



PORTUGAL

Homens que têm Sexo com Homens:
Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS), 2010

PORTUGAL

Homens que têm Sexo com Homens:

Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS), 2010

Não se adoecer por acaso! Por isso vale a pena compreender as circunstâncias do risco, a negociação das exposições que ao longo da vida enfrentamos ou encenamos, compreender variáveis que nos ajudem a identificar padrões, apontar tendências, perceber a dinâmica dos determinantes da doença, da sua produção social e biológica. Mas este é só o início da caminhada; importa agora ouvir as vozes de dentro da epidemia, partir da galáxia dos grupos e dos números para a singularidade dos indivíduos: diagnosticar e tratar – sim, e tão cedo quanto possível – mas sobretudo prever e prevenir. Em definitivo, o desafio! E o estudo EMIS é uma pedra essencial na construção desse edifício.

Henrique Barros

A expressão Homens que têm sexo com Homens

A designação Homens que têm sexo com Homens foi adotada no início dos anos 90 para referir comportamentos sexuais entre homens, evitando a associação desses comportamentos à orientação sexual (homossexual, bissexual, heterossexual) ou à identidade de género. É uma designação ampla que inclui todos os homens com identidade homossexual, heterossexual ou que utilizam outros termos específicos de determinadas etnias ou subculturas que, em determinadas circunstâncias, de forma habitual ou esporádica, têm sexo com outros homens.

A implementação comunitária do projeto EMIS em Portugal coube ao Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos VIH/SIDA (GAT) sendo a coordenação científica da responsabilidade do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP).

AUTORES:

Ana F. Martins, Ricardo Fuertes, Raquel Lucas, Ana C. Carvalho, Paula Meireles, Maria José Campos, Luís Mendão, Henrique Barros.

AGRADECIMENTOS:

A todos os homens que responderam ao questionário, pelo seu altruísmo.

Agradecemos também à equipa que liderou internacionalmente o estudo EMIS: Axel J. Schmidt¹; Ulrich Marcus¹; Peter Weatherburn²; Ford Hickson²; David Reid² e Harm J. Hospers³.^a

FONTES DE FINANCIAMENTO:

Executive Agency for Health and Consumers, EU Health Programme 2008-2013 (período financiamento: 14.3.2009 - 13.9.2011); CEEISCat - Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS/HIV/SIDA de Catalunya (2009-2012); Terrence Higgins Trust (CHAPS) for Department of Health for England (2009-2012); Maastricht University (2009-2012); Regione del Veneto (2009-2012); Robert Koch Institute (2009-2012).

^a ¹Robert Koch Institute, Department for Infectious Disease Epidemiology, Berlin, Germany; ²Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom ³Maastricht University, University College Maastricht, The Netherlands.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	14
SUMÁRIOEXECUTIVO/EXECUTIVESUMMARY.....	17
1.INTRODUÇÃO.....	23
2. MÉTODOS.....	27
3. RESULTADOS.....	33
3.1. Características sociodemográficas.....	33
3.2. Identidade Sexual.....	36
3.2.1. Satisfação quanto à vida sexual.....	38
3.2.2. Locais frequentados: Comerciais, Sexuais e Páginas <i>Web</i>	40
3.3. VIH e outras Infeções Sexualmente Transmissíveis.....	41
3.3.1. HSH com infeção pelo VIH: diagnóstico, monitorização e tratamento antirretrovírico.....	47
3.3.2. Infeções Sexualmente Transmissíveis que não a infeção pelo VIH.....	49
3.3.3. Conhecimentos sobre infeção pelo VIH e outras ISTs.....	53
3.4. Comportamento sexual.....	55
3.4.1. Profilaxia Pós Exposição.....	64
3.5. Uso de Substâncias.....	65
3.6. Experiências de violência.....	67
4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	71
5. CONCLUSÕES.....	75
6. BIBLIOGRAFIA.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Sites, Blogs e associações portuguesas que promoveram o EMIS.....	28
Tabela 2. Locais de encontro homossexual, onde foram distribuídos posters e cartões de visita, em Portugal.....	29
Tabela 3. Distribuição dos inquiridos por classes etárias.....	33
Tabela 4. Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias.....	33
Tabela 5. Distribuição dos inquiridos por situação profissional.....	34
Tabela 6. Distribuição dos inquiridos por tempo de residência em Portugal.....	35
Tabela 7. Distribuição dos inquiridos segundo o agregado familiar.....	36
Tabela 8. Distribuição dos inquiridos por descrição da identidade sexual.....	37
Tabela 9. Distribuição dos inquiridos por proporção de amigos homens que sente atração pelo mesmo sexo.....	37
Tabela 10. Distribuição dos inquiridos de acordo com a satisfação sexual reportada e atração sexual.....	38
Tabela 11. Distribuição dos inquiridos de acordo com as razões de insatisfação quanto à vida sexual.....	39
Tabela 12. Distribuição dos inquiridos de acordo com os sentimentos relativos à vida sexual.....	39
Tabela 13. Distribuição dos inquiridos por frequência de lugares de socialização homossexual, no país de residência.....	40
Tabela 14. Distribuição dos inquiridos por frequência de lugares de socialização homossexual tendo em conta a proporção de pessoas das redes de socialização que conheciam a orientação sexual.....	41
Tabela 15. Distribuição dos inquiridos de acordo com a receção de resultado de teste do VIH.....	42
Tabela 16. Distribuição dos inquiridos segundo a data de realização do último teste para o VIH.....	43
Tabela 17. Distribuição dos inquiridos segundo local de diagnóstico de VIH positivo e de último teste VIH negativo.....	44
Tabela 18. Distribuição dos inquiridos de acordo com a satisfação relativa à confidencialidade, respeito e aconselhamento aquando a realização do teste para o VIH.....	44
Tabela 19. Distribuição dos inquiridos de acordo com o aconselhamento recebido aquando do diagnóstico da infeção pelo VIH, por local de diagnóstico.....	45
Tabela 20. Distribuição dos inquiridos de acordo com o aconselhamento recebido aquando o último teste para o VIH, por local de realização do teste.....	46
Tabela 21. Distribuição dos inquiridos de acordo com o número de células CD4 no momento do diagnóstico da infeção pelo VIH.....	47

Tabela 22. Distribuição dos inquiridos segundo a última vez que tiveram consulta de seguimento da infeção pelo VIH.....	47
Tabela 23. Distribuição dos inquiridos de acordo com o resultado da medição da carga vírica na última determinação.....	48
Tabela 24. Distribuição dos inquiridos segundo os motivos para não realizarem tratamento antirretrovírico*.....	48
Tabela 25. Distribuição dos inquiridos de acordo com a perceção sobre as oportunidades de rastreio de ISTs que não o VIH, em caso de necessidade.....	49
Tabela 26. Distribuição dos inquiridos segundo realização de rastreio de ISTs.....	50
Tabela 27. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de ISTs alguma vez na vida.....	51
Tabela 28. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de ISTs cutâneas virais (verrugas e herpes anal ou genital).....	52
Tabela 29. Distribuição dos inquiridos por vacinação e vulnerabilidade quanto à hepatite B.....	53
Tabela 30. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de Hepatite C.....	53
Tabela 31. Distribuição dos inquiridos por grau de conhecimento sobre VIH/ /sida e outras ISTs.....	54
Tabela 32. Distribuição dos inquiridos de acordo com relação estável.....	56
Tabela 33. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo nos últimos 12 meses com parceiro estável e/ou parceiro ocasional.....	57
Tabela 34. Distribuição dos inquiridos por número de parceiros estáveis e/ou ocasionais nos últimos 12 meses.....	57
Tabela 35. Distribuição dos inquiridos por Penetração Anal Não Protegida (PANP) com o último parceiro homem – estável e ocasional – entre aqueles que tiveram sexo anal nos últimos 12 meses	58
Tabela 36. Distribuição dos inquiridos por local onde conheceram o último parceiro ocasional, pela primeira vez.....	59
Tabela 37. Distribuição dos inquiridos segundo estratégias de “seroposicionamento” com o último parceiro ocasional.....	60
Tabela 38. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo pago nos últimos doze meses, no país de residência.....	60
Tabela 39. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo fora do país de residência, com homens que também não residiam em Portugal.....	61
Tabela 40. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo anal fora do país de residência nos últimos 12 meses, com homens que também não residiam em Portugal.....	62

Tabela 41. Distribuição dos inquiridos no que respeita à última vez que tiveram relações sexuais com mulheres.....	62
Tabela 42. Uso de preservativo nos últimos 12 meses aquando da relação anal ou vaginal com mulher.....	62
Tabela 43. Distribuição dos inquiridos segundo o acesso a preservativos.....	63
Tabela 44. Distribuição dos inquiridos por uso incorrecto de preservativo durante penetração anal nos últimos 12 meses.....	63
Tabela 45. Distribuição dos inquiridos segundo conhecimentos sobre PPE.....	64
Tabela 46. Distribuição dos inquiridos por tratamento com PPE.....	65
Tabela 47. Distribuição dos inquiridos por comportamentos de injeção nos últimos 12 meses.....	66
Tabela 48. Distribuição dos inquiridos por consumo de poppers (nitrito de amilo), medicamentos com indicação na disfunção eréctil e benzodiazepinas (sedativos ou tranquilizantes) nas últimas quatro semanas.....	66
Tabela 49. Distribuição dos inquiridos por experiência de abuso nos últimos 12 meses.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E GRÁFICOS

Figura 1. Banner alocado nas páginas web nacionais e internacionais.....	27
Figura 2. Identificação de género.....	33
Mapa 1. Local de residência dos inquiridos, por distrito (números absolutos e proporção de respondentes).....	34
Figura 3. Distribuição dos inquiridos por país de nascimento.....	35
Figura 4. Distribuição dos inquiridos de acordo com a atração sexual.....	36
Figura 5. Distribuição dos inquiridos por conhecimento da orientação sexual pelas suas redes de socialização - “ sair do armário”.....	37
Figura 6. Distribuição dos inquiridos de acordo com a satisfação em relação à vida sexual.....	38
Figura 7. Distribuição dos inquiridos de acordo com perceção do estatuto serológico VIH e receção de resultado de VIH.....	42
Figura 8. Acesso gratuito ao teste para o VIH no país de residência.....	42
Figura 9. Distribuição dos inquiridos de acordo com realização de tratamento antiretrovívrico no momento presente.....	49
Figura 10. Distribuição dos inquiridos face ao conhecimento sobre acesso gratuito ao rastreio de ISTs no país de residência.....	49
Figura 11. Distribuição dos inquiridos por procedimentos diagnósticos de ISTs, realizados nos últimos 12 meses.....	51
Figura 12. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de ISTs bacterianas nos últimos 12 meses.....	52
Figura 13. Distribuição dos inquiridos segundo prática de sexo anal com um homem, independentemente de ter sido com ou sem preservativo.....	55
Figura 14. Estatuto serológico de ambos os membros da relação estável actual.....	56
Figura 15. Distribuição dos inquiridos por prática de Penetração Anal Não Protegida (PANP) com qualquer parceiro masculino de estatuto serológico discordante ou desconhecido nos últimos 12 meses.....	58
Figura 16. Distribuição dos inquiridos por prática de Penetração Anal Não Protegida com parceiro masculino estável, ocasional e estável e ocasional, de estatuto serológico discordante ou desconhecido nos últimos 12 meses.....	58
Figura 17. Distribuição dos inquiridos por experiência do preservativo ter rompido ou escorregado durante penetração anal.....	64
Figura 18. Distribuição dos inquiridos por consumo diário de álcool e preocupação com consumo de álcool.....	65
Figura 19. Distribuição dos inquiridos por utilização de “party drugs” no último mês e no último ano.....	67

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças)

EMIS - European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey

EU/EEE - União Europeia/ Espaço Económico Europeu

HSH - Homens que têm Sexo com Homens

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgéneros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPE - Profilaxia Pós Exposição

PUDI - Pessoas que Usam Drogas Injetáveis

PANP - Penetração Anal Não Protegida

PAP - Penetração Anal Protegida

TARV - Terapêutica antirretrovírica

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana



SUMÁRIO EXECUTIVO

EXECUTIVE SUMMARY

SUMÁRIO EXECUTIVO

O estudo EMIS (*European Men who have Sex with Men Internet Survey*) realizou-se em 38 países da região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido o maior inquérito alguma vez dirigido a Homens que têm Sexo com Homens (HSH).

Em Portugal, o recrutamento realizado através das redes sociais *online*, *blogs* e divulgação em eventos LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgéneros) e em locais de socialização homossexual permitiu recolher informação de 5187 homens que se identificaram como HSH. Os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal foram aqueles com maior participação. Apesar da maioria dos participantes ter nacionalidade portuguesa, a amostra englobou cerca de 18% de indivíduos cujo país de origem não era Portugal, com predominância de participantes nascidos no Brasil e em outros países europeus. A idade média dos participantes foi de 32,3 anos, com mais de metade da amostra a reportar níveis de educação altos. Quase 70% dos indivíduos identificaram-se como homossexuais ou *gays*.

SATISFAÇÃO COM A VIDA SEXUAL:

- A maioria dos participantes considerou ter uma vida sexual satisfatória. Entre aqueles que se mostraram insatisfeitos (34,3%), as razões principais para a insatisfação foram não ter um relacionamento estável e não estarem tão confiantes a nível sexual como gostariam.

TESTE PARA O VIH E DIAGNÓSTICO POSITIVO:

- 27,6% dos inquiridos disse nunca ter conhecido um resultado de teste para o VIH, ou seja mais de um quarto da amostra não sabia qual o seu estatuto serológico. Entre aqueles que referiram já ter recebido pelo menos um resultado, 65,3% realizaram o teste nos últimos 12 meses. Apenas 63,9% do total de participantes sabiam que o teste é gratuito em Portugal.

- A prevalência auto-reportada de infeção pelo VIH entre aqueles que alguma vez tinham feito o teste foi de 10,9%. A maioria dos diagnósticos seguiu-se a uma consulta num centro de saúde (30,6%) ou numa clínica privada (20,2%).

EXECUTIVE SUMMARY

The European Men who have sex with Men Internet Survey (EMIS) was conducted in 38 countries of the World Health Organization European Region and was the largest survey ever directed to Men who have Sex with Men (MSM).

In Portugal, the recruitment performed through social media websites and blogs, and the promotion in LGBT events and gay venues has allowed the data collection from 5187 men who identified themselves as MSM. The districts of Lisbon, Porto and Setúbal were those with the highest portion of participation. In spite of the majority of participants being Portuguese, the sample had approximately 18% individuals whose country of origin was not Portugal, predominantly participants born in Brazil and other European countries. The median age of participants was 32.3 years, with more than half of the sample reporting high levels of education. Nearly 70% of the individuals described themselves as homosexual or gay.

SEXUAL HAPPINESS:

- *The majority of respondents were satisfied with their sexual life. Among those who were dissatisfied (34.3%), the main reasons for dissatisfaction were related to the fact that they do not have a steady sexual relationship and wanting to be more sexually confident.*

HIV TESTING AND HIV DIAGNOSIS:

- *27.6% of respondents said they had never received a test result for HIV, i.e. more than a quarter of the sample did not know what their HIV status was. Among those reporting having received a test result, 65.3% took the test in the last 12 months. Only 63.9% of the total sample knew that the test is free in Portugal.*

- *The self-reported HIV prevalence among those who had ever taken the test was 10.9%. Most diagnoses were held at the primary health centre (30.6%) or at a private clinic (20.2%).*

- *Although the majority of participants who have received a test result for HIV claim to feel satisfied with*

- Apesar da maioria dos participantes que realizaram um teste se ter sentido satisfeita com a forma como os profissionais mantiveram a confidencialidade e o respeito, 37,5% dos que tiveram um resultado negativo e 10,4% dos que tiveram um resultado positivo afirmaram não ter recebido qualquer aconselhamento.

- Dos 1421 participantes que nunca realizaram o teste para o VIH, 14,6% disseram ter pouca ou nenhuma certeza quanto ao acesso a um teste caso o quisessem fazer, ao contrário da maioria (81%) que disse ter certeza ou certeza absoluta do acesso ao teste

DIAGNÓSTICO TARDIO E TRATAMENTO ANTIRETROVÍRICO:

- Cerca de 45% dos inquiridos seropositivos afirmaram conhecer qual o número de células CD4 aquando do diagnóstico (n=186) sendo que 69 (37,1%) reportaram menos de 350 células/ml, reflectindo diagnóstico tardio. De todos os que viviam com infeção pelo VIH cerca de 1 em cada 4 referiu nunca ter iniciado tratamento antirretrovírico e destes 88% referiu não ter havido indicação médica.

OUTRAS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS):

- Metade dos HSH (50,9%) revelou nunca ter realizado qualquer rastreio de ISTs. Dos participantes que afirmaram ter realizado pelo menos um rastreio de ISTs, 61,1% fizeram-no nos últimos doze meses.

- A gonorreia foi a IST mais prevalente ao longo da vida (13,5%) sendo a sífilis a infeção mais prevalente no último ano (35,9%).

- Em relação à hepatite B, 30,3% referiram não estar ou não ter cumprido a totalidade das doses. A prevalência da hepatite C no total de participantes inquiridos foi de 1,7% (n=90), sendo que cerca de um quarto destes referiu ter utilizado pelo menos uma vez substâncias injectáveis, incluindo esteróides anabólicos.

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO:

- Apenas 31,4% dos participantes mostraram confiança em obter a PPE depois de uma possível exposição ao VIH com 1,6% do total da amostra a reportar já ter realizado PPE alguma vez na sua vida.

the way the service kept confidentiality and respect 37.5% of those who had a negative result and 10.4% of those who had a positive result said they didn't receive any counselling.

- *Of the 1421 participants who have never been test for HIV, 14.6% said they had little or no confidence that they would have access to a test in case they wanted it, but the majority (81%) said they were very confident about being able to get an HIV test.*

LATE DIAGNOSIS AND ANTIRETROVIRAL TREATMENT:

- *Nearly 45% of HIV positive respondents knew the number of their CD4 cells at diagnosis (n = 186) and 69 (37.1%) reported less than 350 cells / ml, reflecting late diagnosis. Among those living with HIV, about one in every four men reported having never started antiretroviral treatment and 88% of those due to medical indications.*

OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS:

- *Half of MSM (50.9%) revealed they have never been tested for STIs. Of the participants who reported having taken at least one test for STIs, 61.1% did it in the last twelve months.*

- *Gonorrhoea was the most prevalent STI through life (13.5%) being syphilis the most prevalent infection when taking into account the diagnosis in the past 12 months.*

- *Regarding hepatitis B, 30.3% reported not being vaccinated or only partially. The prevalence of hepatitis C among all participants was 1.7% (n = 90) of which about a quarter reported to have injected drugs at least once, including steroids.*

POST EXPOSURE PROPHYLAXIS:

- *Only 31.4% of participants reported confidence in obtaining PEP after possible exposure to HIV. 1.6% of the total sample had ever been treated with PEP.*

SEXUAL EXPERIENCES AND BEHAVIOUR:

- *More than 37% said they were currently in a steady relationship with a man and 7.4% in a steady relationship with a woman.*

COMPORTEAMENTO SEXUAL:

- No momento em que responderam ao questionário, mais de 37% afirmaram estar numa relação estável com um homem e 7,4% numa relação estável com uma mulher.
- Dos respondentes que declararam ter parceiros estáveis no último ano, 69% reportou ter tido penetração anal não protegida pelo menos uma vez.
- A maioria dos participantes refere ter tido sexo com parceiros ocasionais no último ano (n= 3518) com 42,5% destes a reportar seis ou mais parceiros ocasionais nesse período.
- Dos que tiveram sexo com parceiros ocasionais, pelo menos uma vez no último ano, 37,2% não usou preservativo de forma consistente.
- Dos inquiridos que reportaram ter tido sexo anal com o último parceiro ocasional (n=2295), 76,6% (n=1759) referiu ter tido penetração anal protegida e 23,4% (n=536) penetração anal não protegida.
- Dos participantes que referiram penetração anal não protegida com um parceiro estável nos últimos doze meses, 16% tiveram-na com parceiro cujo estado serológico era discordante ou desconhecido. No caso de parceiros ocasionais, a proporção foi de 17,9%.
- Entre aqueles que declararam ter tido sexo anal ou vaginal com uma mulher nos últimos doze meses, mais de metade (57,4%) fê-lo de forma não protegida.
- 16% dos inquiridos referiram práticas de sexo anal não protegido no último ano por não terem preservativos disponíveis.

SEXO TRANSACIONAL:

- No ano anterior, 6,8% dos participantes pagou para ter sexo e 4% referiram ter sido pagos para ter sexo.

SEXO COM HOMENS NOUTROS PAÍSES:

- Cerca de 22% disseram ter tido, no ano anterior, sexo com outros homens num país que não Portugal, com homens que também não residiam em Portugal. Desses, mais de um quarto conheceu o parceiro através da Internet. Dos 705 participantes que nessas circunstâncias tiveram sexo anal, 16,2% não usaram preservativo.

• *Of the respondents who claim to have steady partners in the last year, 69% reported having had unprotected anal intercourse at least once.*

• *The majority of participants reported sex with non steady sex partners in the past twelve months (n=3518) with 42,5% of those reporting six or more non steady partners in that period.*

• *Of those who had sex with non-steady partners, at least once in the past twelve months, 37.2% did not use condoms consistently.*

• *Of the respondents who reported anal sex with the last non steady partner (n=2295), 76.6% (n=1759) reported protected anal intercourse and 23.4% (n=536) unprotected anal intercourse.*

• *Of the respondents who reported UAI with a steady partner in the last twelve months, 16% had it with a partner whose HIV status was unknown or discordant. In the case of non-steady partners, the proportion was 17.9%*

• *Among those who reported having had anal or vaginal sex with a woman in the last twelve months, more than half (57.4%) engaged in unprotected intercourse.*

• *16% of respondents reported practice of unprotected anal sex in the last year for not having condoms available.*

TRANSACTIONAL SEX:

• *In the previous year, 6.8% of participants payed for sex and 4% reported having been paid for sex.*

SEX ABROAD:

• *Nearly 22% had engaged in sex in a country other than Portugal in the previous year with men that do not live in Portugal. Of those, more than a quarter met their partner on the Internet. Of the 705 participants who had anal sex, 16.2% did not use condoms.*

SUBSTANCE USE:

• *A third of the participants (n=1802) mentioned having used a recreational drug at any given point in their lives. The most commonly used drug in the previous year was cannabis (62.4%), followed by cocaine (26%).*

USO DE SUBSTÂNCIAS:

- Um terço (n=1802) dos participantes referiu ter utilizado algum tipo de droga recreativa ao longo da sua vida. A droga mais usada no ano anterior foi a cannabis (62,4%), seguida da cocaína (26%).

EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA:

- Nos últimos doze meses, 57,9% dos inquiridos sofreram algum tipo de violência, porque alguém sabia ou acreditava que eles se sentiam atraídos por homens. O tipo de violência mais prevalente foi a intimidação.

EXPERIENCES OF VIOLENCE:

- *In the last twelve months, 57.9% of respondents experienced some type of violence, because someone knew or presumed they were attracted to men. The most prevalent type of violence was intimidation.*



INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Três décadas após ser identificada como uma nova epidemia, a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua a ser na Europa uma das principais preocupações de saúde pública. A informação recolhida no relatório de vigilância epidemiológica publicado em 2013 mostra que continua a aumentar o número de pessoas que na Europa vivem com a infeção pelo VIH e que a epidemia cursa concentrada em populações particulares como HSH, as pessoas provenientes de países de epidemia generalizada, principalmente da África subsariana, e as pessoas que usam drogas injetáveis (PUDI)¹.

Até 2012 tinham sido declarados 1.496.201 casos de infeção pelo VIH na região europeia da OMS, dos quais 131.202 foram notificados nesse ano. Das novas infeções, 44% foram reportadas pela região Este, 49% pela região Oeste e 7,0% pela região Centro¹. A frequência de novas infeções foi mais alta na região Este, com 22,0 por 100 000 habitantes, superior ao triplo da verificada na região Oeste - onde Portugal se inclui - (6,6 por 100 000) e quase doze vezes mais alta que na região Centro (1,9 por 100 000). A principal categoria de transmissão variou com a área geográfica, ilustrando a diversidade da epidemiologia da infeção pelo VIH na Europa¹. Na região europeia da OMS a principal categoria de transmissão identificada foi a heterossexual (46%), seguida do sexo entre homens (23%) e da transmissão associada ao consumo de drogas injetáveis (18%)¹. Considerando apenas a União Europeia/Espaço Económico Europeu (EU/EEE), a maior proporção dos diagnósticos observou-se em HSH (40,4%), à semelhança dos últimos anos, seguida da transmissão heterossexual (33,8%) que inclui os casos de transmissão heterossexual provenientes de países da África¹. O número de casos diagnosticados em HSH aumentou 11% desde 2006, ao contrário dos casos em PUDI, que globalmente diminuíram 7% no mesmo período, apesar de um ligeiro aumento em 2012, devido aos recentes surtos em países como a Grécia, a Roménia ou a Bulgária¹. Os casos devidos a transmissão heterossexual e à transmissão mãe-filho têm diminuído consistentemente desde 2006¹.

Em Portugal, vive-se uma situação semelhante à da maioria dos países europeus nos quais a epidemia é

concentrada. Desde 1985, ano em que foi implementado um sistema nacional de notificação dos casos de infeção VIH, e até 31 de Dezembro de 2012 foram notificados 42 580 casos, dos quais 17 373 correspondiam a casos de sida². Em 2012, os casos classificados como de transmissão relacionada com o sexo entre homens corresponderam a 34,1% dos casos diagnosticados em homens e a 24,1% dos casos totais². Embora o contacto heterossexual continue a ser o principal modo declarado de transmissão com 63,1% dos casos em 2012, importa destacar que entre 2005 e 2011 o número total de casos de transmissão relacionados com sexo entre homens cresceu em média 6,1%, enquanto o número total de casos de transmissão heterossexual e utilização de drogas injetáveis diminuiu em média 3,5% e 21,9%, respetivamente². Destaca-se, também, o aumento do número de novas infeções em homens jovens que têm sexo com outros homens apesar da diminuição do número global de infeções VIH e dos casos de sida observada nos últimos anos².

O conhecimento dos atuais determinantes da infeção pelo VIH em HSH é fundamental por forma a permitir desenhar e implementar estratégias de prevenção que possam modificar esta tendência. Em Portugal este conhecimento é escasso e a informação limitada. Além disso, a comparação de dados entre países europeus tem sido, até à data, impossibilitada pela inexistência de instrumentos de recolha uniformes.

A impossibilidade prática de definir um espaço de amostragem faz com que a maioria dos estudos utilizem amostras não probabilísticas, de conveniência, recrutadas em locais de socialização *gay* ou em locais de prestação de cuidados de saúde. Para além de limitações relativas à representatividade para inferir para além dos participantes e assim ser possível generalizar os resultados, a comparação entre amostras é dificultada pela variedade de métodos de recrutamento, de definição dos indicadores, de sistemas de vigilância e até pela definição não uniforme de HSH. Estas dificuldades, no entanto, não impedem a obtenção da informação e até a tomada de decisões preventivas. Desafiam, isso sim, outras opções.

A *internet* tem sido uma ferramenta crescentemente

utilizada para recrutar amostras de HSH. Assim, nos países onde há um acesso frequente à *internet* ela constitui-se um instrumento fácil e de baixo custo^{3, 4}, para obter amostras mais diversificadas em termos de idade, escolaridade, orientação sexual e distribuição geográfica, do que as recrutadas em locais de socialização *gay*⁶⁻⁷.

O EMIS resultou no maior inquérito transnacional alguma vez realizado tendo como alvo HSH, e isso tanto em número de participantes (cerca de 180000), como em número de países (38) e idiomas envolvidos (25). O inquérito abordou conhecimentos sobre a infeção pelo VIH, ISTs, comportamentos sexuais e uso dos serviços específicos relacionados com a infeção pelo VIH, entre outros.



MÉTODOS

2. MÉTODOS

O questionário do projeto EMIS esteve disponível para ser preenchido durante 12 semanas - de 4 de junho a 31 de agosto de 2010 - em 38 países da região europeia da OMS. O questionário era anónimo, e disponibilizado *online* em 25 idiomas. Foi respondido por 184 466 homens, dos quais 5 391 o fizeram a partir de Portugal.

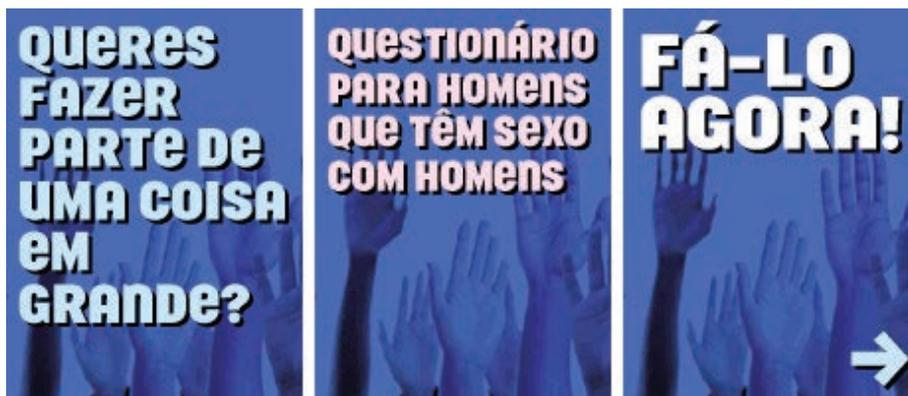
Para o sucesso do recrutamento de participantes contribuíram os esforços conjuntos de programas governamentais, organizações não-governamentais e instituições académicas, assim como *sites* e *blogs* direcionados para esta comunidade.

Para serem incluídos na amostra portuguesa, os respondentes tinham de prestar informações que permitissem identificá-los como homens, residentes em Portugal, com idade mínima para consentimento de relações homossexuais (14 anos), e sentirem-se atraídos por homens e/ ou terem sexo com homens. No projeto EMIS, era igualmente necessário que referissem ter entendido a natureza do estudo e consentirem em participar.

RECRUTAMENTO

O recrutamento foi feito em páginas *web* nacionais e internacionais orientadas para o público HSH, através da alocação de um “*banner*” (figura 1).

Figura 1. Banner alocado nas páginas web nacionais e internacionais



A partir do momento em que um *site* aceitava promover o EMIS, de forma remunerada ou não, era-lhe atribuído um endereço URL específico para usar em todos os anúncios *on-line*, que incluía um código-fonte original. Este endereço URL encaminhava os potenciais participantes para a página inicial do EMIS, mas quando estes faziam a seleção do seu idioma e avançavam para o inquérito, a fonte incorporada era capturada como o primeiro item de dados do participante. Desta forma, foi possível identificar os *sites* através dos quais os HSH foram recrutados.

Na tabela seguinte listam-se os *sites*, *blogs* e associações portuguesas que aceitaram promover o EMIS.

Tabela 1. Sites, Blogs e associações portuguesas que promoveram o EMIS

Sites	
Portugal gay	www.portugalgay.pt
AIDS Portugal	www.aidsportugal.com
Rede Positivo	http://positivopt.ning.com/
Blogs	
Ovelha tresmalhada	http://nadarcontracorrente.blogspot.com/
O melhor dos dois mundos	http://loverbiboyblog.blogspot.com/
Foi um Prazer...	http://foiumprazer.blogspot.com/
Provoca-me	http://provocame.blogspot.com/?zx=9c23113c6999ad11
sexUtopia	http://sex-utopia.blogspot.com/
Actas do pequeno almoço	http://danieljskramesto.blogspot.com/
Panteras Rosa	http://www.panterasrosa.blogspot.com/
Associações	
ILGA-Portugal	http://www.ilga-portugal.pt
GAT	http://www.gatportugal.org/
rede ex aequo	http://www.rea.pt/
Sentidos e sensações	http://www.sentidosesensacoes.pt/
Não te prives	http://www.naoteprives.org
Amplos	http://amplosbo.wordpress.com/
APF	http://www.apf.pt/
Opus Gay	http://www.opusgay.org/
Associação Positivo	http://www.positivo.org.pt/site/index.php

Quatro sites internacionais enviaram mensagens instantâneas aos seus utilizadores, de forma a promoverem a adesão ao estudo: três fizeram-no de forma remunerada - *PlanetRomeo*, *Manhunt* e *Gaydar* – e um aceitou publicitar de forma gratuita: *Bear-WWW*.

Foi igualmente publicada informação no *facebook*, em páginas direccionadas a homens que têm sexo com homens.

Para além destas estratégias de recrutamento, foram distribuídos em Portugal, em locais de encontro homossexual (tabela 2) e eventos LGBT, um total de 500 posters e 5000 cartões de visita com informação sobre o estudo.

Tabela 2. Locais de encontro homossexual e eventos LGBT, onde foram distribuídos posters e cartões de visita, em Portugal

Bares	Lisboa: Hendricks, Purex, Les Mauvais Garçons, 106, Anarka; Portimão: Bar Boémio; Porto: Boys'R'Us.
Lojas	Lisboa: Magic Mushroom
Saunas	Lisboa: Spartacus, Sertório, Viriato
Cinemas	Lisboa: Cinebolso, Cine Paraíso
Outros	Lisboa: Arraial Pride; Porto: Marcha do Orgulho LGBT

Aquando da submissão do questionário, era pedido aos respondentes que escolhessem até três amigos a quem fosse possível enviar convite por *email* para participar no estudo.

Depois de submeter as respostas, todos os participantes eram reencaminhados para uma página *web* com conteúdos sobre prevenção da infeção pelo VIH.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO - O QUESTIONÁRIO EMIS

O instrumento de recolha de informação baseou-se num questionário estruturado, de respostas fechadas e com possibilidade de escolha múltipla.

Devido à natureza sensível dos dados, foi acordado que a primeira página do questionário iria descrever o estudo e os seus objectivos, informar os potenciais participantes de que o anonimato e confidencialidade dos seus dados estavam assegurados e que a sua privacidade estaria salvaguardada em conformidade com a Diretiva Europeia de Proteção de Dados. Os potenciais participantes eram igualmente informados que os endereços IP dos seus computadores não eram guardados nem havia tentativas para instalar *cookies*.

O conteúdo do questionário foi pensado de forma a obter a informação necessária para calcular (mesmo que sem a representatividade ideal) 15 indicadores sugeridos pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), para a monitorização dos comportamentos em HSH, referentes a:

- Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses;
- Uso de preservativo na última penetração anal, segundo tipo de parceiro (estável/ocasional);
- Realização do teste de VIH, alguma vez e nos últimos 12 meses, ano e resultado do último teste;
- Ter pago para ter sexo nos últimos 12 meses, uso de preservativos durante a última vez que pagou para ter sexo;
- Nível de educação (de acordo com a Classificação Internacional Normalizada da Educação), nacionalidade/origem, orientação sexual (medida segundo a classificação de *Kinsey* modificada);
- Conhecimentos sobre as formas de transmissão sexual de VIH;
- Idade da primeira relação sexual;
- Diagnóstico recente de ISTs;
- Uso de preservativo com diferentes tipos de parceiros;
- Exposição ao risco de infeção pelo VIH/ IST nos últimos 12 meses;
- Realização do teste da hepatite C e resultado do último teste;

- Consumo de drogas;
- Proporção de homens a viver com a infeção pelo VIH a fazer tratamento antirretrovírico;
- Nível de carga vírica (detectável ou indetectável) na última monitorização;
- Contagem de linfócitos TCD4 no momento do diagnóstico da infeção pelo VIH.

Para além de questões sobre vigilância, foram também incluídas secções que possibilitaram recolher informações necessárias para o planeamento de ações de prevenção:

- Conhecimento sobre a infeção pelo VIH (transmissão, risco, uso correto de preservativo e Profilaxia Pós Exposição);
- Uso recreativo de drogas e álcool e problemas relacionados com o seu consumo;
- Barreiras no acesso ao tratamento antirretrovírico precoce;
- Discriminação relacionada com o VIH;
- Perceção e experiência de violência homofóbica;
- Acesso a informação específica para HSH;
- Acesso a preservativos;
- Acesso ao teste para o VIH e outras ISTs;
- Locais de realização de teste para o VIH e outras ISTs, bem como qualidade dos serviços;
- Relações sociais;
- Relações de amizade;
- Solidão;
- Satisfação sexual;
- Vida sexual ideal.

Assim, e no total, o questionário foi composto por 278 itens; no entanto, nem todos os participantes responderam a todas as questões, já que, dependendo de respostas dadas em fases anteriores do questionário, questões posteriores poderiam não ser aplicáveis ou eram simplesmente não respondidas.

O EMIS foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Portsmouth, no Reino Unido.

ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise dos dados foram eliminados os casos com multidiscrepâncias ou incongruências, ou seja casos em que havia discrepância em duas ou mais áreas cujas respostas eram consideradas fulcrais: idade; historial de teste para o VIH; rastreio de ISTs; práticas sexuais; parceiros estáveis ou parceiros ocasionais. Assim, a diferença entre o número de

participantes que submeteu o questionário (n=5391) e o número de participantes que consta da análise (n=5187) deve-se a essas exclusões.

Apesar da informação em falta ser apresentada nas tabelas ao longo do relatório, esta não foi utilizada no cálculo das proporções.

Os dados foram sujeitos a uma análise estatística descritiva e inferencial; no caso da análise descritiva, quando as variáveis eram contínuas utilizou-se o cálculo da média e do desvio-padrão, quando eram discretas os resultados foram apresentados através de distribuição de frequências. Na análise estatística inferencial utilizou-se o teste de associação do qui-quadrado (considerando-se um grau de significância $<0,05$).

Os dados foram analisados através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 21.



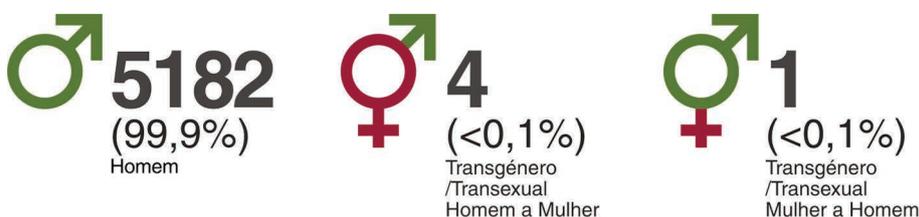
RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Do total dos 5187 participantes incluídos, 5182 (99,9%) identificaram-se como homens e cinco como transgéneros ou transexuais (quatro dos quais fizeram a transição de homem a mulher).

Figura 2. Identificação de género



Os participantes tinham entre 14 e 75 anos, sendo o grupo etário mais representado o dos 25 aos 39 anos (50,5%). A mediana de idades foi de 30 anos, com a média a ser de 32,3 anos (desvio-padrão:10,6 anos) (tabela 3). Mais de metade dos respondentes possuía um grau académico equivalente a bacharelato ou licenciatura (tabela 4), com perto de 70% do total dos participantes a estarem empregados e quase um quarto a referirem uma outra situação profissional que não a de desemprego (estudantes, reformados ou reformados por invalidez) (tabela 5).

Tabela 3. Distribuição dos inquiridos por classes etárias

	n (%)
<25 anos	1457 (28,1)
25-39 anos	2621 (50,5)
≥40 anos	1109 (21,4)
Total	5187 (100,0)

Tabela 4. Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias

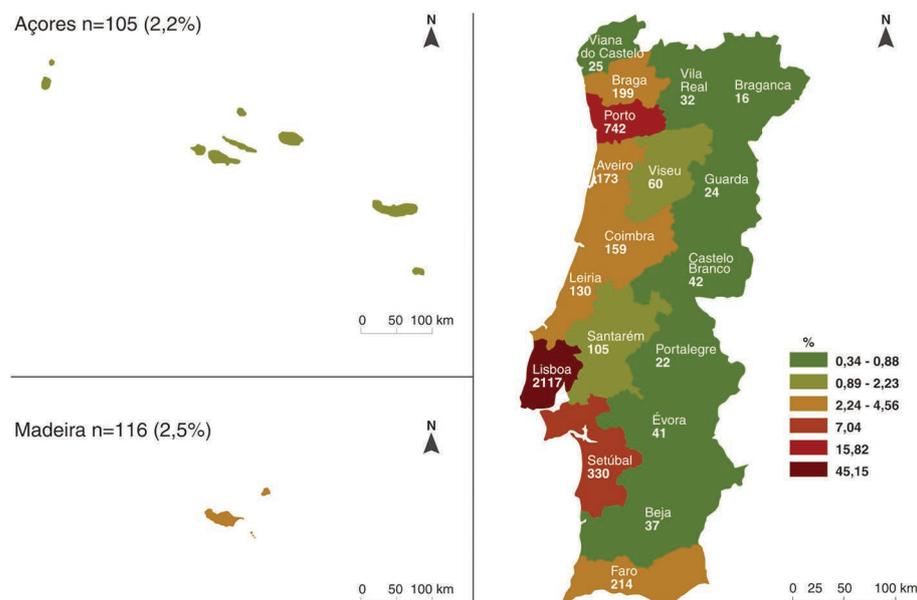
	n (%)
1º ou 2º ciclo do ensino básico (até 6 anos de escolaridade)	87 (1,7)
3º ciclo do ensino básico (até 9 anos de escolaridade)	331 (6,5)
Ensino Secundário (até 12 anos de escolaridade)	1253 (24,4)
Ensino pós secundário não superior e cursos tecnológicos	547 (10,7)
Ensino superior (bacharelato ou licenciatura)	2013 (39,3)
Formação superior avançada (mestrado ou doutoramento)	895 (17,5)
Total	5126 (100,0)
Sem resposta	61

Tabela 5. Distribuição dos inquiridos por situação profissional

	n (%)
Empregado a tempo inteiro	2654 (51,7)
Empregado a tempo parcial	207 (4,0)
Profissão liberal	651 (12,7)
Desempregado	343 (6,7)
Estudante	1026 (20,0)
Reformado	73 (1,4)
Reformado por invalidez	21 (0,4)
Outros	156 (3,0)
Total	5131 (100,0)
Sem resposta	56

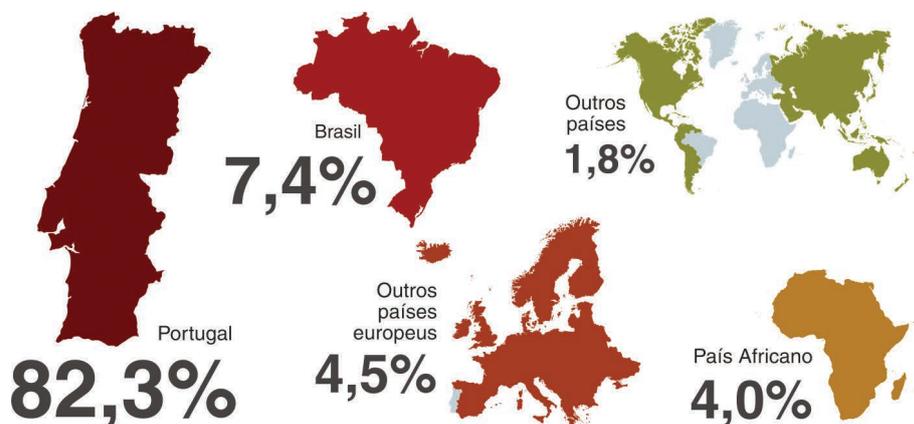
Mais de dois terços dos participantes residiam nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal (mapa 1); paralelamente, e do total da amostra, quase metade descreveu a localidade onde residia como uma cidade de pequena ou média dimensão (entre 10.000 e 499.999 habitantes).

Mapa 1. Local de residência dos inquiridos, por distrito (números absolutos e proporção de respondentes)



Dos participantes que responderam à questão sobre o seu país de nascimento, 4184 (82,3%) disseram ter nascido em Portugal.

Figura 3. Distribuição dos inquiridos por país de nascimento (%)



Dos 900 participantes cujo país de origem não era Portugal, 376 (41,8%) eram de origem brasileira, seguidos de participantes que tinham nascido noutros países europeus (n=228, 25,3%). Do total de imigrantes, cerca de 30% residiam no nosso país há menos de cinco anos (8% há menos de um ano) e 34% há vinte ou mais anos.

Tabela 6. Distribuição dos inquiridos por tempo de residência em Portugal

	n (%)
<1 ano	71 (7,9)
1-4 anos	197 (21,9)
5-10 anos	202 (22,5)
11-19 anos	119 (13,3)
20 ou mais anos	309 (34,4)
Total	898 (100,0)
Sem resposta	2

No que diz respeito ao agregado familiar, mais de metade dos participantes disse viver sozinho (28%) ou com os pais (31,4%). A proporção de inquiridos que reportou viver com um parceiro masculino foi 15,7%.

Tabela 7. Distribuição dos inquiridos segundo o agregado familiar

	n (%)
Vive Sozinho	1448 (28,0)
Com Parceiro masculino	812 (15,7)
Com Parceira feminina	299 (5,8)
Com Criança(s)	60 (1,2)
Com Amigos	492 (9,5)
Com Pai e/ou mãe	1621 (31,4)
Com outros membros da família	270 (5,2)
Com outros	165 (3,2)
Total	5167 (100,0)
Sem resposta	20

3.2. IDENTIDADE SEXUAL

No que concerne à identidade sexual e sexualidade dos participantes, na figura 4 é possível observar que quase dois terços dos homens referiram sentir-se atraídos exclusivamente por homens. Quanto à denominação, mais de dois terços dos participantes (69,7%) descreveram-se como *gays* ou homossexuais, 21,5% identificaram-se como bissexuais e cerca de 7% disseram “habitualmente não usar um termo” para se definir (tabela 8). De notar que, ao cruzar informação dos participantes que responderam a ambas as questões, 1904 referiram atração sexual por homens e mulheres, mas apenas 1070 (56,2%) se descreviam como bissexuais. Menos de 40,0% dos inquiridos referiram que a maioria das pessoas que faziam parte da rede de relações próximas conheciam a sua orientação sexual (figura 5).

Figura 4. Distribuição dos inquiridos de acordo com a atração sexual

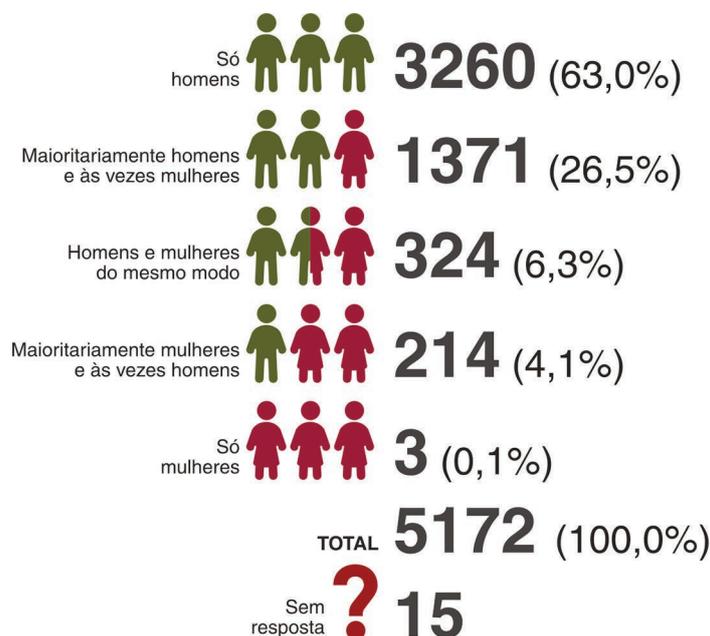
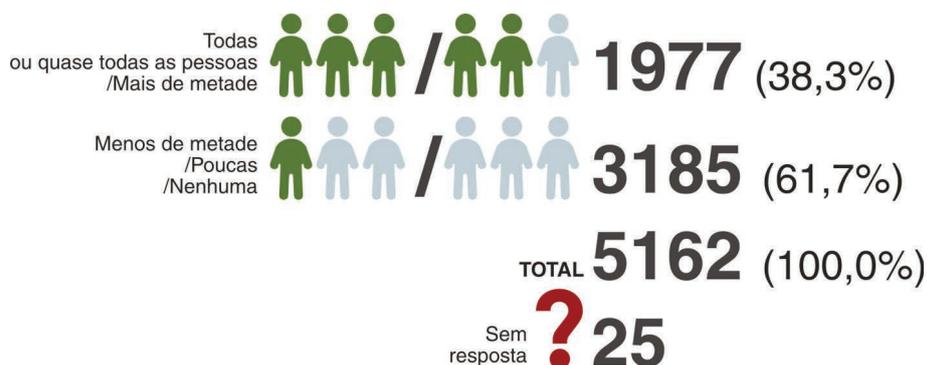


Tabela 8. Distribuição dos inquiridos por descrição da identidade sexual

	n (%)
Gay ou homossexual	3604 (69,7)
Bissexual	1113 (21,5)
Heterossexual	63 (1,2)
Qualquer outro termo	25 (0,5)
Não costumo utilizar um termo	367 (7,1)
Total	5172 (100,0)
Sem resposta	15

Figura 5. Distribuição dos inquiridos por conhecimento da orientação sexual pelas suas redes de socialização – “sair do armário”



Os HSH que disseram estar “dentro do armário” reportaram mais frequentemente sentimentos de solidão do que os outros (27,8% vs 23,4% $p < 0,001$).

Quando questionados acerca da proporção de amigos homens que se sentiam atraídos pelo mesmo sexo, 11% referiram que a totalidade dos seus amigos também sentia atração por homens, enquanto 34,3% reportou que na sua rede de amigos homens “poucos ou nenhuns” se sentiam atraídos pelo mesmo sexo (tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos inquiridos por proporção de amigos homens que sente atração pelo mesmo sexo

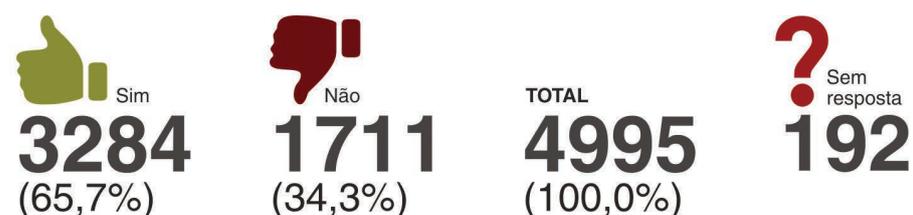
	n (%)
Todos ou quase todos	570 (11,0)
Alguns	2825 (54,7)
Poucos ou nenhuns*	1772 (34,3)
Total	5167 (100,0)
Sem resposta	20

* Inclui a categoria “ não tenho amigos homens”

3.2.1. Satisfação quanto à vida sexual

Quando inquiridos sobre a satisfação com a sua vida sexual, 34,3% disseram-se insatisfeitos (figura 6).

Figura 6. Distribuição dos inquiridos de acordo com a satisfação em relação à vida sexual



Reportaram mais frequentemente uma vida sexual não satisfatória participantes cuja identidade sexual não era conhecida – “dentro do armário” (39,4% vs 29,7% $p < 0,001$) e que não se identificavam como *gays* ou bissexuais (40,8% vs 33,1% vs 35,5% $p < 0,05$). Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, participantes mais velhos (≥ 30 anos 34,6% vs 33,9%), cujo nível de escolaridade era mais elevado (35,2% vs 33,0%) e que viviam em cidades mais pequenas – menos de 500,000 habitantes - (34,5% vs 33,5%) reportaram igualmente uma vida sexual menos satisfatória. Como é possível observar na tabela seguinte, os participantes que afirmaram sentir-se atraídos do mesmo modo por homens e mulheres eram aqueles com vida sexual mais satisfatória.

Tabela 10. Distribuição dos inquiridos de acordo com a satisfação sexual reportada e atração sexual

	Satisfação com a vida sexual		Total n (%)	Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Atração sexual				
Só homens	2095 (66,8)	1039 (33,2)	3134 (100)	<0,005
Maioritariamente homens e às vezes mulheres	824 (62,6)	492 (37,4)	1316 (100)	
Homens e mulheres do mesmo modo	223 (70,1)	95 (29,9)	318 (100)	
Maioritariamente mulheres e às vezes homens	129 (61,7)	80 (38,3)	209 (100)	
Só mulheres	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)	

As razões para essa insatisfação, não sendo mutuamente exclusivas, encontram-se descritas na tabela 11. Os principais motivos apontados foram o desejo de um relacionamento estável e não serem tão confiantes a nível sexual como gostariam, bem como a preocupação com a possibilidade de transmissão de VIH ou outras ISTs por parte do(s) parceiro(s).

Tabela 11. Distribuição dos inquiridos de acordo com as razões de insatisfação quanto à vida sexual*

	n=1711 (%)
Quero um relacionamento estável com alguém	1025 (59,9)
Gostaria de ter mais auto confiança no sexo	650 (37,9)
Preocupa-me que possam transmitir o VIH ou outras ISTs	639 (37,3)
Gostaria de ter mais sexo com o homem/os homens com quem tenho sexo	483 (28,2)
Não tenho sexo	382 (22,3)
Gostaria de ter mais parceiros sexuais	371 (21,7)
Tenho problemas na minha relação estável	270 (15,8)
Preocupa-me ter demasiados parceiros sexuais	256 (14,9)
Tenho dificuldade para conseguir ou manter uma ereção	203 (11,9)
Preocupa-me poder transmitir o VIH ou outras ISTs	175 (10,2)
Outras razões	166 (9,7)
A minha potência sexual é muito baixa	150 (8,8)
Os meus problemas de saúde interferem com o sexo	115 (6,7)
Os problemas de saúde do meu parceiro interferem com o sexo	40 (2,3)

*Categorias não mutuamente exclusivas

Aquando da afirmação “O sexo que tenho é sempre tão seguro quanto quero que seja” os participantes VIH positivos e os que não se identificavam como *gay* ou bissexual reportaram menos frequentemente concordar com a afirmação. Os participantes que disseram ter usado poppers durante a prática sexual reportaram discordar da afirmação (10,1% vs 9,5%) tanto quanto os outros.

Apesar de a maioria dos participantes referir ter liberdade de decisão quanto ao tipo de sexo que praticava, cerca de 18% disseram discordar ou não ter a certeza sobre o assunto.

Os HSH que discordaram com a afirmação reportaram mais frequentemente terem sido pagos para ter sexo nos doze meses anteriores ao questionário do que aqueles que não reportaram práticas de sexo transaccional pago (30,9% vs 17,5% p<0,001).

Tabela 12. Distribuição dos inquiridos de acordo com os sentimentos relativos à vida sexual

	Discordo totalmente/ Discordo/ Não tenho a certeza n (%)	Concordo n (%)	Concordo totalmente n (%)	Total n (%)	Sem resposta
Quando tenho sexo é sempre tão seguro quanto quero que seja	962 (18,2)	1873 (36,2)	2335 (45,2)	5170 (100,0)	17
Acho fácil dizer “não” ao sexo que não quero	943 (18,3)	1653 (32,1)	2561 (49,7)	5157 (100,0)	30

3.2.2. Locais frequentados: Comerciais, Sexuais e Páginas Web

No total, 7,2% dos participantes disseram ter frequentado um “centro comunitário, organização ou colectivo *gay*” nas últimas quatro semanas, referindo no entanto uma maior frequência de locais como cafés, bares, *pubs* ou discotecas *gay* (41,1%). Concretamente no que diz respeito aos “locais de sexo”, 30,5% disse tê-los frequentado nas últimas quatro semanas (tabela 13). A este propósito, é importante salientar que cerca de 82% (n=1293) dos participantes que referiram a utilização de “locais de sexo” no último mês, disseram ter frequentado especificamente, e nesse período, lugares de engate onde homens se encontram para ter sexo (lugares de *cruising*).

Tabela 13. Distribuição dos inquiridos por frequência de lugares de socialização homossexual, no país de residência

	Últimas 4 semanas n (%)	Há mais de 4 semanas n (%)	Nunca n (%)	Total n (%)	Sem resposta
Centro comunitário, organização ou colectivo <i>gay</i>	372 (7,2)	1041 (20,2)	3748 (72,6)	5161 (100,0)	26
Cafetaria, bar, <i>pub</i> ou discoteca <i>gay</i>	2124 (41,1)	2093 (40,5)	952 (18,4)	5169 (100,0)	18
Quarto escuro de um bar, clube de sexo <i>gay</i> , festa aberta de sexo <i>gay</i> , festa de sexo <i>gay</i> numa casa privada, sauna <i>gay</i> , cinema <i>porno</i> , lugares de <i>cruising</i> *	1575 (30,5)	1886 (36,5)	1706 (33,0)	5167 (100,0)	20

*Lugares de engate onde homens se encontram para ter sexo (rua, casas de banho, praia)

Verificou-se que os homens que afirmaram não dar a conhecer a sua orientação sexual à maioria das suas redes frequentavam menos locais de socialização como centros comunitários, organizações ou coletivos *gay* (4,7% vs. 11,0% nas 4 semanas anteriores) e cafeterias, bares, *pubs* ou discotecas *gay* (30,4% vs. 58,5%) do que aqueles cuja orientação era conhecida pelas suas redes, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Reportaram mais frequentemente visitar locais de *cruising* nas quatro semanas anteriores ao questionário participantes a viver com infeção VIH (52,2% vs 28,7% p<0,001), que se identificavam como *gay* (32,3% vs 26,8% bissexuais vs 25,1% outros p<0,001), que estavam “fora do armário” (35,2% vs 27,4% p<0,001) e que residiam em cidades grandes (33,4% vs 28,1% p<0,001).

Tabela 14. Distribuição dos inquiridos por frequência de lugares de socialização homossexual tendo em conta a proporção de pessoas das redes de socialização que conheciam a orientação sexual

	Proporção de pessoas que conheciam a orientação sexual		Valor de p
	Todas ou quase todas/ mais de metade n (%)	Menos de metade/ Poucas/ Nenhuma n (%)	
Centro comunitário, organização ou colectivo gay			
Últimas 4 semanas	217 (11,0)	150 (4,7)	<0,001
Antes/ Nunca	1751 (89,0)	3019 (95,3)	
Total	1968 (100,0)	3169 (100,0)	
Cafetaria, bar, pub ou discoteca gay			
Últimas 4 semanas	1154 (58,5)	965 (30,4)	<0,001
Antes/ Nunca	818 (41,5)	2208 (69,6)	
Total	1972 (100,0)	3173 (100,0)	
Quarto escuro de um bar, clube de sexo gay, festa aberta de sexo gay, festa de sexo gay numa casa privada, sauna gay, cinema porno, lugares de cruising			
Últimas 4 semanas	694 (35,2)	870 (27,4)	<0,001
Antes/ Nunca	1276 (64,8)	2303 (72,6)	
Total	1970 (100,0)	3173 (100,0)	

No total, e como expectável tendo em consideração o processo de amostragem usado no estudo, mais de 90% disse ter visitado uma página *web* nos últimos sete dias, excluindo a visita para o preenchimento do questionário EMIS.

3.3. VIH E OUTRAS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Foi perguntado aos participantes qual a percepção sobre o seu estatuto serológico para o VIH, como é que percebiam a acessibilidade à realização do teste e se já alguma vez tinham recebido um resultado do teste para o VIH. Àqueles que já tinham sido testados, foi-lhes igualmente perguntado qual o resultado do teste, há quanto tempo o tinham realizado e onde.

As respostas obtidas mostram que a percepção acerca do estatuto serológico correspondeu, na sua maioria, ao resultado do último teste recebido (figura 7).

Do total de HSH a responderem à questão sobre o conhecimento do resultado de um teste de VIH, 64,5% afirmaram ter resultado negativo, 7,9% afirmaram viver com a infeção pelo VIH e mais de um quarto (27,6%) referiu nunca ter recebido um resultado de um teste VIH. Assim, a prevalência auto-reportada de infeção pelo VIH entre aqueles participantes que alguma vez tinham feito o teste e tido conhecimento do resultado foi de 10,9%.

Figura 7. Distribuição dos inquiridos de acordo com o resultado de teste de VIH



Os participantes que reportaram nunca terem recebido o resultado de um teste para o VIH tinham origem portuguesa (28,7% vs 22,6% $p < 0,001$), em geral viviam em cidades mais pequenas (32,4% vs 20,9% $p < 0,001$) e apresentaram níveis de escolaridade mais baixos (34,8% vs 22,0% $p < 0,001$).

Também entre os inquiridos que nunca tinham feito o teste, 52,7% percecionavam o seu estatuto serológico como definitivamente negativo mas mais de 40% não excluía a possibilidade de viverem com a infeção pelo VIH. Oito desses inquiridos (0,5%) consideravam ser provável ou seguro o diagnóstico de infeção pelo VIH.

Tabela 15. Distribuição dos inquiridos de acordo com perceção do estatuto serológico VIH e conhecimento do resultado do teste para VIH

	Nunca fez teste ou não sabe resultado n (%)	Último teste com resultado negativo n (%)	
Definitivamente negativo	749 (52,7)	2161 (65,2)	
Provavelmente negativo	524 (36,9)	1015 (30,6)	
Não tinha a certeza/ Não sabia	139 (9,8)	132 (4,0)	
Provavelmente positivo	6 (0,4)	5 (0,2)	
Definitivamente positivo	2 (0,1)	3 (0,1)	
Total	1420 (100)	3316 (100)	4736
Sem resposta			46

Quando inquiridos sobre o acesso ao teste para o VIH em Portugal, 1708 (36,1%) participantes referiram que este não era gratuito ou mostraram desconhecimento face à questão. Os participantes que nunca tinham sido testados para o VIH reportaram mais frequentemente ter dúvidas sobre a gratuitidade do teste do que aqueles indivíduos que já tinham realizado o teste alguma vez (44,5% vs 22,2% $p < 0,001$).

Figura 8. Acesso gratuito ao teste para o VIH no país de residência



Dos participantes que reportaram viver com a infeção pelo VIH, 16,1% (n=58) tinham sido diagnosticados nos últimos 12 meses; destes, 70,7% tinham entre 25 e 39 anos.

No entanto, o diagnóstico da maioria das infeções tinha sido realizado há mais de cinco anos.

Entre os HSH que reportaram um último teste com resultado negativo, 72,2% tinha realizado o teste no último ano (tabela 16).

Tabela 16. Distribuição dos inquiridos segundo a data de realização do último teste para o VIH

	VIH+ n (%)	VIH- n (%)
No último ano	58 (16,1)	2166 (72,2)
Nos últimos cinco anos	114 (31,6)	700 (23,3)
Há mais de cinco anos	189 (52,3)	134 (4,5)
Total	361 (100,0)	3000 (100,0)
Sem resposta	44	318

A maioria dos diagnósticos foi obtida após exame pedido por médico no centro de saúde (30,6%), numa clínica privada (20,2%) ou num hospital/clínica em regime de ambulatório (19,8%), embora 7,4% tenham sido diagnosticados durante um internamento. Os serviços de rastreio dedicados (por exemplo Centros de Aconselhamento e Diagnóstico- CAD) foram o local de diagnóstico referido por um em cada sete inquiridos com infeção (13,8%) e 17 participantes (4,2%) afirmaram saber da sua infeção num banco de sangue, no contexto de dádiva. Quanto aos HSH com estatuto serológico negativo, 37,2% realizaram o último teste no centro de saúde, seguidos por 19,1% que disseram ter efectuado o teste num serviço de rastreio que não um hospital ou clínica.

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas quanto à naturalidade dos participantes que foram testados em bancos de sangue (4,3% de portugueses vs 4,3% migrantes $p=0,529$). De forma não surpreendente, reportaram mais frequentemente ter sido diagnosticados no internamento hospitalar HSH com diagnóstico tardio de infeção pelo VIH do que participantes com mais de 350 células/ml à altura do diagnóstico (13,0% vs 4,3% $p=0,634$).

Quanto aos HSH com estatuto serológico negativo, 37,2% tiveram o último teste pedido no centro de saúde, seguidos por 19,1% que disseram ter efectuado o teste num serviço de rastreio que não um hospital ou clínica.

Tabela 17. Distribuição dos inquiridos segundo local de diagnóstico de VIH positivo e de último teste VIH negativo

	VIH+ n (%)	VIH- n (%)
Centro de saúde/ médico de família	124 (30,6)	1234 (37,2)
Com um médico numa clínica privada	82 (20,2)	510 (15,4)
No hospital ou clinica numa consulta externa	80 (19,8)	477 (14,4)
No hospital como doente internado	30 (7,4)	76 (2,3)
Num serviço de rastreio de VIH (que não é um hospital nem uma clínica)	56 (13,8)	632 (19,1)
Num banco de sangue, enquanto dador	17 (4,2)	218 (6,6)
Usei um teste rápido caseiro	1 (0,2)	5 (0,2)
Num bar/pub, clube ou sauna	0 (0,0)	3 (0,1)
Numa unidade médica móvel	3 (0,7)	86 (2,6)
Noutro sítio	12 (3,0)	73 (2,2)
Total	405 (100)	3314 (100)
Sem resposta	0	4

A tabela seguinte descreve a perceção dos participantes VIH positivo e VIH negativo quanto à confidencialidade, respeito e aconselhamento aquando a realização do teste.

Tabela 18. Distribuição dos inquiridos de acordo com a satisfação relativa à confidencialidade, respeito e aconselhamento aquando a realização do teste para o VIH

Confidencialidade envolvida	VIH+ n (%)	VIH- n (%)
Satisfeito/ Muito Satisfeito	326 (80,9)	2975 (90,2)
Insatisfeito/ Muito Insatisfeito	51 (13,0)	88 (2,6)
Não se recorda / não pensou nisso	25 (6,1)	236 (7,2)
Total	403 (100,0)	3299 (100,0)
Sem resposta	2	19
Respeito com que foi tratado	n (%)	n (%)
Satisfeito/ Muito Satisfeito	326 (81,5)	3020 (91,6)
Insatisfeito/ Muito Insatisfeito	60 (15,0)	92 (2,8)
Não se recorda / não pensou nisso	14 (3,5)	184 (5,6)
Total	400 (100,0)	3296 (100,0)
Sem resposta	5	22
Aconselhamento recebido	n (%)	n (%)
Não recebeu aconselhamento	42 (10,4)	1239 (37,5)
Satisfeito / Muito Satisfeito	288 (71,3)	1698 (51,4)
Insatisfeito/ Muito Insatisfeito	62 (15,3)	118 (3,6)
Não se recorda / não pensou nisso	12 (3,0)	248 (7,5)
Total	404 (100,0)	3303 (100,0)
Sem resposta	1	15

*Nos participantes sem infeção pelo VIH, as questões referem-se à última vez que realizaram o teste, e no caso dos participantes que vivem com a infeção pelo VIH, referem-se ao momento do diagnóstico.

Quanto ao nível de satisfação associado à confidencialidade que o serviço prestou aquando do teste, 80,9% dos participantes VIH positivo mostraram-se “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”, assim como 90,2% dos HSH seronegativos.

Por comparação com 2,8% dos participantes com resultado de teste VIH negativo, 15% dos VIH positivo disseram ter ficado “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos” com o respeito com que foram tratados.

No total, 288 (71,3%) dos HSH a viver com a infeção pelo VIH disseram ter ficado “satisfeitos ou muito satisfeitos” com o aconselhamento que tiveram aquando do diagnóstico. No entanto, 42 (10,4%) referiram não ter tido qualquer aconselhamento. Dos HSH seronegativos, 118 (35,8%) afirmaram ter ficado insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o aconselhamento que lhes foi prestado. Nas tabelas 24 e 25 é possível perceber o grau de satisfação dos respondentes, por estatuto serológico, em cada um dos locais onde o teste foi realizado.

Tabela 19. Distribuição dos inquiridos de acordo com o aconselhamento recebido aquando do diagnóstico da infeção pelo VIH, por local de diagnóstico

Local de Diagnóstico (VIH+)	Sem aconselhamento n (%)	Satisfeito/Muito satisfeito n (%)	Insatisfeito/Muito insatisfeito n (%)	Não se recorda/Não pensou nisso n (%)	Total n (%)
Centro de saúde/médico de família	10 (8,1)	93 (75,0)	19 (15,4)	2 (1,6)	124 (100,0)
Com um médico numa clínica privada	10 (12,2)	51 (62,1)	17 (20,7)	4 (4,9)	82 (100,0)
No hospital ou clínica numa consulta externa	8 (10,0)	55 (68,8)	13 (16,3)	4 (5,0)	80 (100,0)
No hospital como doente internado	5 (16,7)	22 (73,3)	3 (10,0)	0 (0,0)	30 (100,0)
Num serviço de rastreio de VIH (que não é um hospital nem uma clínica)	4 (7,3)	44 (80,0)	5 (9,1)	2 (3,6)	55 (100,0)
Num banco de sangue, enquanto dador	3 (17,6)	12 (70,6)	2 (11,8)	0 (0,0)	17 (100,0)
Noutro sítio	2 (12,5)	11 (68,7)	3 (18,8)	0 (0,0)	16 (100,0)
Total	42	288	62	12	404
Sem resposta					1

Tabela 20. Distribuição dos inquiridos de acordo com o aconselhamento recebido aquando do último teste para o VIH, por local de realização do teste

Local realização do último teste (VIH-)	Sem aconselhamento n (%)	Satisfeito/Muito satisfeito n (%)	Insatisfeito/Muito insatisfeito n (%)	Não se recorda/Não pensou nisso n (%)	Total n (%)
Centro de saúde/médico de família	543 (44,3)	547 (44,6)	51 (4,2)	86 (7,0)	1227 (100,0)
Com um médico numa clínica privada	292 (57,4)	164 (32,2)	8 (1,6)	45 (8,8)	509 (100,0)
No hospital ou clínica numa consulta externa	200 (42,1)	214 (45,1)	16 (3,4)	45 (9,5)	475 (100,0)
No hospital como doente internado	27 (36,0)	28 (37,3)	7 (9,4)	13 (17,3)	75 (100,0)
Num serviço de rastreio de VIH (que não é um hospital nem uma clínica)	43 (6,8)	555 (88)	21 (3,3)	12 (1,9)	631 (100,0)
Num banco de sangue, enquanto dador	82 (38,0)	91 (42,2)	8 (3,7)	35 (16,2)	216 (100,0)
Noutro sítio	51 (30,7)	97 (58,4)	7 (4,2)	11 (6,7)	166 (100,0)
Total	1238	1696	118	247	3299
Sem resposta					19

Os participantes a viver com a infeção VIH que reportaram mais frequentemente não terem recebido aconselhamento foram diagnosticados num banco de sangue (17,6%) ou no hospital, como doentes internados (16,7%).

No caso dos inquiridos com resultado de teste negativo, os serviços de rastreio dedicados, em comparação com todos os outros locais de realização do teste, foram os menos identificados como não prestadores de aconselhamento (6,8%).

Aquando do diagnóstico, mais de metade dos indivíduos que viviam com VIH reportaram ter tido oportunidade de falar do tipo de sexo que tinham, em comparação com cerca de 30% que revelaram não a ter tido. Dos HSH seronegativos, 54,7% disseram não ter tido oportunidade para falar sobre a sua sexualidade.

Dos 1421 participantes que nunca realizaram o teste para o VIH, 14,6% disseram ter pouca ou nenhuma certeza que teriam acesso a um teste caso o quisessem fazer, ao contrário da maioria (81%) que disse ter certeza ou certeza absoluta do acesso ao teste.

Dos participantes que nunca tinham sido testados ou cujo resultado do último teste para o VIH foi negativo, foram aqueles a viver em cidades mais pequenas (15,6% vs 9,8% $p < 0,001$) e os migrantes (15,3% vs 12,8% $p = 0,062$) que reportaram menor acesso ao teste VIH caso o quisessem fazer.

3.3.1. HSH com infeção pelo VIH: diagnóstico, monitorização e tratamento antirretrovírico

Cerca de 45% (n=186) do total de participantes com infeção pelo VIH sabia a sua contagem de linfócitos T CD4 à altura do diagnóstico. Destes, 37,1% (69 participantes) reportaram ter, nessa data, menos de 350 células/ml, o que corresponde a um diagnóstico tardio.

Tabela 21. Distribuição dos inquiridos de acordo com o número de células CD4 no momento do diagnóstico de VIH*

	n (%)
Menos de 200 células/ml	35 (18,8)
200-349 células/ml	34 (18,3)
350-500 células/ml	41 (22,0)
Mais de 500 células/ml	76 (40,9)
Total	186 (100,0)

*Diagnóstico a partir do ano de 2001

O diagnóstico tardio para o VIH foi similar no grupo dos migrantes e dos nascidos em Portugal (38.1% vs 37.7% p= 0,961). Participantes mais velhos (≥ 40 anos) reportaram mais frequentemente diagnóstico tardio do que HSH mais novos (<25 anos e entre 25 a 39 anos) (46,2% vs 38,9% vs 32,8% p=0,248), assim como HSH com menor nível de escolaridade (56,3% vs 43,3% com escolaridade média vs 30,6% com escolaridade elevada p=0,06). O diagnóstico tardio da infeção foi também mais frequente em participantes com historial de injeção de drogas (61,5% vs. 35,9%, p=0,06).

Quanto à monitorização da doença, 98% disse ter tido pelo menos uma consulta médica no último ano, com 61% a reportar carga vírica indetetável na determinação mais recente, o que representa um valor abaixo do expectável. (tabela 23).

Tabela 22. Distribuição dos inquiridos segundo a última vez que tiveram consulta de seguimento da infeção pelo VIH

	n (%)
No último ano	389 (98,0)
Nos últimos cinco anos	2 (0,5)
Nunca	6 (1,5)
Total	397 (100,0)
Sem resposta	8

Tabela 23. Distribuição dos inquiridos de acordo com o resultado da medição da carga vírica no sangue na última determinação

	n=391 (%)
Indetectável	236 (61,0)
Detectável	94 (24,3)
Disseram-lhe mas não se lembra do resultado/ Fizeram a medição mas não lhe disseram o resultado/ Não foi medida/ Não se recorda	57 (14,7)
Total	387 (100,0)
Sem resposta	4

Do total de HSH a viver com a infeção pelo VIH e que responderam à questão sobre tratamento antirretrovírico (n=400), 101 (25,3%) referiram nunca o ter realizado, com cerca de 88% desses a dizer que não iniciaram tratamento antirretrovírico por não terem tido indicação médica. Foram os participantes com menos de 25 anos que mais reportaram não ter ainda iniciado tratamento antirretrovírico (50,0% vs 35,1% - 25 aos 39 anos vs 9,5% - a partir dos 40 anos p<0,001).

Tabela 24. Distribuição dos inquiridos segundo os motivos para não realizarem tratamento antirretrovírico*

	n=101 (%)
O meu médico diz que por enquanto não preciso de TARV	89 (88,1)
Para evitar os efeitos secundários	2 (2,0)
Acho que não é preciso	5 (5,0)
Tenho medo que as pessoas se dêem conta	5 (5,0)
Não quero ter de me lembrar do VIH todos os dias	5 (5,0)
O tratamento não se encontra disponível no país em que resido	0 (0)
Não posso pagar o tratamento	2 (2,0)
Outra razão	5 (5,0)

*Categorias não mutuamente exclusivas; TARV: terapêutica antirretrovírica

Outro dos motivos dado por um dos participantes para nunca ter iniciado terapia antirretrovírica foi “não ter conhecimento” que este tratamento existia.

Dos que conheciam o valor dos linfócitos T CD4 aquando o seu diagnóstico e que referiram nunca ter feito tratamento (n=68), 25% reportaram ter menos de 350 células/ml.

Ao momento do preenchimento do questionário, dos participantes que alguma vez tinham iniciado TARV, 290 (97%) continuavam nesse momento a fazer tratamento antirretrovírico. Destes, 221 (76,2%) reportaram ter, na altura, carga vírica indetectável. Apesar da pequena diferença, verificou-se que os HSH que mais frequentemente reportaram estar em tratamento antirretrovírico e cuja carga vírica era indetectável viviam em cidades de grande dimensão (57,3% vs 52,5% p=0,300).

De ressaltar 4 participantes (1,4%) que referiram ter iniciado em alguma fase da sua vida tratamento antirretrovírico, mas que no momento haviam interrompido. Os motivos de interrupção prenderam-se com o evitar efeitos secundários, com não quererem lembrar-se diariamente que vivem com a infeção e com o medo de que outras pessoas se apercebessem.

Figura 9. Distribuição dos inquiridos de acordo com realização de tratamento antiretroviral no momento presente



3.3.2. Infeções Sexualmente Transmissíveis que não a infeção pelo VIH

No que se refere a ISTs que não o VIH, uma elevada proporção de HSH (83,1%) disse ter a certeza que poderia realizar um teste caso precisasse.

Do total da amostra, os HSH a viver com a infeção pelo VIH reportaram mais frequentemente confiança em obter um teste para outras ISTs do que os restantes participantes (90,1% vs 82,5% $p < 0,001$).

Tabela 25. Distribuição dos inquiridos de acordo com a perceção sobre as oportunidades para fazer o rastreio de ISTs que não o VIH, em caso de necessidade

	n (%)
Certeza absoluta/ certeza	4271 (83,1)
Pouca certeza /Não tem certeza (nenhuma certeza)	660 (12,8)
Não sabe	211 (4,1)
Total	5142 (100,0)
Sem resposta	45

De ressaltar que mais de 40% dos participantes referiu que os testes para ISTs em Portugal eram de acesso gratuito.

Figura 10. Distribuição dos inquiridos face ao conhecimento sobre acesso gratuito ao rastreio de ISTs



Na tabela seguinte é possível perceber que metade dos HSH (50,9%) nunca tinha realizado qualquer rastreio de ISTs. Dos participantes que disseram ter realizado pelo menos um teste para ISTs, 61,1% fizeram-no nos últimos doze meses; destes, 75,9% não identificavam nenhum sintoma aquando da realização do teste, revelando assim uma elevada proporção de rastreios por HSH assintomáticos.

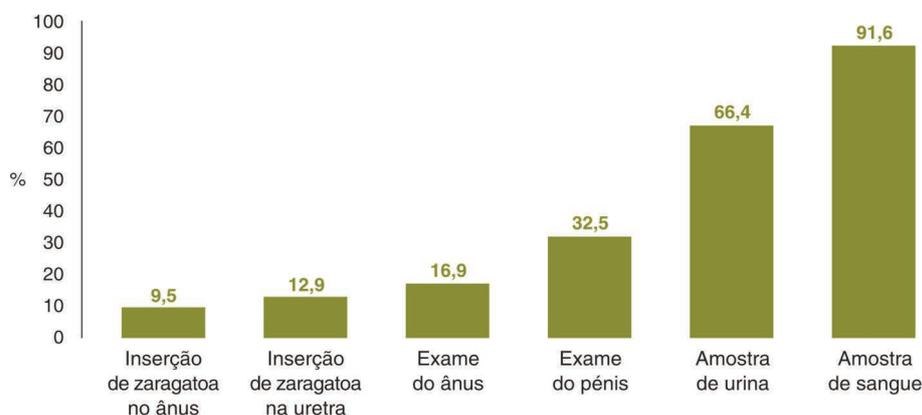
Tabela 26. Distribuição dos inquiridos segundo realização de rastreio de ISTs

Realização de rastreio de ISTs, que não o VIH, alguma vez na vida		n (%)
Sim		2185 (42,3)
Não		2625 (50,9)
Não sei		349 (6,8)
Total		5159 (100,0)
Sem resposta		28
Realização do último rastreio de ISTs que não o VIH		n=2185 (%)
Nos últimos 12 meses		1323 (61,1)
Nos últimos 5 anos		624 (28,8)
Há mais de 5 anos		217 (10,0)
Total		2164 (100,0)
Sem resposta		21
Sintomas à data do rastreio, entre aqueles que foram rastreados nos últimos 12 meses		n=1323 (%)
Sim		297 (22,6)
Não		997 (75,9)
Não me lembro		19 (1,4)
Total		1313 (100,0)
Sem resposta		10

Os participantes VIH positivo reportaram mais frequentemente ter sido testados para outras ISTs do que aqueles cujo último teste VIH foi negativo ou que nunca fizeram o teste (77,4% vs 55,5% vs 12,8% $p < 0,001$). O teste para outras ISTs foi também mais frequente em participantes mais velhos (\geq de 40 anos) do que nas faixas etárias entre os 25 e os 39 anos e abaixo dos 25 anos e (58,9% vs 48,6% vs 29,0% $p < 0,001$).

Os materiais biológicos mais frequentes para deteção de ISTs nos últimos doze meses foram as amostras de sangue (91,6%) e as amostras de urina (66,4%), sendo que o exame clínico objetivo foi reportado por menos de um terço dos inquiridos (figura 4).

Figura 11. Distribuição dos inquiridos por procedimentos diagnósticos de ISTs, realizados nos últimos 12 meses



No que concerne a diagnósticos de ISTs ao longo da vida, a gonorreia foi a mais prevalente (13,5%), seguida da sífilis (9,2%) e das verrugas anais ou genitais (7,8%).

Tabela 27. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de ISTs alguma vez na vida

	Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)	Total n (%)	Sem resposta
Sífilis	473 (9,2)	4562 (88,7)	111 (2,2)	5146 (100,0)	41
Gonorreia	695 (13,5)	4330 (84,3)	113 (2,2)	5138 (100,0)	49
Clamídia	170 (3,3)	4745 (92,9)	195 (3,8)	5110 (100,0)	77
Verrugas anais ou genitais	402 (7,8)	4586 (89,5)	136 (2,7)	5124 (100,0)	63
Herpes anal ou genital	181 (3,5)	4853 (94,3)	112 (2,2)	5146 (100,0)	41

Entre aqueles que declararam ter tido diagnóstico de ISTs bacterianas alguma vez na vida – gonorreia, sífilis ou clamídia – a sífilis foi a IST mais prevalente quando se considera o diagnóstico nos últimos 12 meses (figura 12). Dos HSH que tiveram diagnóstico de ISTs cutâneas víricas em algum período da sua vida, estas tinham sido na sua maioria diagnosticadas há mais de um ano (tabela 28).

Figura 12. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de ISTs bacterianas nos últimos 12 meses entre aqueles que alguma vez tiveram diagnóstico

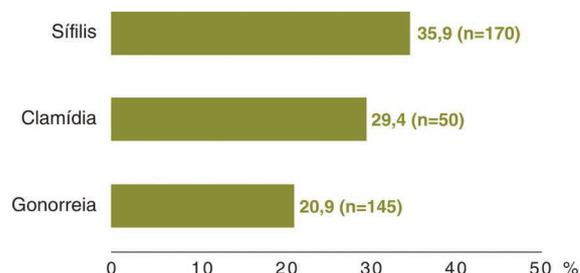


Tabela 28. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de ISTs cutâneas víricas (verrugas e herpes anal ou genital)

Primeiro diagnóstico de verrugas anais ou genitais (condilomas)		n=402 (%)
Nos últimos 12 meses		90 (22,5)
>12 meses - 5 anos		159 (39,8)
Há mais de cinco anos		151 (37,8)
Total		400 (100,0)
Sem resposta		2
Primeiro diagnóstico de herpes anal ou genital		n=181 (%)
Nos últimos 12 meses		55 (30,6)
>12 meses - 5 anos		53 (29,4)
Há mais de cinco anos		72 (40,0)
Total		180 (100,0)
Sem resposta		1

• Hepatite B e hepatite C

Foram colocadas questões acerca da vacinação para hepatite B. Em Portugal, esta vacina passou a integrar o Programa Nacional de Vacinação para todos os adolescentes a partir de 1995, e desde o ano 2000 passou a ser administrada a todos os recém-nascidos. A vacina é ainda administrada gratuitamente a todos os indivíduos pertencentes a populações de maior risco.⁸

Do total de HSH, 297 (5,8%) reportaram história clínica de hepatite B, com 30,3% a referir que não estavam vacinados ou que apenas tinham sido parcialmente vacinados. Do total de HSH, 297 (5,8%) reportaram história clínica de hepatite B, com 30,3% a referir que não estavam vacinados ou que apenas tinham sido parcialmente vacinados.

Os HSH mais velhos (59,3% vs 34,0% - 25 aos 39 anos vs 19,6% - menos de 25 anos $p < 0,001$) e cujo país de origem não era Portugal (43,8% vs 34,2% $p < 0,001$) foram aqueles que reportaram mais frequentemente não terem ou terem sido apenas parcialmente vacinados.

Tabela 29. Distribuição dos inquiridos por vacinação e vulnerabilidade quanto à hepatite B

Vacinação para hepatite B		n (%)
Não vacinado ou apenas parcialmente vacinado (não completou o ciclo de 3 doses de vacinas)		1559 (30,3)
Totalmente vacinado		2774 (53,9)
Não sabe		815 (15,8)
Total		5148 (100,0)
Sem resposta		39
Vulnerabilidade à hepatite B		n (%)
Totalmente vacinado ou imunidade natural		3071 (59,7)
Em risco para hepatite B		1262 (24,5)
Não sabe		815 (15,8)
Total		5148 (100,0)
Sem resposta		39

É possível verificar que 1262 HSH estavam em risco para a hepatite B, ou seja, não tinham sido vacinados e não sabiam se estavam imunes ou não tinham completado o ciclo de 3 doses de vacinas ou não tinham respondido à vacinação.

Quanto ao historial clínico de hepatite C, dos participantes que disseram ter sido alguma vez diagnosticados (n=90), um terço vivia, no momento do estudo, com a infeção. Do total de diagnosticados 24,4% (n=21) referiu ter utilizado, em algum momento, drogas injetáveis (incluindo esteróides anabolizantes), e 30 (33,3%) apresentavam co-infeção pelo VIH. Não há informação sobre transfusões.

Tabela 30. Distribuição dos inquiridos por diagnóstico de Hepatite C

Diagnóstico de hepatite C		n (%)
Sim		90 (1,7)
Não		5064 (98,3)
Total		5154 (100,0)
Sem resposta		33
Data do primeiro diagnóstico de hepatite C		n=90 (%)
Nos últimos doze meses		17(18,9)
Há mais de doze meses		73 (81,1)
Total		90 (100,0)

3.3.3. Conhecimentos sobre infeção pelo VIH e outras ISTs

O questionário inquiriu conhecimentos sobre infeção pelo VIH e outras ISTs. Os participantes foram informados que um conjunto de afirmações fornecidas eram corretas e foram questionados sobre o seu conhecimento prévio desses factos. Verificou-se que 46,8% dos HSH não sabia anteriormente que o tratamento eficaz da infeção pelo VIH reduzia o risco da sua transmissão; que apenas 63,2% sabiam que o risco de transmissão da infeção pelo VIH em parceiros serodiscordantes aumentava se qualquer

um dos parceiros vivesse com outra IST e 38,3% afirmaram não saber que a maioria das ISTs eram de mais fácil transmissão do que o VIH.

Tabela 31. Distribuição dos inquiridos por grau de conhecimento sobre VIH/sida e outras ISTs

	Já sabiam n (%)	Não tinham a certeza/ Ainda não sabiam / Não percebiam n (%)	Não acreditavam nas afirmações n (%)	Total n (%)	Sem resposta
Conhecimento VIH					
A SIDA é causada por um vírus chamado VIH	5089 (98,5)	73 (1,4)	7 (0,1)	5169 (100,0)	18
Não se consegue identificar uma pessoa com VIH pela sua aparência	4840 (93,8)	246 (4,7)	76 (1,5)	5162 (100,0)	25
Existem testes médicos que detectam se estás ou não infetado pelo VIH	5095 (98,9)	49 (1,0)	7 (0,1)	5151 (100,0)	36
Se alguém está infetado pelo VIH pode demorar várias semanas até que seja detetado num teste	4650 (90,1)	489 (9,4)	21 (0,4)	5160 (100,0)	27
Atualmente não existe cura para infeção pelo VIH	4981 (96,4)	139 (2,7)	46 (0,9)	5166 (100,0)	21
Transmissão VIH					
A infeção pelo VIH pode ser controlada através de medicação para que o seu impacto na saúde seja menor	4899 (94,9)	233 (4,5)	28 (0,5)	5160 (100,0)	27
O tratamento eficaz da infeção pelo VIH reduz o risco de transmissão de VIH	2746 (53,2)	2072 (40,1)	346 (6,7)	5164 (100,0)	23
O VIH não se pode transmitir quando beijas, incluindo beijo com língua, porque através da saliva não se transmite o VIH	4431 (86,7)	570 (11,1)	112 (2,2)	5113 (100,0)	74
Tu podes ser infetado pelo VIH através do teu pénis quando praticas sexo anal ou vaginal sem proteção com um parceiro ou parceira que tenha a infeção, mesmo se não ejaculares	4734 (92,6)	366 (7,2)	15 (0,3)	5115 (100,0)	72
Conhecimento ISTs					
Tu podes ser infetado pelo VIH através do teu reto quando és penetrado no sexo anal sem proteção com um parceiro que tenha a infeção	4997 (97,9)	104 (2,0)	4 (0,1)	5105 (100,0)	82
Mesmo sem ejaculação, o sexo oral (chupar e ser chupado) comporta um risco de infeção pela sífilis ou gonorreia	4044 (79,2)	821 (20,6)	10 (0,2)	5105 (100,0)	82
Quando homens com a infeção pelo VIH e homens sem a infeção têm sexo, as hipóteses de transmitir o VIH aumentam se qualquer dos parceiros tem outra infeção sexualmente transmissível	3226 (63,2)	1850 (36,2)	27 (0,5)	5103 (100,0)	84
A maioria das infeções sexualmente transmissíveis são mais fáceis de transmitir que o VIH	3156 (61,8)	1268 (36,6)	86 (1,7)	5110 (100,0)	77

Foram criadas pontuações com base na percentagem de afirmações que os participantes reportaram conhecer a priori. Os scores de conhecimento sobre VIH e transmissão de VIH foram bastante elevados (95,6% e 84,1%); no entanto, quando avaliados os conhecimentos sobre outras ISTs e da PPE, as pontuações revelaram-se substancialmente mais baixas (67,9% e 30,8%, respetivamente). Estes resultados mostram-nos

que o conhecimento de outras ISTs e da PPE é significativamente menos comum do que conhecimento relativo à infeção pelo VIH.

No geral, respondentes com níveis de educação mais elevados, mais velhos (≥ 40 anos), a residir em cidades de maior dimensão e que viviam com a infeção pelo VIH obtiveram pontuações mais elevadas.

Apesar de mais de 80% da totalidade de participantes ter respondido que concordava ou concordava totalmente com a afirmação “*Estou satisfeito com o que sei sobre VIH e infeções sexualmente transmissíveis*”, há que referir os mais de 16% que tiveram uma posição oposta, respondendo que discordavam ou discordavam totalmente.

Quando inquiridos sobre a última vez que tinham visto ou ouvido alguma informação sobre o VIH ou ISTs específica para HSH, mais de um terço dos participantes afirmou ter sido nas quatro semanas anteriores, mas 564 (11%) afirmaram nunca ter visto ou ouvido nenhuma informação específica para HSH, sobre VIH ou outras ISTs.

3.4. COMPORTAMENTO SEXUAL

Do total dos 5187 participantes, apenas 154 (3%) referiram nunca ter experienciado qualquer tipo de sexo com homens durante a sua vida.

A maioria dos HSH (55,6%) teve a sua primeira experiência sexual com menos de 18 anos, tendo mais de 15% iniciado a sua vida sexual com menos de 13 anos. Dos que referiram já ter tido sexo anal com homens, 60,9% (n=2843) fê-lo pela primeira vez com menos de 20 anos, com cerca de 8% (n=386) a ter tido a sua primeira experiência anal com menos de 13 anos. Mais de 90% dos HSH disse ter tido sexo anal nos últimos 12 meses.

Figura 13. Distribuição dos inquiridos segundo prática de sexo anal com um homem, alguma vez na vida, independentemente de ter sido com ou sem preservativo. (n=5033)



Foi usado o termo ‘parceiros estáveis’ para referir os namorados ou maridos (que faziam com que o respondedor não fosse ‘solteiro’), ou seja, o termo não se referia a parceiros exclusivamente sexuais.

Mais de metade dos HSH negou estar numa relação estável no momento do inquérito; 36,2% disseram estar numa relação estável com um ou mais homens e 6,5% numa relação com uma ou mais mulheres. Menos de 1% da amostra referiu estar numa relação estável com pelo menos 1 homem e pelo menos uma mulher simultaneamente (tabela 32).

A percentagem de respondentes que reportou estar no momento do questionário numa relação estável com pelo menos um homem (inclui os que afirmaram estar si-

multaneamente numa relação estável com uma ou mais mulheres) foi 37,1%. Destes 1918 HSH, 26,9% disseram estar há menos de um ano nessa relação e 47% entre um a cinco anos.

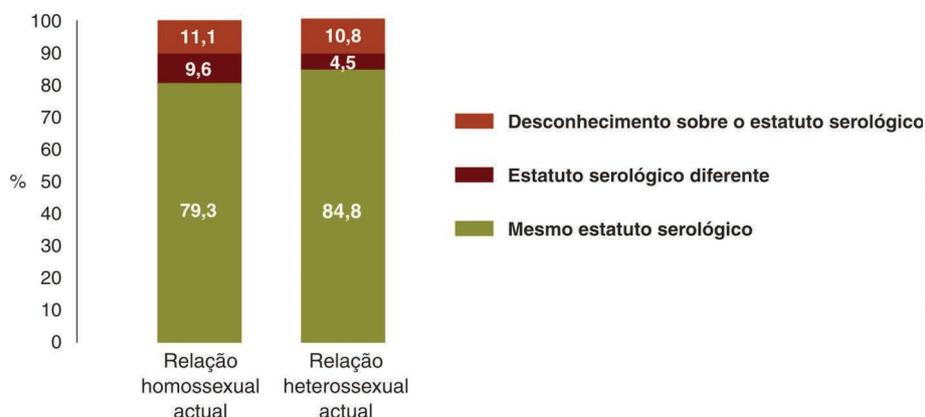
De entre aqueles que referiram ter uma relação estável com uma mulher, 41,4% estava nessa relação há mais de 10 anos. Apenas 138 (36,9%) dos que disseram estar numa relação estável com uma mulher referiram não ter tido sexo nos últimos 12 meses com um parceiro ocasional homem.

Tabela 32. Distribuição dos inquiridos de acordo com existência de relação estável no momento atual

	n (%)
Não tem nenhuma relação estável	2922 (56,4)
Relação estável com um ou mais homens	1873 (36,2)
Relação estável com uma ou mais mulheres	337 (6,5)
Relação estável com um ou mais homens e uma ou mais mulheres	45 (0,9)
Total	5177 (100,0)
Sem resposta	10

Dos HSH que referiram estar numa relação estável com um homem e simultaneamente responderam à questão sobre o estatuto serológico do parceiro (n=1907), 183 (9,6%) tinham estatuto serológico discordante, e 211 (11,1%) desconheciam se tinham o mesmo estatuto serológico do parceiro. Daqueles que tinham, no momento, uma relação estável com uma mulher e responderam à pergunta acerca do estatuto serológico da mesma (n=381), a percentagem de parceiras serodiscordantes foi de 4,5 (figura 14).

Figura 14. Estatuto serológico de ambos os membros da relação estável actual



No total, 64,4% dos respondentes disseram ter tido sexo com pelo menos um parceiro estável nos últimos doze meses (tabela 33), com 70,3% a referir apenas um parceiro durante esse período (tabela 34).

O questionário EMIS utilizou o termo ‘parceiros ocasionais’ para fazer referência a homens com quem o participante tivesse tido sexo só uma vez, e homens com quem os respondentes tivessem tido sexo mais do que uma vez mas que não considerassem parceiros estáveis (incluindo “engates” de uma noite, parceiros anónimos e ocasionais, parceiros sexuais habituais). Dos HSH que responderam à questão (n= 4773), 73,7% afirmou ter tido sexo com parceiro ocasional no último ano, com 42,5% destes a reportar seis ou mais parceiros ocasionais nesse período (tabela 34).

Tabela 33. Distribuição dos inquiridos por história de relação sexual nos últimos 12 meses com parceiro estável e/ou parceiro ocasional*

	Com Parceiro estável n (%)	Com Parceiro ocasional n (%)
Teve relação sexual nos últimos 12 meses	3099 (64,4)	3518 (73,7)
Não teve relação sexual nos últimos 12 meses	1711 (35,6)	1255 (26,3)
Total	4810 (100,0)	4773 (100,0)
Sem resposta	223	260

*Foram excluídos os respondentes que disseram nunca ter tido sexo com homens (n=154)

Tabela 34. Distribuição dos inquiridos por número de parceiros estáveis e/ou ocasionais nos últimos 12 meses

	Parceiro estável n=3099 n (%)	Parceiro ocasional n=3518 n (%)
1 parceiro	2170 (70,3)	463 (13,2)
2 a 5 parceiros	820 (26,5)	1550 (44,3)
6 ou mais parceiros	96 (3,1)	1485 (42,5)
Total	3086 (100,0)	3498 (100,0)
Sem resposta	13	20

Os HSH na faixa etária a partir dos 40 anos foram aqueles que mais frequentemente reportaram terem tido um maior número de parceiros sexuais no ano precedente ao questionário. Assim 28,4% dos HSH mais velhos reportaram ter tido mais de 10 parceiros quando comparados com os HSH na faixa dos 25-39 anos (22,0%) e com os participantes na faixa etária abaixo dos 25 anos (11,4%) sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Dos HSH que disseram ter um ou mais parceiros estáveis nos últimos 12 meses, 6,1% (n=187) não teve sexo anal, 762 (24,9%) usaram preservativo de forma consistente e 2108 (69%) fizeram-no de forma desprotegida pelo menos uma vez (dados não apresentados em tabela).

Dos que tiveram sexo com pelo menos um parceiro ocasional nos últimos 12 meses, 10,8% (n=372) não teve relações sexuais anais, 52% (n=1791) teve penetração anal protegida (PAP) e 37,2% (n=1278) penetração anal não protegida (PANP) (dados não apresentados em tabela).

A análise dos comportamentos sexuais tendo em conta o estatuto serológico dos parceiros, mostrou que 30,1% teve PANP com parceiro de estatuto serológico dis-

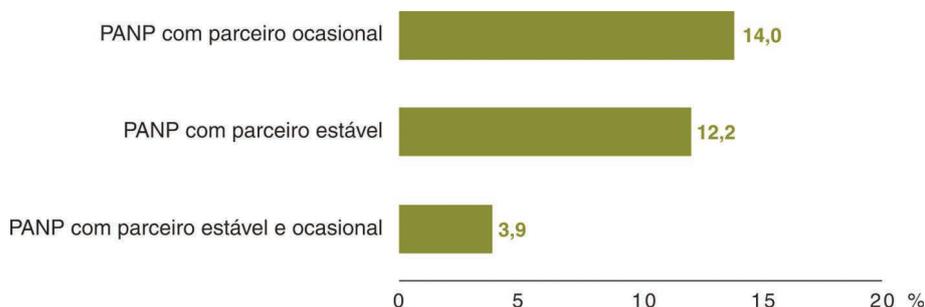
cordante ou desconhecido nos últimos doze meses (figura 15). Ao fazer-se a estratificação por tipo de parceiro, 16% reportou PANP com parceiro estável e 17,8% com parceiro ocasional (figura 16).

Figura 15. Distribuição dos inquiridos por prática de Penetração Anal Não Protegida (PANP) com qualquer parceiro masculino de estatuto serológico discordante ou desconhecido nos últimos 12 meses. (n=4849)



*Os respondentes que disseram não ter tido sexo com homens nos últimos 12 meses foram excluídos desta análise.

Figura 16. Distribuição dos inquiridos por prática de Penetração Anal Não Protegida (PANP) com parceiro masculino estável, ocasional e estável e ocasional, de estatuto serológico discordante ou desconhecido nos últimos 12 meses



Com o último parceiro estável, cerca de 60% tiveram PANP em comparação com 23,4% que teve PANP com parceiro ocasional. (tabela 35)

Tabela 35. Distribuição dos inquiridos por Penetração Anal Não Protegida (PANP) com o último parceiro homem – estável e ocasional – entre aqueles que tiveram sexo anal nos últimos 12 meses

	Parceiro estável n (%)	Parceiro ocasional n (%)
Sim	1712 (60,3)	536 (23,4)
Não	1127 (39,7)	1759 (76,6)
Total	2839 (100,0)	2295 (100,0)
Não resposta prévia/Não resposta/ Não se recorda	61	122

Dos que reportaram PANP na última relação com parceiro estável e simultaneamente responderam à questão acerca do estatuto serológico do parceiro (n=1710), 17,7% referiu desconhecer qual a serologia do parceiro.

No que concerne a práticas sexuais com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses, o sexo oral foi apontado como a prática mais frequente (mais de 95% dos inquiridos), tendo 82,3% referido prática anal insertiva e 78,8% a receptiva. A prática de *fisting* foi menos comum, tendo no entanto sido referida por 26,9% (n=930) que declararam tê-la feito ao parceiro e por 21,2% (n=741) que a receberam.

• Último parceiro ocasional

Daqueles que afirmaram ter tido sexo com parceiro ocasional nos últimos 12 meses (n= 3518), mais de metade (n=1976), disse ter conhecido o último numa página *web* para HSH (tabela 36), sendo que 23% dos respondentes referiu já ter tido contacto sexual com esse parceiro. Desse último encontro, 1177 (33,5%) disseram não ter tido sexo anal; dos que tiveram (n= 2295), 76,7% (n=1759) referiu PAP e 23,4% (n=536) PANP.

Tabela 36. Distribuição dos inquiridos por local onde conheceram o último parceiro ocasional, pela primeira vez

	n=3518 (%)
Locais de socialização/recreativos*	322 (9,2)
Locais de sexo**	743 (21,2)
Páginas <i>web</i> para HSH	1976 (56,3)
Outro local	470 (13,4)
Total	3511 (100,0)
Sem resposta prévia/Sem resposta	7

*Inclui colectivo *gay*, organização *gay*, grupo social *gay*, cafetaria *gay*, bar *gay*, disco *gay* ou clube nocturno *gay*.

** Inclui Quarto escuro de um bar, clube de sexo *gay*, festa aberta de sexo *gay*, festa de sexo *gay* numa casa privada, sauna *gay*, cinema porno, lugar de cruising.

À pergunta sobre o que tinham revelado ao parceiro, antes ou durante a PANP, relativamente ao seu estatuto serológico, 22 (4,4%) responderam ter dito que era desconhecido, 163 (32,4%) disseram ser VIH negativo, e 4 (0,8%) revelaram a sua seropositividade. A maior parte (62,4%) não fez qualquer referência ao seu estatuto serológico.

As estratégias para moderar o risco de transmissão sexual (estratégias de “seroposicionamento” em que os indivíduos decidem sobre a utilização de preservativo mediante o conhecimento - real ou presumido - do estatuto serológico do parceiro) estão apresentadas na tabela 37, com 9% dos inquiridos a ter tido PANP com o último parceiro ocasional sem qualquer estratégia de redução de risco de infeção sexual.

Tabela 37. Distribuição dos inquiridos segundo estratégias de “seroposicionamento” com o último parceiro ocasional

	n (%)
Sem sexo anal	1177 (33,9)
PAP	1759 (50,7)
PANP com estatuto serológico VIH positivo concordante	3 (0,1)
PANP com parceiro com presumivelmente o mesmo estatuto serológico	221 (6,4)
PANP com parceiro com estatuto serológico desconhecido	312 (8,9)
Total	3472 (100,0)
Sem resposta prévia/Sem resposta	46

*Foram excluídos os HSH que não tiveram sexo com homens nos últimos 12 meses e os que não tiveram parceiro ocasional no mesmo período.

• Sexo Transacional

Do total de HSH, 6,8% disseram ter pago a um homem para ter sexo no último ano e 4% referiram ter sido pagos.

Tabela 38. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo pago nos últimos doze meses, no país de residência

Pagar para ter sexo		n=4849 (%)
Sim	326 (6,8)	
Não	4460 (93,2)	
Total	4786 (100,0)	
Sem resposta	63	
Ter sido pago para ter sexo		n=4849 (%)
Sim	192 (4,0)	
Não	4596 (96,0)	
Total	4788 (100,0)	
Sem resposta	61	

*Os inquiridos que anteriormente tinham referido não ter tido sexo nos últimos 12 meses, não foram incluídos nesta análise

Quando comparados com os participantes nascidos em Portugal, os HSH migrantes disseram mais frequentemente ter pago por sexo nos últimos 12 meses (8,2% vs 6,4% $p=0,056$). Também aqueles que no momento do questionário estavam numa relação com uma mulher foram os que mais afirmaram ter pago para ter sexo com outro homem (13,4% vs 6,4% $p<0,001$).

Dos que foram pagos para ter sexo, quase metade (48%) fê-lo apenas uma ou duas vezes nos últimos 12 meses, com apenas 9% a reportar terem sido pagos mais do que 50 vezes. Apesar do número de vezes em que os HSH receberam dinheiro para ter sexo ter sido maior nos desempregados do que nos empregados, a situação perante o trabalho não se associou a diferenças estatisticamente significativas. Os migrantes foram numa frequência significativamente superior pagos para ter sexo (7,0% vs 3,3% $p<0,001$).

Nos últimos doze meses, reportaram mais frequentemente ter tido um número de parceiros ocasionais superior a 50, HSH que referiram ter sido pagos para ter sexo do que aqueles que não foram pagos para ter sexo (11,6% vs 2,6% $p<0,001$).

Dos participantes que afirmaram ter sido pagos para ter sexo, 8,1% referiram nessas ocasiões ter tido PANP com homens de estatuto serológico discordante ou desconhecido.

• Sexo com homens fora do país de residência

No total, 2374 (47,8%) dos HSH disseram já ter tido relações sexuais fora de Portugal com homens não residentes em Portugal e 21,9% fê-lo nos últimos 12 meses.

Tabela 39. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo fora do país de residência, com homens que também não residiam em Portugal

	n (%)
Sim, nos últimos 12 meses	1086 (21,9)
Sim, há mais de 12 meses	1288 (25,9)
Não	2595 (52,2)
Total	4969 (100,0)
Sem resposta	64

*Os inquiridos que anteriormente tinham referido nunca ter tido sexo com homens não foram incluídos nesta análise (n=154)

Desses, verificou-se que mais de 25% (n= 302) conheceram o parceiro através de sites para homossexuais/bissexuais, seguindo-se as discotecas *gay* (19,4%). Os locais de *cruising* foram referenciados por cerca de 8% dos participantes. Espanha foi o país onde os participantes mais frequentemente afirmaram ter tido sexo fora de Portugal nos últimos 12 meses (41%).

Homens mais velhos e mais educados mais frequentemente declararam práticas de sexo fora do país de residência: (64,5% - mais de 40 anos vs 51,7% - 25 aos 39 anos vs 22,8% - menos de 25 anos $p<0,001$; 51,8% - escolaridade superior vs 40,2% - escolaridade média vs 35,7% - escolaridade baixa $p<0,001$).

Os participantes a viver com a infeção pelo VIH reportaram também mais frequentemente ter tido sexo fora do país de residência com outro homem que também não residia em Portugal quando comparados com participantes VIH negativo ou que nunca tinham sido testados (75,3% vs 43,9% $p <0,001$).

Nessa ocasião, cerca de 5% referiu ter pago para ter sexo e 2,6% disse ter sido pago para ter relações sexuais.

Do total de HSH que tiveram sexo fora do país de residência no último ano e responderam à questão sobre sexo pago em Portugal (n=1079), 12,4% reportou ter pago para ter sexo em Portugal no ano precedente.

Dos que reportaram práticas sexuais, 32,9% disseram ter praticado sexo anal, com 114 (16,2%) a ter PANP nessa ocasião (tabela 40).

Tabela 40. Distribuição dos inquiridos por prática de sexo anal fora do país de residência nos últimos 12 meses, com homens que também não residiam em Portugal

Sexo anal		n=1086 (%)
Sim		705 (32,9)
Não		357 (65,0)
Não me lembro		23 (2,1)
Total		1085 (100,0)
Sem resposta		1

Sexo anal sem preservativo		n=705 (%)
Sim		114 (16,2)
Não		584 (83,2)
Não me lembro		4 (0,6)
Total		702 (100,0)
Sem resposta		3

• Sexo com mulheres

Dos participantes que responderam à questão “quando foi a última vez que tiveste algum tipo de sexo com uma mulher?”, 2245 (43,8%) disseram nunca tê-lo feito. Dos que tiveram sexo anal ou vaginal com uma mulher nos últimos 12 meses (tabela 42), 42,6% usaram preservativo sempre.

Tabela 41. Distribuição dos inquiridos no que respeita à última vez que tiveram relações sexuais com mulheres

	n (%)
Nunca	2245 (43,8)
Há mais de 12 meses	2092 (40,8)
Nos últimos 12 meses	791 (15,4)
Total	5128 (100,0)
Sem resposta	59

Tabela 42. Uso de preservativo nos últimos 12 meses aquando da relação anal ou vaginal com mulher

	n=719 (%)
Sempre	301 (42,6)
Não sempre	405 (57,4)
Total	706 (100,0)
Sem resposta	13

*Foram excluídos os HSH que não tiveram sexo anal ou vaginal nos últimos 12 meses (n=72)

• Acesso e uso de preservativos

No que respeita ao acesso a preservativos, 16% dos inquiridos referiu ter tido PANP

no último ano por não ter preservativos disponíveis.

Tabela 43. Distribuição dos inquiridos segundo o acesso a preservativos

Última vez que precisou de um preservativo mas não tinha		n (%)
Nunca ou há mais de um ano	3666	(72,0)
No último ano	1429	(28,0)
Total	5095	(100,0)
Sem resposta	92	

Última vez que teve sexo anal sem proteção unicamente porque não tinha um preservativo		n (%)
Nunca ou há mais de um ano	4300	(83,9)
No último ano	827	(16,1)
Total	5127	(100,0)
Sem resposta	60	

Usar saliva como lubrificante (61,4%) e não usar lubrificante (47,9%) foram os comportamentos mais reportados pelos participantes quando inquiridos acerca de práticas de uso incorreto de preservativo (tabela 44). No total, apenas 14,4% dos inquiridos usou sempre o preservativo de forma correta durante a penetração anal, no período dos últimos doze meses.

Tabela 44. Distribuição dos inquiridos por uso incorreto de preservativo durante penetração anal nos últimos 12 meses

	Fez isto enquanto utilizava preservativo	n (%)	Total n (%)	Não aplicável/ Sem resposta
Não utilizar lubrificante	1509	(47,9)	3152(100,0)	2035
Utilizar saliva como lubrificante	1942	(61,4)	3162(100,0)	2025
Pôr lubrificante dentro do preservativo antes de utilizá-lo	218	(7,0)	3127(100,0)	2060
Não utilizar muito lubrificante na parte de fora do preservativo	1051	(33,8)	3114(100,0)	2073
Utilizar um preservativo que é grande ou pequeno demais para o meu pénis	449	(14,4)	3113(100,0)	2074
Ter penetração durante aproximadamente meia hora sem trocar o preservativo	802	(25,7)	3119(100,0)	2068
Utilizar um lubrificante à base de óleo (óleo de bebé, leite ou creme hidratante) com preservativos de látex (borracha)	594	(19,1)	3115(100,0)	2072

Cerca de 17% dos inquiridos reportou que no último ano o preservativo terá rompido ou escorregado durante penetração anal.

Figura 17. Distribuição dos inquiridos por experiência do preservativo ter rompido ou escorregado durante penetração anal



3.4.1. Profilaxia Pós Exposição

Para além de conhecimentos sobre VIH e outras ISTs, os HSH foram igualmente inquiridos sobre Profilaxia Pós Exposição (PPE). No total, 35% sabiam qual o objetivo da profilaxia, com 23% a referirem conhecimentos sobre a duração do tratamento e um terço a dizer saber quando deveria ser iniciada este recurso. Refira-se, no entanto, que mais de 60% dos respondentes não tinha a certeza ou mostrou desconhecimento face às três afirmações dadas (tabela 45).

Tabela 45. Distribuição dos inquiridos segundo conhecimentos sobre PPE

	Já sabiam n (%)	Não tinham a certeza/ Ainda não sabiam / Não percebiam n (%)	Não acreditavam nas afirmações n (%)	Total n (%)	Sem resposta
A PPE tem como objetivo interromper a infeção pelo VIH que tem lugar depois de uma pessoa ter sido exposta ao vírus	1822 (35,7)	3246 (63,6)	32 (0,6)	5100 (100,0)	97
A PPE é um tratamento que dura um mês com medicação anti-VIH	1174 (23,0)	3892 (76,4)	31 (0,6)	5097 (100,0)	90
A PPE deve começar o mais cedo possível depois da exposição, de preferência nas primeiras horas	1712 (33,7)	3346 (65,9)	25 (0,5)	5083 (100,0)	104

No total, 1,6% dos participantes reportou ter realizado PPE alguma vez na sua vida, sendo semelhante a frequência em migrantes e participantes de origem portuguesa (1,9% vs 1,5%). Dos infetados com o VIH, 5 (1,3%) referiram ter realizado PPE antes de terem sido diagnosticados. Através da tabela 46 é possível observar que apesar de 31,4% dos homens ter referido confiança em obter a PPE caso necessitasse, mais de 68,5% demonstrou pouca/nenhuma segurança ou desconhecimento face a essa questão.

Tabela 46. Distribuição dos inquiridos por tratamento com PPE

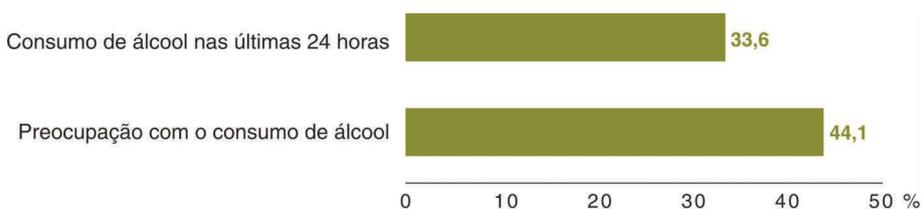
Historial de tratamento com PPE		n (%)
Não		4974 (98,4)
Sim		80 (1,6)
Total		5054 (100,0)
Sem resposta		133
Perceção de acesso a PPE caso necessário *		n=4782 (%)
Muito seguro / Bastante seguro em ter acesso		1469 (31,4)
Pouco seguro / Nada seguro em ter acesso		1327 (28,3)
Não sabia		1887 (40,3)
Total		4683 (100,0)
Sem resposta		99

*Foram excluídos os respondentes que afirmaram viver com a infeção pelo VIH

3.5. USO DE SUBSTÂNCIAS

À pergunta “Quando foi a última vez que consumiste álcool?”, cerca de um terço dos participantes disse ter consumido álcool nas últimas 24 horas. Há que interpretar estes dados com precaução, uma vez que não foram feitas questões adicionais sobre que tipo de bebidas alcoólicas tinham sido consumidas, em que ocasião e em que quantidades. No entanto, quase metade dos inquiridos (44,1%) mostrou preocupação com a quantidade de álcool que consumia, o que pode ser um indicador indireto do tipo de consumo.

Figura 18. Distribuição dos inquiridos por consumo diário de álcool e preocupação com consumo de álcool



Quando questionados sobre terem alguma vez utilizado alguma droga ilícita ou recreativa, mais de um terço dos HSH referiu que sim (n=1802).

Do total da amostra, 240 (4,7%) inquiridos referiu ter injetado drogas recreativas ou esteróides anabolizantes alguma vez na vida. Nesses, a prevalência de VIH foi de 16,8% (n=40). Os migrantes reportaram mais frequentemente terem alguma vez injetado algum tipo de drogas recreativas ou esteróides do que os HSH que nasceram em Portugal (7,6% vs 3,9% p<0,001), assim como os participantes a viver com a infeção pelo VIH quando comparados com os outros HSH (10,0% vs 4,2% p<0,001). A prevalência de injeção de testosterona no último ano foi de 1,2% e a prevalência de injeção de outras drogas foi ligeiramente superior, com o comportamento a ser reportado por 1,3% da totalidade dos HSH.

Tabela 47. Distribuição dos inquiridos por comportamentos de injeção nos últimos 12 meses

Injeção de esteróides anabolizantes (testosterona)		n (%)
Antes/ Nunca		5052 (98,8)
Sim, nos últimos 12 meses		59 (1,2)
Total		5111 (100)
Sem resposta		76
Injeção de alguma outra droga que não fosse esteróides anabolizantes ou medicamentos		n (%)
Antes/ Nunca		5026 (98,7)
Sim, nos últimos 12 meses		68 (1,3)
Total		5094 (100)
Sem resposta		93

Na tabela seguinte é possível observar as prevalências de consumo de poppers, medicamentos como Viagra e benzodiazepinas, com estas a atingir quase 12% do total da amostra.

Tabela 48. Distribuição dos inquiridos por consumo de poppers (nitrito de amilo), medicamentos com indicação na disfunção eréctil e benzodiazepinas (sedativos ou tranquilizantes) nas últimas quatro semanas

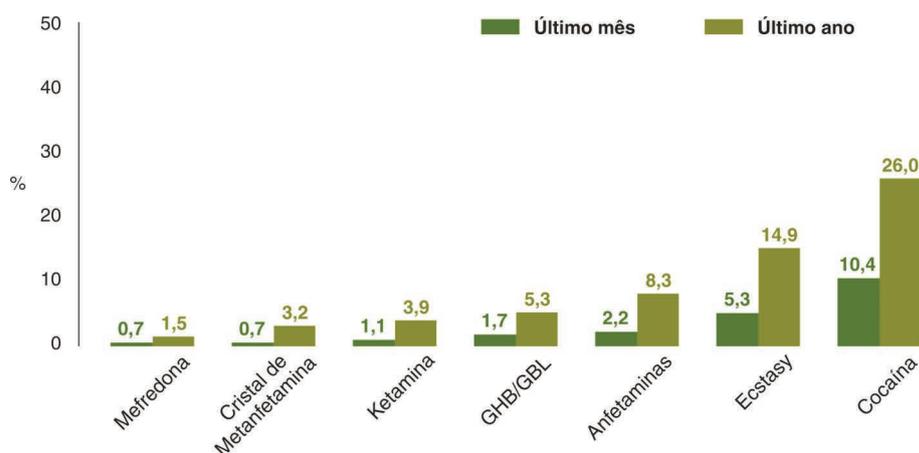
Consumo de poppers		n (%)
Sim		486 (9,5)
Antes/Nunca		4609 (90,5)
Total		5095 (100)
Sem resposta		92
Consumo de medicamentos com indicação na disfunção eréctil		n (%)
Sim		194 (3,8)
Antes/ Nunca		4907 (96,2)
Total		5101 (100)
Sem resposta		86
Consumo de benzodiazepinas		n (%)
Sim		607 (11,9)
Antes/Nunca		4494 (88,1)
Total		5101 (100)
Sem resposta		86

Dos HSH que responderam à questão sobre consumo de cannabis (n=1800), 652 participantes (36,2%) disseram ter consumido nas últimas quatro semanas, e 1123 (62,4%) no último ano; o uso de heroína no ano anterior foi reportado por 28 (1,6%) dos inquiridos (dados não apresentados em tabela).

Quanto ao consumo de “party drugs”, ou seja, drogas usadas tipicamente em con-

textos recreativos, a prevalência de consumo no mês anterior ao questionário foi de 10,9%. A cocaína foi a droga mais frequentemente reportada, seguida de ecstasy (figura 19).

Figura 19. Distribuição dos inquiridos por utilização de “party drugs” no último mês e no último ano (n=1802)



Apesar de não ser perguntado diretamente se as drogas eram usadas durante ou imediatamente antes de práticas sexuais, os respondentes que consumiram “party drugs” nas últimas 4 semanas, reportaram mais PANP nesse período temporal, do que aqueles que não consumiram nenhuma substância incluída no leque de “party drugs” (52% vs 35,2%, $p < 0,001$).

3.6. EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA

A violência e experiências de abuso sofridas por HSH, foram avaliadas através de três questões:

- Quando foi a última vez que foste olhado fixamente ou te sentiste intimidado porque alguém suspeitava que te sentes atraído por homens?
- Quando foi a última vez que te insultaram verbalmente, porque alguém sabia ou suspeitava que te sentes atraído por homens?
- Quando foi a última vez que foste esmurrado, pontapeado ou espancado porque alguém sabia ou suspeitava que te sentes atraído por homens?

Assim, ao serem inquiridos sobre exposição a situações de violência nos últimos 12 meses, verificou-se que a intimidação foi a mais prevalente com 33,6% das respostas. Uma minoria (1,3%) referiu ter sido sujeita às três formas de violência (intimidação, violência verbal e violência física).

Tabela 49. Distribuição dos inquiridos por experiência de violência nos últimos 12 meses

	n (%)
Nenhuma forma de violência no último ano	2142 (42,1)
Intimidação	1709 (33,6)
Violência verbal	182 (3,6)
Intimidação e violência verbal	971 (19,1)
Violência física	6 (0,1)
Intimidação e violência física	6 (0,1)
Violência verbal e física	2 (0,1)
Todas as três formas de violência	65 (1,3)
Total	5083 (100)
Sem resposta	104



LIMITAÇÕES DO ESTUDO

4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante ter em consideração as limitações que um estudo desta natureza comporta.

A amostra foi recolhida através da internet, o que desde logo acarreta um viés de seleção, nomeadamente ao excluir os HSH sem acesso a Internet, que terão características sociodemográficas diferentes. Desta forma, a amostra só representa os HSH com características semelhantes às do quadro amostral e portanto a generalização dos dados não pode ser feita.

Os resultados podem também ser afetados pela desajustabilidade social e pelo viés de memória, uma vez que todos os dados recolhidos foram auto-reportados.

Apesar das limitações que somos capazes de identificar, o EMIS representa o maior estudo nacional e europeu dirigido a HSH e com recolha de informação abrangente, nomeadamente sobre comportamentos sexuais e conhecimentos sobre a infeção pelo VIH e outras ISTs. É por isso um instrumento de mensuração com um valor extraordinário e que nos forneceu um início de quantificação que pode e deve ser continuado em novos inquéritos. A existência de um questionário estruturado e reprodutível permitirá a sua aplicação em diferentes momentos e os dados obtidos possibilitarão a avaliação temporal dos comportamentos e conhecimentos inquiridos.



CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

A participação no estudo EMIS permitiu recolher, em Portugal, informação descrevendo 5187 homens que se identificaram como HSH. Lisboa, Porto e Setúbal, que representam 3 dos distritos com maior densidade populacional no país foram também aqueles com maior participação. Apesar da maioria dos participantes ter nacionalidade portuguesa, cerca de 18% dos indivíduos nasceram fora de Portugal, com predominância de participantes do Brasil e de outros países europeus, sendo que 70% residiam em Portugal há pelo menos 5 anos. A amostra tem predominantemente adultos jovens, com idade média de 32,3 anos e a maioria reportou níveis de educação médios/altos, como seria de esperar numa amostra recrutada através da internet.

Do total, 62% afirmaram que a maioria das pessoas das suas redes sociais não conheciam a sua orientação sexual (“viviam dentro do armário”); 16% reportaram viver com um parceiro masculino. Cerca de 4 em cada 10 participantes afirmaram estar numa relação estável com um homem no momento do questionário e mais de metade do total da amostra referiu ter tido sexo com parceiros ocasionais no último ano (n= 3518) com 42,5% a reportar seis ou mais parceiros ocasionais nesse período. Além disso, em relações ocasionais e pelo menos uma vez no último ano, 37,2% não usou preservativo. Quando questionados especificamente sobre a relação anal com o último parceiro ocasional, 23,4% referiram não ter usado preservativo.

Os resultados revelam que a adesão ao uso consistente do preservativo, em situações de particular risco de transmissão de ISTs, fica aquém do que seria desejável. Mesmo no contexto de relação estável, 16% referiram penetração anal não protegida nos últimos doze meses com parceiro cujo estado serológico era discordante ou desconhecido. No que diz respeito à frequência de “locais de sexo” - quarto escuro de um bar, clube de sexo *gay*, festa aberta de sexo *gay*, festa de sexo *gay* numa casa privada, sauna *gay*, cinema porno, lugares de cruising como praias, casas de banho públicas, etc, 30,5% (n=1575) disse tê-los frequentado nas últimas quatro semanas e destes, cerca de 82% (n=1293) disseram ter frequentado especificamente, e nesse período, lugares de engate onde

homens se encontram para ter sexo. Cerca de 22% disseram ter tido, no ano anterior, sexo com outros homens num país que não Portugal, com homens que também não residiam em Portugal. Dos 705 participantes que tiveram sexo anal, 16,2% não usaram preservativo.

Globalmente, entre os inquiridos que reportaram uso de preservativos nos últimos 12 meses, 85,6% admite não o ter utilizado de forma correta.

Estes dados em conjunto revelam a existência de comportamentos que aumentam o risco de transmissão de ISTs e caracterizam os contextos em que esses comportamentos ocorrem, permitindo uma melhor definição das estratégias de prevenção que poderão ter um maior impacto.

Cerca de 1 em cada 5 dos participantes desconhecia o seu estatuto serológico para a infeção pelo VIH, o que aponta para uma necessidade de aumento do uptake do teste nesta população. Entre aqueles que referiram já ter recebido pelo menos um resultado, 65,3% realizaram o teste nos últimos 12 meses. Dos 1421 participantes que nunca realizaram o teste para o VIH, 81% afirmaram ter a certeza ou certeza absoluta do acesso ao teste, o que sugere que a acessibilidade não constitui uma barreira importante ao teste. É fundamental compreender quais os motivos que contribuem para a não realização do teste, por forma a reduzir de forma significativa o número de HSH que nunca foram testados para a infeção pelo VIH.

A maioria dos que realizaram um teste ficou satisfeita com a forma como os profissionais mantiveram a confidencialidade e o respeito, mas 37,5% dos que tiveram um resultado negativo e 10,4% dos que tiveram um resultado para o VIH positivo afirmaram não ter recebido qualquer aconselhamento, revelando ter-se perdido uma oportunidade para melhorar a qualidade/quantidade de informação transmitida no contexto de teste.

Nesta amostra, a prevalência auto-reportada de infeção pelo VIH entre aqueles que alguma fizeram o teste foi de 10,9% e aproximadamente metade tinham tido o diagnóstico há cinco anos ou menos. A maioria

dos diagnósticos foi efectuada após consulta no centro de saúde (30,6%) ou numa clínica privada (20,2%). Os serviços de rastreio dedicados (por exemplo Centros de Aconselhamento e Diagnóstico - CAD) foram o local de diagnóstico referido por um em cada sete dos inquiridos com infeção (13,8%) e 17 (4,2%) souberam da sua infeção num banco de sangue, no contexto de dádiva.

Cerca de 45% dos infetados referiram conhecer a contagem de células CD4 no momento do diagnóstico (n=186) sendo que 69 (37,1%) reportaram menos de 350 células/ml, refletindo um diagnóstico tardio. De todos os indivíduos com VIH, cerca de 1 em cada 4 admitiu nunca ter iniciado tratamento antirretrovírico e destes, 88% referiu como motivo não ter tido indicação médica. O receio de efeitos secundários, o medo da discriminação, o não considerar necessário e a associação da toma de medicação ao estado de infeção foram outros motivos apontados.

Quanto ao seguimento da doença, 98% disse ter tido pelo menos uma consulta médica no último ano, o que demonstra uma elevada referenciação aos cuidados de saúde. Mais de 60% dos que faziam TARV reportaram carga vírica indetetável no sangue, aquando da determinação mais recente. A impossibilidade de definir com mais detalhe há quanto tempo haviam iniciado TARV e qual o momento exato da quantificação da carga vírica impede uma melhor interpretação desta informação, nomeadamente a inferência sobre a adesão terapêutica. De qualquer forma, chama a atenção para o facto de que estar sob TARV não significa necessariamente manter carga vírica indetetável.

Apenas 1,6% reportou já ter realizado PPE alguma vez na sua vida e só um terço dos participantes referiram confiança em ter acesso a esta intervenção, depois de uma exposição de risco.

Apenas 42,3% dos inquiridos referiram ter realizado alguma vez testes para outras ISTs que não o VIH. Dos participantes que afirmaram ter realizado pelo menos um rastreio de ISTs, 61,1% fizeram-no nos últimos doze meses. A gonorreia foi a IST mais prevalente ao longo da vida (13,5%), seguida da sífilis (9,2%) e das verrugas anais ou genitais (7,8%).

O exame objectivo do pénis ou do ânus foi apenas referido por 32,5% e 16,9% respectivamente e a co-

lheita de produtos por zaragatoa no ânus aconteceu somente em 9,5% dos que reportaram ter realizado testes nos últimos 12 meses, pelo que é provável que algumas infecções estejam a ser subdiagnosticadas.

Cerca de 30% referiram não estar vacinados ou apenas parcialmente contra o vírus da hepatite B, tornando aparente uma oportunidade para aumentar a cobertura vacinal contra a hepatite B nesta população.

Em relação à hepatite C, 1,7% (n=90) dos participantes revelou ter serologia positiva, sendo que apenas 21 indivíduos referiram ter utilizado em algum momento, drogas injetáveis (incluindo esteróides anabolizantes).

Do total da amostra mais de um terço admitiu ter utilizado alguma droga recreativa ao longo da sua vida: nos últimos 12 meses, a droga mais usada foi a cannabis (62,4%), seguida da cocaína (26%). Apesar de não ser perguntado diretamente se o uso de drogas era feito durante ou imediatamente antes de práticas sexuais, os dados mostram que os respondedores que consumiram "party drugs" nas últimas 4 semanas, reportaram mais PANP no mesmo período temporal, do que aqueles que não consumiram nenhuma substância incluída no leque de "party drugs" (52% vs 35,2%, $p<0,001$), alertando para a necessidade de que o consumo destas substâncias deve também ser considerado como alvo de intervenção no âmbito de uma estratégia global de prevenção e promoção de saúde.



BIBLIOGRAFIA

6. BIBLIOGRAFIA

1. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Control and Prevention; 2013.
2. Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012. Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas ; colab. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP); 2013.
3. Marcus U, Schmidt AJ, Hamouda O, Bochow M: Estimating the regional distribution of men who have sex with men (MSM) based on Internet surveys. *BMC public health*. 2009;9:180.
4. Marcus U, Schmidt AJ, Kollan C, Hamouda O: The denominator problem: estimating MSM-specific incidence of sexually transmitted infections and prevalence of HIV using population sizes of MSM derived from Internet surveys. *BMC public health*. 2009;9:181.
5. Ross MW, Tikkanen R, Mansson SA: Differences between Internet samples and conventional samples of men who have sex with men: implications for research and HIV interventions. *Social science & medicine* (1982). 2000;51:749-758.
6. Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G: *Web-based behavioral surveillance among men who have sex with men: a comparison of online and offline samples in London, UK*. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999). 2004;35:421-426.
7. Whittier DK, Lawrence JS, Seeley S: Sexual risk behavior of men who have sex with men: comparison of behavior at home and at a *gay* resort. *Archives of sexual behavior*. 2005;34:95-102.
8. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde: Vacina contra a hepatite B: actualização da vacinação gratuita de grupos de risco. Circular Normativa nº 15/ DT. Lisboa, Portugal; 2001.

