Catania *et al.*, Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), onde mencionam que a prática do sexo oral também representa Alto Risco de infecção pelo HIV. Por sua vez vale ressaltar que outros autores, Stall *et al.*, (1986). Greig (1987); IEASH (1991) e a OPS (1993) também os classificam com sendo de Médio Risco.

A respeito do contato da boca com a urina infectada, denominada urolagnia, urofilia, segundo Glasel (1991), esta prática

pode se tornar fator de risco de infecção, desde de que haja contato com a pele e mucosa não íntactas.

Diante destas informações, Hepworth e Shernoff (1989) *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), afirmam que para a realização de tais práticas se faz necessário o uso de proteção.

Nestas descrições, a prática do cunilingus, a qual também produz excitação sexual, vem do latim *cunnus* (vulva) e *ingere* (lamber) significa estimulação dos genitais femininos, tais como: clitóris, pequenos lábios, vestibulo e introito vaginal.

Com relação aos respondentes, este estudo trata-se de um grupo privilegiado, pela facilidade de obter informações e conhecimentos sobre a temática em estudo.

Ainda sobre esta problemática, Gir *et al.* *apud* Gir *et al.* (1999) em outra pesquisa “evidenciaram que 60% dos universitários de um município paulista, apresentaram conhecimento correto sobre práticas sexuais orais e os riscos específicos que conferem à infecção pelo HIV-1”.

Seguindo a descrição das respostas, agora para o **FATOR II - Sexo Promíscuo**, temos a relação sexual com prostitutas, sexo em grupo, número de parceiros sexuais e relação sexual com pessoa do mesmo sexo, tanto os Universitários de Rio Branco – Acre, como os Universitários de Ribeirão Preto e Especialistas, consideraram as seguintes médias para o fator Alto Risco: 87,7%, 90,5% e 80,5% respectivamente, o que demonstra a coerência e conhecimento nas respostas entre eles, conforme dados nas **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, esta temática constitui um assunto complexo a ser discutido, pois não é somente um hábito ou prática, mas um comportamento de risco, tendo em vista o envolvimento de uma série de outras atividades sexuais que estão em jogo.

Por sua vez, Paiva (1999) menciona que “no início, a doença esteve relacionada aos chamados grupos de risco, idéia que servia para isolar e discriminar as vítimas. Hoje, deixou de ser importante qual o grupo que foi ou é o mais afetado, fala-se em comportamento de risco e, sabe-se que todas as pessoas podem vir a ser infectadas por esta epidemia, sejam elas homens ou mulheres, heterossexuais, bissexuais ou homossexuais”.

No entender de Wiley e Herschkorn *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) consideram a promiscuidade como fator de alto risco para a infecção pelo HIV, sugerem que as usuárias de drogas, acentuam ainda mais a susceptibilidade pela infecção.

Para Padian *et al.*, European Study Group *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) as seguintes práticas comportamentais contribuem para o baixo grau de infecção pelo HIV, assim descritos: ausência ou uso raro de drogas endovenosas; baixo número de contatos sexuais com diferentes parceiros e não prática de coito anal receptivo. Padian *et al.*, (1987b) ainda ressaltam que a concentração do vírus no sêmen é 100 vezes maior que na secreção vaginal, o que de certa forma reforça a maior probabilidade das mulheres serem infectadas pelos homens.

Em estudo realizado por Morse *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) mencionam que além da droga, o uso de álcool, o inadequado e inconsistente uso do preservativo, com-

portamentos sexuais inseguros e os riscos intrínsecos dos parceiros também aumentam o risco de infecção pelo HIV.

Um outro ponto importante a se destacar descrito por Simonsen *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), é que uma prostituta infectada pelo HIV e portadora de outras DST, durante uma prática sexual, apresenta alta chance de infectar seu parceiro.

Cabe ressaltar, que o sexo em grupo, sexo coletivo, a troca de casais, o número de parceiros sexuais e a associação com o coito anal, também representam comportamentos que predisponem a infecção pelo HIV e por outras DST.

Corroborando com esta problemática, a relação sexual com pessoa do mesmo sexo, como é o caso do coito anal receptivo, representa a prática do mais alto risco para a infecção pelo HIV e por outras DST, acrescido ainda a ocorrência de sangramentos e microfissuras locais que normalmente acontecem.

Com relação as lésbicas, a homossexualidade parece não ser um fator de risco para as DST, ao contrário do homossexualismo masculino, no entender de Robertson e Schachter; Aral e Holmes *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Por sua vez, em se tratando do HIV os riscos são os mesmos, haja vista que a probabilidade de lesões na pele e mucosa oriundas de dedos na vagina ou roçar dos genitais, na visão de Masters *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994). Entretanto na visão de Eskenazi *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), elas constituem um grupo de baixo risco à infecção pelo HIV. Já na visão de Lifson *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), a infecção pode ocorrer devido a outra exposições.

Xavier *et al.*, (1994) mencionam que para combater o HIV/Aids se faz necessário uma política de solidariedade baseada no respeito à diferença cultural e na luta por justiça social. Também é importante considerar a Aids como uma ameaça social e que necessite de uma verdadeira revolução científica.

Um outro ponto que não se pode deixar de mencionar com relação ao sexo promíscuo, diz respeito as reações emocionais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, no momento da confirmação do seu diagnóstico, conforme evidenciado por Oliveira *et al.* (1987) em que “neste caso o paciente tem que enfrentar as reações quase sempre imprevisíveis de seus parceiros. Os sentimentos de raiva em relação ao parceiro que transmitiu a doença, gerou na quase totalidade dos pacientes na amostra, atitudes de agressividade como: “querer bater, matar, prejudicar, vingar-se”, manifestos através da rejeição, desprezo, negação do outro, pena e revolta. Alguns manifestaram sua revolta através do desejo de transmitir a doença a outras pessoas (vingança)”.

Prosseguindo, ao discorrer sobre o **FATOR III**, o qual guarda pertinência com o **Sexo com Preservativo**, onde estão incluídas as questões relacionadas ao sexo vaginal e anal com camisinha, averigou-se que a resposta para o grau Médio Risco foi a mais obtida pelos três segmentos, ou seja: Universitários de Rio Branco, média de 47,4%; Especialistas com média de 86,0% e Universitários de Ribeirão Preto com 58,1%, conforme dados nas **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, a literatura científica tem demonstrado que o uso de preservativos conferem valor substancial quando usados como medidas profiláticas contra as DST, quando seu papel protetor pode contribuir para reduzir o risco nos casos em que há contato do pênis à região cervical, vaginal, vulvar, anal; ressaltando-se que esta proteção está diretamente relacionada não só ao uso correto do condom, como também à sua qualidade.

Por outro lado, diversas pesquisas ressaltam que os usuários de preservativos e parceiros apresentam menor frequência a contraírem as DST, tais como: gonorréia, infecção por *ureaplasma*, doença inflamatória pélvica e cervical, e que esse fator protetor está relacionado à mínima permeabilidade do preservativo, e inclusive no tratamento da infertilidade feminina, conforme mencionado por Cohen *et al.*, Goldsmith, Sherris *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Com relação ao aspecto histórico do uso do condom, estes foram confeccionados por diversos materiais, tais como: linho, seda, intestino de animal e outros, mas que sua produção foi discreta até meados do século XIX, quando então houve a vulcanização da borracha e a fabricação de condom de látex, proporcionando assim grande produção, segundo Dumm *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Por sua vez, com a excessiva divulgação do uso do preservativo como medida profilática, este tem aumentado na prevenção das DST, e se constitui atualmente como o único meio efetivo para prevenir a infecção pelo HIV, pois a prática da abstinência sexual é considerada como utópica.

A respeito do uso de preservativo, sob o ponto de vista histórico, o seu uso esteve tradicionalmente associado à prostituição, promiscuidade, relações extraconjugais acarretando uma má reputação ao seu usuário, conforme Free e Alexander, Sherris *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Assim, fica claro os estereótipos negativos atribuídos ao uso do preservativo, de certa forma contribui para a sua restrição, mas que hoje graças a ampla campanha de divulgação e o seu importante fator de proteção, tem aumentado a sua utilização, mesmo assim, é bom esquecer que sua eficácia depende do uso correto, associado com a adoção de comportamento sexual seguro.

Para Gir *et al.* (1999) “ a educação é uma função inerente aos profissionais de saúde, e embora aparentemente simples e fácil, é um processo complexo que envolve numerosos aspectos inerentes ao comunicador, a comunicação é a audiência para que as medidas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados. Conforme refere Pompidou (1988), não basta simplesmente oferece informações, pois “ estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas, decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer “. Portanto, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; só esse compromisso pode conduzir às mais efetivas e aceitas mudanças de comportamento, uma vez que se baseia em aceitação e não em obrigação. “

Ainda sobre o uso de preservativo, Guimarães *apud* Paiva (1999), “ chama atenção para o fato de que o uso do condom masculino não corresponde aos valores e atitudes pautadas no

modelo conjugal monogâmico, sustentado pelos pilares de fidelidade e de confiança mútua, estando muito assim associado à idéia de comportamentos sexuais promíscuos, irregulares ou desviantes do padrão monogâmico ”.

Dando continuidade nas análises, para o **FATOR IV**, relacionado a **Auto-Estimulação**, onde são destacados as práticas da masturbação e a introdução de objetos na vagina e no ânus, a média das respostas para os Universitários do Acre, para os Especialistas e Universitários de Ribeirão Preto, foi para o fator Baixo Risco, com 58,1%, 69,1% e 74,9% respectivamente, sendo que a média mais baixa foi obtida pelos alunos do Acre., conforme dados constantes nas **tabelas de 1 a 3**.

Desta forma, segundo a OMS (1990), a auto masturbação como prática exclusiva não favorece o risco de infecção pelo HIV, e que esta tanto pode ser praticada através das mãos, como pelo uso de objetos como auxiliares na estimulação genital.

No entender de Paiva (1999) “ um outro aspecto pouco explorado e que gostaríamos de chamar atenção, é o de que a prevenção da Aids se faz a partir de práticas sexuais não penetrativas e do uso de condom, o que traz os seguintes questionamentos: como fazer prevenção quando as mulheres estão no período reprodutivo, principalmente as mais jovens, que desejam construir uma família? E as que estão na idade fértil e já se encontram laqueadas, para as quais o condom parece não ter o menor sentido? Situação mais complicada ainda é das mulheres que já se encontram na menopausa e com a vida sexual ativa, de que forma negociar o uso do condom? E as que descobrem sua condição de soropositiva quando já estão grávidas “?

Com relação ao uso destas práticas, dependendo da natureza do objeto, da profundidade da penetração e do método e força utilizados, podem provocar trauma e sangramento no reto ou vagina e com isso aumentar o risco de transmissão do HIV durante o coito com o parceiro infectado. Cabe salientar ainda, que para que estas práticas sejam seguras e não ofereçam riscos à infecção pelo HIV, os objetos não devem ser compartilhados, e se o forem, devem ser desinfetados, ainda lembrando que a proteção deve ser conferida a eles com o preservativo, segundo Glasel (1991).

Ao abordar o **FATOR V – Contato boca a boca**, com apenas um item, ou seja, o beijo na boca, dois segmentos dos respondentes se equívalem nas respostas - Universitários de Rio Branco e Especialistas - ao considerarem como fator de Médio Risco, ao contrário dos Universitários de Ribeirão Preto, ao assinalarem como de Baixo Risco, conforme **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, pode-se dizer que o beijo social ou seco não se apresenta como fator de risco a infecção pelo HIV, por não propiciar a troca de saliva, segundo IEASH; Greigg; Bjorklund; Cohen; OPS *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), mas que todavia, o beijo de língua conhecido também como beijo francês, beijo molhado, beijo profundo, constitui a inserção da língua na boca do parceiro possibilitando troca de saliva e por isso deve ser considerado no mínimo como uma atividade de baixo risco, não podendo ser entendida como ati-

vidade completamente segura, IEASH; Greigg; Kus e Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Pode-se afirmar ainda que, a transmissão poderia ocorrer quando houvesse comportamento sexual que envolvesse contato com fluídos do corpo com a presença do HIV (sangue, sêmen, secreção vaginal, urina, líquido céfalo-raquidiano, saliva, lágrima, leite materno, etc.), mas a concentração do HIV na saliva é extremamente baixa, Wofsy *et al.*; Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Vale ressaltar que segundo a OMS *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), embora a saliva represente pequena probabilidade de transmissão do HIV, o risco teoricamente existente durante um beijo molhado não deve ser ignorado.

No entender de Gir, Moriya e Figueiredo (1994) quando o beijo é muito violento pode provocar lacerações ou pequenas lesões, acompanhadas de sangramento, o que intensifica o risco. Ressalta ainda, que o beijo não se constitui na única atividade durante um relacionamento sexual, o que dificulta comprovar a sua responsabilidade exclusiva pela transmissão do HIV.

As discussões que se seguem, dizem respeito ao **FATOR VI**, ou seja a **Estimulação Manual**, onde são destacadas a introdução da mão e do dedo no ânus ou na vagina.

Para esta questão houve uma certa divergência nas respostas, onde para os Universitários de Rio Branco a média encontrada foi de 52,0% para o Médio Risco, seguido pelos Universitários de Ribeirão Preto, com média de 50,1% para o Baixo Risco, enquanto que para os Especialistas estes deram 45,8%, para o Alto Risco, conforme **tabelas de 1 a 3**.

Com relação a esta prática, Masters *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), assinalam que o manuseio dos genitais possibilita o contato com as secreções dos mesmos, as quais podem estar infectadas, e ao tocar o corpo onde há solução de continuidade, pode resultar em infecção.

Convém esclarecer também que esta conduta também facilita a ocorrência de lacerações, abrasões, sangramentos, fissuras anais e até perfurações intestinais com complicações tipo peritonite, as quais favorecem o alcance do HIV aos sistemas sanguíneo e linfático, no entender de Ross; Darrow *et al.*, e Glasel e Kwan e Lowe *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Assim, pode-se concluir que esta prática não deixa de ser perigosa dadas a graves conseqüências que podem advir, por isso deve-se concordar com as respostas dos Especialistas, e preocupar-se com o grau de informação dos Universitários de Ribeirão Preto, ao assinalar Baixo Risco.

Ao reportar ao **FATOR VII – Sexo com Penetração**, onde estão incluídas as questões sobre a relação sexual com pessoa do sexo oposto, sexo vaginal (pênis-vagina) e anal (pênis-ânus) com ejaculação, tivemos nos três segmentos, o alto risco com os seguintes percentuais: 87,6% para os Universitários de Rio Branco, 74,7% para os Universitários de Ribeirão Preto e 74,1% para os Especialistas, mostrando coerência e o bom nível de conhecimento entre eles, conforme **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, o risco e a gravidade da infecção pelo HIV, depende de alguns fatores, tais como: a infectividade e a viru-

lência do agente; tamanho e/ou quantidade da carga recebida e a susceptibilidade do hospedeiro.

Para Paiva (1999) com relação a transmissão e prevenção da Aids em mulheres, menciona que “ a transmissão da Aids para as mulheres, em geral, advém de duas formas, a sanguínea (uso de drogas injetáveis e de derivados do sangue) e a sexual, podendo, muito raramente, ocorrer através do cuidado”.

Acrescenta ainda que “ o vírus da aids pode ser encontrado tanto na ejaculação masculina quanto na lubrificação, na ejaculação feminina e na menstruação que contém linfócitos T4 que podem conter o HIV. Portanto, uma mulher pode se contaminar com os homens (hetero e bissexuais) ou com mulheres (homo e bissexuais). Por isso, é urgente que as campanhas educativas incluam as mulheres e que elas se organizem para encontrar os seus meios de prevenção “.

Prosseguindo nas descrições, as DST que provocam rupturas da epiderme e integridade da membrana mucosa, geram ulcerações que predis põem o indivíduo a se infectar pelo HIV, onde vale assinalar que não é a aids que favorece as DST e sim as DST que favorecem a Aids.

Para Paiva (1999) “ as doenças sexualmente transmissíveis - DST pareciam ser um problema controlado a partir do advento dos antibióticos, porém hoje, elas aumentaram sua incidência e com o crescimento da aids em mulheres, a atenção para a sua prevenção, diagnóstico e tratamento na população feminina tem sido maior, considerando que as DST podem trazer conseqüências, tais como, a infertilidade e a própria Aids, pois, elas podem facilitar a entrada do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) “.

Convém acrescentar o que dizem Gir *et al.* (1999) que “ de maneira geral, as DST são consideradas hoje como fatores de risco para a aquisição do HIV-1, aspecto este comprovado por Costa *et al.*, e (Gir, Moriya e Figueiredo , 1994).

Cruzios *apud* Gir *et al.*, (1999) ainda enfatiza que “ a infecção e a transmissão do HIV são facilitadas por condições ulcerativas e erosivas dos genitais, ficando portanto, o controle da Aids na dependência também das DST “.

Salienta ainda que estas ulcerações normalmente são causadas pelo *Haemophilus ducreyi*, *Treponema pallidum* e o *Vírus do Herpes Simples*.

Sobre este fator, existem outras maneiras de favorecer a disseminação do HIV, onde destacamos os comportamentos de risco, o número de parceiros, o tipo de atividade sexual desprotegida e a relação com mulher no período menstrual.

Ainda sobre esta problemática, vale ressaltar a transmissão heterossexual entre casados, onde hoje a mulher tem se tornado vítima ao ser infectada pelo marido, tornando-se assim uma preocupação a mais das autoridades sanitárias nacionais e internacionais.

Corroborando com esta problemática, ainda há que se considerar a transmissão vertical – mãe/filho, que também tem se tornado um problema de grandes proporções.

Como forma de procurar amenizar esta transmissão, o uso de preservativo é o mais indicado, apesar de existir preconceito e desconfiança do marido, quando a mulher solicita que faça uso do mesmo.

Quanto ao sexo vaginal e/o anal com ejaculação, é sabido que este pode transmitir o HIV, mas não pode deixar de citar que é muito mais fácil o homem transmitir o HIV para a mulher, do que esta para ele, apesar de não isentá-lo de tal risco.

Vale ressaltar também que a prática do coito anal entre os povos, possui diferentes finalidades, como: prazer, contracepção, evitar sangramento menstrual e a preservação da integridade himenal, segundo Voeller *apud*, (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Sobre esta forma de transmissão, o sêmen atinge o sistema linfático e sanguíneo, como resultado de abrasões da mucosa retal. A região retal possui uma única camada de célula, que não oferece grande proteção contra abrasões.

Ainda sobre esta prática, o coito anal talvez seja a causa principal e modo mais eficiente de transmissão heterossexual do HIV.

Além do mais, as mulheres com esta prática podem adquirir o HIV de homens bissexuais, hemofílicos, usuários de drogas – EV, dentre outros infectados.

Como questão final temos o **FATOR VIII – Itens não Incluídos como Fatores**, onde estão a escolha de parceiros para ter relação sexual, lavagem intestinal antes da relação anal, masturbação a dois, frequência de relações sexuais e relação sexual com animais.

Assim, em suas respostas, encontramos divergências, onde para os Universitários de Rio Branco – Acre, encontramos a média de 48,9% para o Alto Risco, seguida pelos Universitários de Ribeirão Preto, com média de 48,5% para o Médio Risco e para os Especialistas a média de 40,6%, para o Baixo Risco, conforme **tabelas de 1 a 3**.

Com relação a literatura, para explicar estes fatos, sabe-se que a prática sexual com diferentes indivíduos, predispõe alta taxa de infecção pelo HIV e por outras DST, principalmente se o fizer de forma desprotegida.

Ao se falar da escolha de parceiros, também não proporciona nenhuma segurança, pois não é um fator externo e sim interno ao indivíduo, escapando assim de maiores conhecimentos do seu comportamento.

Quanto a prática da lavagem intestinal antes da relação anal, no entender de Glasel (1991), diz que esta prática promove a limpeza da região retal, antes do coito anal, e que a prática do uso de óleo mineral, favorece a penetração pela lubrificação.

Convém esclarecer que esta prática compromete a mucosa retal por provocar trauma, irritação, inflamação da mucosa retal, provocando abrasões, ulcerações, fissuras ou lacerações o que favorece a entrada do HIV, segundo Holmberg *et al.*, Alexander, Kohen e Glasel *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo , 1994).

Prosseguindo neste fator, a masturbação a dois também favorece a infecção pelo HIV, uma vez que propicia o contato com o sêmen e a secreção vaginal infectados. Vale ressaltar que o uso de dispositivos compartilhados também favorece a infecção, tendo em vista a possibilidade de ocorrer lesões na mucosa.

Com respeito a frequência de relações podem acarretar em infecção, tendo em vista a exposição ao HIV, proveniente de vários parceiros.

Aliado a esta prática, não se pode negar também a possibilidade de se infectar com as outras DST, e através delas adquirir o HIV, principalmente naquelas que produzem ulcerações.

Como questão final deste fator temos o sexo com animais, conhecido como Zoofilia, o qual é muito praticado por meninos e adolescentes que residem na zona rural.

Para esta prática, os animais mais comumente utilizados são: égua, vaca, mula, galinha, ovelha, cão, porco, burro, bode, gato, coelho, pata e o ganso.

Vale assinalar que esta prática conduz a um desvio do comportamento sexual, como um caso patológico, sendo considerado na literatura como “desvio do objeto”, quando há procura por um “objeto sexual” diferente do adulto de sexo complementar, no entender de Ellia e Waynberg *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo , 1994).

Finalizando, no que se refere ao risco desta prática sexual relacionada a infecção pelo HIV, não foi encontrado nenhum artigo na literatura que trouxesse o assunto à discussão. Pelas evidências documentadas até o momento, sabe-se que os animais não desenvolvem Aids e nem albergam o HIV, conforme descrito por (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O realizar a presente réplica de pesquisa de Gir, Moriya e Figueiredo (1994), foi extremamente relevante pelo fato de não só proporcionar a introdução de aluno via Bolsa de Iniciação Científica do CNPq, como também efetuar a comparação dos resultados da pesquisa junto a três segmentos.

Desta forma, dos 715 alunos matriculados no ano de 1999, investigou-se 550, o que representou 76,9%, sendo altamente representativo.

Convém destacar, que dos 549 alunos que responderam a esta questão, 55,6% eram do gênero feminino e 44,4% masculino e para 548 respondentes, 42,4% estavam na faixa etária de 20-24 anos, seguido por 30,6% na de 17-19 anos.

Deste mesmo total de respondentes, 74,6% eram solteiros e 18,9% casados, no qual vale destacar também os 5,8% que estavam na condição de juntado/amasiado.

Quanto a distribuição dos 550 alunos mais representativos por Área de Conhecimento do CNPq, 169 (30,9%) estavam na Área das Ciências Humanas, seguida por 72 (13,1%) na de Linguística, Letras e Artes e com 70 (12,7%) nas Ciências da Saúde.

Ao discorrer sobre o **FATOR I – SEXO ORAL**, houve concordância nas respostas entre os Especialistas e Universitários de Ribeirão Preto, com sendo fator de Médio Risco, ao passo que para os Universitários do Acre, este foi para o fator Alto Risco, o que vem ao encontro da literatura, ao afirmar que ulcerações nas mucosas podem facilitar a entrada do vírus e atingir a corrente sanguínea.

Já para o **FATOR II – SEXO PROMÍSCUO**, a média das respostas foi equivalente para os três segmentos, ao considera-

rem como de Alto Risco, tendo em vista este representar um tipo de relacionamento altamente propício à infecção pelo HIV.

Por sua vez, para o **FATOR III – SEXO COM PRESERVATIVO**, as respostas para os três segmentos foram equivalentes, sendo considerada como de Médio Risco, o que nos parece aceitável quando esta prática é feita de forma segura, correta e protegida.

Prosseguindo nas descrições, para o **FATOR IV – AUTOESTIMULAÇÃO**, as respostas para ambos foram para o fator de Baixo Risco, tendo em vista que dependendo da natureza do objeto, profundidade, força e método podem provocar trauma e sangramento e predispor a infecção pelo HIV.

No que diz respeito ao **FATOR V – CONTATO BOCA-A-BOCA**, as respostas dos Universitários de Rio Branco e dos Especialistas, foram para o fator Médio Risco, portanto diferente da dos Universitários de Ribeirão Preto, ao assinalar como sendo de Baixo Risco.

Para esta questão, segundo a literatura, há duas versões, no caso do beijo social ou seco, não há fator de risco para a infecção pelo HIV, diferente do beijo francês ou de língua, em que há possibilidade de troca de saliva e que se houver lesão na mucosa oral, pode predispor a sangramentos e com isso levar a infecção, o que não se pode deixar de levar em consideração.

Para o **FATOR VI – representado pela ESTIMULAÇÃO MANUAL**, houve uma certa divergência nas respostas dos três segmentos, onde os Universitários de Rio Branco consideraram como fator de Médio Risco, os de Ribeirão Preto como de Baixo Risco, sendo ambos diferentes do obtido pelos Especialistas, que o consideraram de Alto Risco, cuja última resposta guarda uma certa pertinência, pois o manuseio da genitália pode levar a lacerações, favorecer o contato com secreções e com isso facilitar a entrada do HIV.

No que se refere ao **FATOR VII – SEXO COM PENETRAÇÃO**, os três segmentos a consideraram com fator de Alto Risco, o que mostra a coerência entre os respondentes, haja vista que no caso das DST estas provocam rupturas na epiderme e integridade da mucosa, gerando ulcerações e predispondo os indivíduos a se infectarem com o HIV.

Como questão final, ao **FATOR VIII – ITENS NÃO INCLUÍDOS COMO FATORES**, houve uma certa divergência nas respostas, sendo que os Universitários de Rio Branco o consideraram como de Alto Risco, seguido pelos de Ribeirão Preto que assinalaram Médio Risco, enquanto que para os Especialistas a resposta foi o Baixo Risco.

As justificativas para estes itens, referem que a prática sexual com diferentes pessoas, predis põe não só a alta taxa de infecção pelo HIV, como também para as outras DST, principalmente quando esta é praticada de forma desprotegida.

Assim, ao concluir esta pesquisa, é certo que apesar de atingir os objetivos a que se propôs, a temática em questão não foi esgotada, e os resultados podem subsidiar atividades de ensino de graduação, pós-graduação, extensão universitária e novas pesquisas que venham desenvolver a problemática em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acre. Governo do Estado. Programa Estadual de DST/Aids. **Dados Informativo – Sessão Pôster**, 2000
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. A VI Conferência Internacional sobre Aids e os Direitos Humanos. **Ação anti-Aids**, n.9, p.7, 1990
- Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids**. Semana Epidemiológica 22-34 - Ano XI, n.3, junho a agosto. 1998
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids**. Semana Epidemiológica 35 a 47 - Ano XII, n.4, setembro a novembro. 1999
- Christ, G.H.; Winer, L.S. Psychosocial issues in Aids. In: De Vita, V.; Helman, S.; Rosemberge, S.A. **Aids: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. Philadelphia, Lippincott, 1985. cap. 12, p.275-95
- Curran, J.W. *et al.* The Epidemiology of Aids: current status and future prospects. **Science**. v.229, n.4720, p.1352-7, 1985
- Glasel, N. Práticas sexuais de alto risco na transmissão da Aids / SIDA. In: De Vita, V.T.; Hellman, S.; Rosemberg, S.A. **Aids / SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 2ed., Rio de Janeiro, Revinter, 1991. Cap. 21, p.363-76
- Gillon, R. Refusal to treat Aids and HIV positive patient. **Br. Med. J.**, v.294, n.6583, p.1332-3, 1987
- Gir, E.; Moriya, T.M.; Figueiredo, M.A.de C. **Práticas sexuais e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana**. Goiânia, AB 1994
- Gir, E. *et al.* Medidas preventivas contra a Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. **Rev.latino-am.enfermagem**. v.7, n.1, p11-17, jan. 1999
- Greig, J. D. **Aids: what every responsible canadian should know**. Ottawa, Summerhill Press, 1987
- Instituto de Estudos Avançados da Sexualidade Humana. **Guia completo do sexo seguro**. São Paulo, GAPA, 1991
- Kelly, J.A. *et al.* Stigmatization of Aids patients by physicians. **Am. J. Public Health**, v.77, n.7, p.789-91, 1987
- Kreiss, J. K. *et al.* Aids virus infection in Nairobi prostitutes: Spread of the epidemic to East Africa. **N. Eng. J. Med.**, v. 314, n.7, p.414-8, 1986
- Oliveira, M.H.P.de. *et al.* Reações emocionais dos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis no momento da confirmação do seu diagnóstico. **Rev. Bras. Enf.** v.40, n.1, p.38-42, jan./ fev./ mar. 1987
- Organización Panamericana De La Salud. **Sida: la epidemia de los tiempos modernos**. Washington / Comunicación para la salud, n.5/. 1993
- Osmond, D. Transmission of HIV in body fluids. In: Cohen, P.T.; Sande, M. A.; Volberding, P. A. (ed.). **The Aids Knowledge Base. Waltham, Edwards Brothers**, 1990b. cap. 1.2.1, p1.2.1-1 a 3.
- International Epidemiology of Aids. In: Cohen, P.T.; Sande, M. A.; Volberding, P. A. (ed.). **The Aids Knowledge Base**. Waltham, Edwards Brothers, 1990c. cap. 1.1.3, p.1.1.3-1 a 8
- Aids in Africa. In: Cohen, P. T.; Sande, M. A.; Volberding, P.A.(ed.). **The Aids knowledge base**. Waltham, Edwards Brothers, 1990d. cap.1.1.4, p.1.1.4-1 a 10
- Paiva, M. S. A feminilização da Aids: uma questão de gênero? **Rev. Bras. Enf.** v.52, n.1, jan./mar., p.7-13, 1999
- Padian, N. *et al.* Male – to – female transmission of human Immunodeficiency virus. **JAMA**, v.258, n.6, p.781-90, 1987b
- Piot, P. *et al.* Acquired immunodeficiency syndrome in a Heterosexual population in Zaire. **Lancet**, v.2, n.8394, p.65-9, 1984

- Pompidou, A. National Aids information programme in France. In: WHO. **Aids: prevention and control**. United States Pergamon Press, p.28-31, 1988
- Rodrigues, A. **Psicologia social**. 12ed. Petrópolis, Vozes, 1988
- Rodrigues, L. G. M. Aids: a face da discriminação. **Bol. Epidemiol. Aids**, n.5, p.1-2, 1988a
- Simonsen, J.N. *et al.* Human immunodeficiency virus infection among Men with sexually transmitted diseases: experience from a center in Africa. **N. Eng. J. Med.**, v.319, n.5, p.274-8, 1988
- Stall, R. *et al.* Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for Aids: the Aids behavioral research project. **Health Educ.Q.** v.13, n.4, p.359-71, 1986
- Xavier, I.de M. Aids: paradigma emergente. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.198-205, 1994
- Wofsy, C.B. *et al.* Isolation of Aids – associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus. **Lancet**. v.1, n.8480, p.527-9, 1986

Endereço para Correspondência:**Prof. Dr. Creso Machado Lopes**

Rua das Palmeiras, Q-7; C-20 ou nº 598

Jardim Tropical II, Bairro São Francisco

69910-540 – Rio Branco-Acre-Brasil

Tel/Fax: (0xx68) 224-1650

E-mail: creso@ufac.br