



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva



Mestrado em Saúde Pública

**Entendendo quem entende:
comportamentos, atitudes e práticas de
risco e de prevenção para aids entre
homens que fazem sexo com homens**

Nadjanara Alves Vieira

Recife, 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NADJANARA ALVES VIEIRA

**ENTENDENDO QUEM ENTENDE: COMPORTAMENTOS, ATITUDES E
PRÁTICAS DE RISCO E DE PREVENÇÃO PARA AIDS ENTRE HOMENS QUE
FAZEM SEXO COM HOMENS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Lato Senso do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dr^a Ana Maria de Brito

**RECIFE
2006**

NADJANARA ALVES VIEIRA

ENTENDENDO QUEM ENTENDE: COMPORTAMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE RISCO E DE PREVENÇÃO PARA AIDS ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Lato Senso do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Ana Maria de Brito
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ

Prof. Dr. Wayner Vieira de Souza
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- FIOCRUZ

Prof. Dr. Luis Felipe Rios
Universidade Federal de Pernambuco – Pós-Graduação em Psicologia

À minha família, meu porto seguro;

**Aos meus amigos e amigas que celebram
comigo essa conquista;**

**A todos aqueles que acreditam e lutam por
uma sociedade livre de preconceitos.**

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Ana Brito, por ter despertado minha atenção para a linha de pesquisa que desenvolvi, fazendo-me ousar. Pelo desafio enfrentado, pela paciência sem limites, por ter me dado forças nos momentos de desânimo e insegurança. Agradeço a generosidade intelectual e afetiva, sem dúvida uma pessoa de grande referência no meu processo de formação acadêmica;

Aos pesquisadores Kirte Teixeira, Ana Oliveira, Thiago Rocha, Luís C. Luz e Bartira Leite pelo tamanho interesse, responsabilidade e dedicação ao trabalho de campo;

Aos Programas Estadual e Municipal de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Pernambuco e Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, respectivamente, e a Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), instituições que tornaram possível a realização desse trabalho, pelo apoio e concessão financeira;

A Acioli Neto, Coordenador do Programa Municipal de DST/Aids do Recife, pelas valiosas contribuições e sugestões;

Ao Instituto Papai por ter me liberado da jornada de trabalho e pelo apoio logístico em vários momentos da realização do estudo; e a toda equipe do Instituto, a cada um de maneira especial, pelo apoio, pelo aprendizado cotidiano e pela torcida em todos os momentos;

Aos pesquisadores do Laboratório de Métodos Quantitativos em Saúde - NESC/CPqAM, Carlos Luna e Ulisses Montarroyos, agradeço pela paciência com minhas dúvidas banais sobre estatística e pela ajuda em tantos momentos;

Aos estagiários Laboratório de Métodos Quantitativos em Saúde - NESC/CPqAM, Syntia, Vanessa e Alessandro, pela ajuda na construção da base de dados, digitação dos questionários e tabulação dos dados, com os quais aprendi bastante;

A Jorge Lyra, pelos sonhos, conquistas e por preencher parcela importante na minha formação profissional;

A Benedito Medrado, meu carinhoso agradecimento pela leitura, contribuições e pela sua genialidade;

A Sirley e Ana Luiza, pela dedicação profissional, pela compreensão da minha ausência, por terem assumido responsabilidades que a mim cabiam, pessoas tão especiais e a quem tenho imensa gratidão;

Aos meus pais, Luis e Nilza, sinônimo de humildade e força, por me ensinarem tanto sobre a vida, por saberem amar e me ensinarem amar;

Aos meus irmãos e irmãs, Neto, Cilene, Leidinha, Van e Vânia, pelos laços de amor e solidariedade sem limites, pelos exemplos que são em minha vida; e aos meus cunhados e cunhadas, Pedro, Plínio, Antônia e Carmina, por ampliarem os laços de família;

A Daniel, Felipe, João Artur, Lis e Isa pelos sorrisos de cada um, e por me fazerem sentir a prazerosa sensação de ser tia;

A Luck, verdadeira amiga de todas as horas, por tudo... por ter segurado minha mão, me fazendo acreditar que seria possível chegar até aqui;

A Maristela, por ter despertado meu interesse pela Saúde Pública, pela amizade, pela pessoa especial e profissional admirável que é;

A minha amiga há mais de uma década, Julia, companheiras de longas de conversas, de projetos de vida e frustrações;

A Pedro Nascimento, de quem eu sinto muita falta, pelas palavras de incentivo;

A Ana Roberta, um grande presente na minha vida, pela amizade construída, a palavra “obrigada” é incapaz de significar o quanto lhe sou grata, espero no percurso da vida poder retribuir de alguma maneira sua grande ajuda na concretização desse trabalho;

Aos amigos e amigas com os quais compartilhei dores e vitórias, que acompanharam essa trajetória, que compreenderam meu distanciamento, pelo carinho e encorajamento em tantos momentos, dos quais nas vezes que escutei “quer ajuda?” me faziam sentir mais fortalecida pra enfrentar as dificuldades e seguir em frente, agradeço a cada um de vocês... Téo, Zuila, Moema, Marília, Reinaldo, Emilene, Denise, Liliana, Andreia, Simone, Gisele Gouveia;

Aos meus amigos e amigas da turma do mestrado, pelo aprendizado e angústias partilhadas;

Aos professores do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial ao Prof. Djalma Agripino;

As funcionárias da secretaria acadêmica, particularmente Nalva e Nilda, pelas orientações nas atividades acadêmico-administrativas e por serem sempre prestativas;

A Mégine, bibliotecária do CPqAM, pela contribuição na busca dos artigos científicos e pelas correções das citações bibliográficas e referências;

A todos os entrevistados que se disponibilizaram a participar da pesquisa, pela abertura, confiança, pela possibilidade de poder “entendê-los” e por terem intensificado minha vontade de lutar por uma sociedade mais justa e livre de preconceitos, sem vocês não teria sido possível, muito obrigada;

A Deus, pela sua presença tantos momentos dessa caminhada.

*Veja
Não diga que a canção está perdida
Tenha em fé em Deus, tenha fé na vida
Tente outra vez
Beba
Pois a água viva ainda está na fonte
Você tem dois pés para cruzar a ponte
Nada acabou
Tente
Levante sua mão sedenta e recomece a andar
Não pense que a cabeça agüenta se você parar
Há uma voz que canta, uma voz que dança, uma voz que gira
Bailando no ar
Queira
Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo, vai
Tente outra vez
Tente
E não diga que a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida
Tente outra vez*

Raul Seixas, 1975

RESUMO

Nas duas últimas décadas, a aids tem sido um problema de saúde crítico no universo dos homens que fazem sexo com homens (HSH). Apesar da existência de várias iniciativas e esforços nos âmbitos governamental e não-governamental para dar respostas ao avanço da epidemia nesta população específica, a ocorrência de casos novos de aids entre HSH ainda permanece estabilizada em patamares elevados. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar aspectos sobre conhecimentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para a infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife. Caracteriza-se por desenho de corte transversal e foi utilizado o método de referência em cadeia “*Respondent-Driven Sampling*” por ser uma alternativa na construção de amostras probabilísticas para populações de difícil acesso com base nos princípios de heterogeneidade ou diversidade. Os dados foram coletados através de questionário estruturado, atingiu-se um total de 277 entrevistados. Os resultados apontam que foi possível obter uma diversidade razoável em relação ao perfil sócio demográfico, dessas características, o aspecto situação de trabalho foi o que se mostrou relacionado significativamente com o envolvimento em relações sexuais desprotegidas (RSD). Os HSH que possuem dificuldades de comunicação sobre sexo com os parceiros e aqueles que têm dificuldade de negociar sexo seguro estão significativamente se envolvendo mais em RSD. Um percentual alto de HSH ainda se envolve em relações sexuais desprotegidas, apesar do bom nível de informação e da facilidade na comunicação entre os parceiros. Os resultados não permitem fazer inferências para a população mais geral de HSH, mas há fortes indicativos de comportamentos que põem em risco esse grupo para a infecção pelo HIV. Espera-se que o conjunto de informações levantadas possa subsidiar a elaboração e implementação de políticas e estratégias de prevenção mais eficazes para essa população.

Palavras-chave: aids, comportamento sexual, homossexualidade, Respondent Driven Sampling

ABSTRACT

In the last two decades, AIDS has been a critical health concern in the universe of men who have sex with men (MSM). Despite the existence of several governmental and non-governmental initiatives and efforts to address the epidemic spread among this specific population, the occurrence of new AIDS cases among MSM remains stabilized at still high rates. This study aimed to analyze aspects about knowledge, attitudes, risk and prevention behaviors for HIV infection among men who have sex with men in Recife. It was a cross-sectional survey, utilizing the Respondent-Driven Sampling chain referral method, for it appears to be an alternative in constructing probabilistic samples for hidden populations, based on the principles of heterogeneity or diversity. The data were collected through structured questionnaire, reaching 277 participants. The results revealed that it was possible to obtain a reasonable diversity concerning the social-demographic profile. The aspect of Work Situation appeared significantly related with the engagement in unprotected sexual intercourse (USI). The MSM who reported difficulties in talking about sex with partners and those who reported difficulties in negotiating safe sex were significantly more involved in USI situations. A high percentage of MSM still get engaged in USI, despite the satisfactory level of information and communication with partners. These results do not allow inferences for the general MSM population, but there are strong indications of behaviors that put this group at risk for HIV infection. It is expected that the gathered information may cooperate with the elaboration and implementation of more effective prevention policies and strategies for this population.

Key-Words: AIDS, Sexual Behavior, Homosexuality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população de HSH estudada segundo características sócio-demográficas selecionadas. Recife, 2006.	43
Tabela 2 – Distribuição da população de HSH estudada em relação à identidade e alguns aspectos de comportamento sexual. Recife, 2006.	45
Tabela 3 – Comportamento sexual: distribuição dos locais e situações em que os entrevistados referem ter encontrado parceiros sexuais nos últimos seis meses. Recife, 2006.	46
Tabela 4 – Distribuição da população de HSH estudada em relação ao tipo de parceiros sexuais nos últimos seis meses e comportamento sexual. Recife, 2006.	47
Tabela 5 – Distribuição da população de HSH estudada em relação às práticas sexuais nos últimos seis meses com ou sem o uso de preservativo. Recife, 2006.	48
Tabela 6 – Distribuição da população de HSH estudada em relação às práticas sexuais e uso de preservativos. Recife, 2006.	49
Tabela 7 – Distribuição da população de HSH que praticou sexo anal sem camisinha em relação aos motivos que influenciaram o não uso da mesma. Recife 2006.	49
Tabela 8 – Distribuição da população de HSH estudada em relação à prática do sexo anal e uso de preservativos nos últimos 12 meses. Recife, 2006.	50
Tabela 9 – Distribuição da população de HSH estudada em relação à realização de testagem para o HIV. Recife, 2006.	51
Tabela 10 – Distribuição da população de HSH estudada em relação ao uso de drogas e álcool. Recife, 2006.	52
Tabela 11 – Distribuição da população de HSH estudada em relação ao uso de álcool e efeitos causados pela bebida. Recife, 2006.	53
Tabela 12 – Distribuição da população de HSH estudada em relação aos conhecimentos sobre transmissão prevenção da infecção pelo HIV. Recife, 2006.	54
Tabela 13 – Distribuição da população de HSH estudada em relação aos conhecimentos sobre transmissão prevenção da infecção pelo HIV. Recife, 2006.	55
Tabela 14 – Associação entre variáveis sócio-demográficas e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.	57

Tabela 15 – Associação das características sobre identidade e comportamento sexual, e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.	57
Tabela 16 – Associação entre Tempo de duração da relação, tipos de parceiros sexuais e comportamento sexual nos últimos seis meses, e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.	58
Tabela 17 – Associação entre uso de drogas e álcool e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.	58
Tabela 18 – Associação entre conhecimentos e atitudes e testagem para o HIV, e o envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

IDH – Índice de desenvolvimento humano

NESC/CPqAM – Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONUSIDA – Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

RDS – Respondent Driven Sampling

RSD – Relações Sexuais Desprotegidas

RMR – Região Metropolitana do Recife

UDI – Usuário de droga injetável

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.1 Contextualizando a Epidemia da Infecção pelo HIV e da Aids: da magnitude do problema à mudança de conceitos	18
1.2 A Construção Social da Sexualidade e a Homossexualidade.....	24
1.3 Homossexualidade, Vulnerabilidade e Aids.....	27
CAPÍTULO 2 – CASUÍSTICA E MÉTODO	32
2.1 Estratégia de Investigação: o desenho de estudo	32
2.2 Variáveis do estudo.....	32
2.3 Construção de Amostra para População de Difícil Acesso: a escolha da técnica... 	36
2.4 População de Estudo: a seleção dos participantes.....	38
2.5 Da Seleção e Treinamento dos Pesquisadores à Coleta de Dados.....	39
2.6 Processamento e Análise dos Dados.....	40
2.7 Considerações Éticas	41
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS	42
3.1 Descrição e Caracterização da Amostra.....	42
3.2 Associação entre Fatores Sócio-comportamentais e Envolvimento em Relações Sexuais Desprotegidas	55
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO	60
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	74
ANEXO.....	98

INTRODUÇÃO

A pandemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e aids, desde seu surgimento, vem gerando uma complexidade de desafios não só para a área de saúde, mas também para diversos setores da sociedade. Seu enfrentamento traz à tona a necessidade de dialogar com os avanços da ciência, da tecnologia, da educação e com a necessidade de encontrar saídas urgentes para os impasses das desigualdades sociais e econômicas. Além disso, os desafios que se colocam vêm confrontando os modelos assistenciais e educativos em saúde, mostrando a necessidade de refletir sobre uma série de questões que envolvem valores, percepções, relações interpessoais e comportamentos, além da importância do envolvimento solidário e militante da sociedade civil no seu enfrentamento.

O desconhecimento sobre quais são as informações, práticas, crenças e atitudes em relação à aids e ao comportamento sexual, dos diferentes grupos sociais, também é um dos grandes obstáculos no controle da epidemia. A ausência desses dados pode dificultar a realização das ações preventivas, bem como a construção de programas e políticas para os diversos grupos sociais (PARKER, 2004).

Há urgência do surgimento de iniciativas nos mais diversos campos do conhecimento para pensar, investigar e intervir sobre os problemas suscitados pela epidemia. Nesse sentido, tornam-se fundamentais as investigações que possam contemplar o levantamento de dados sobre perfis epidemiológicos, características sócio-demográficas dos diferentes grupos populacionais afetados e os conhecimentos sobre formas de prevenção e risco capazes de investigar comportamentos e práticas de grupos específicos. Estudos também são importantes na medida em que permitem avaliar o acesso à informação e aos serviços de saúde, possibilitando o levantamento de dados que demonstrem como determinadas populações estão se relacionando com a epidemia em tela (FERNANDES, 1998).

Convive-se com a aids há mais de 20 anos; as percepções que lhe foram atribuídas durante esse tempo variaram de forma significativa, de acordo com cada novo entendimento de como a doença se alastrava. O preconceito, a falta de informação, o “não é comigo” compuseram as características mais importantes que acompanharam o surgimento dos primeiros casos de aids no Brasil e, de certa forma, se estendem até hoje, construindo um corolário de idéias e representações que foram se sobrepondo umas às outras, sem, no entanto, as mais recentes superarem as primeiras.

Os interesses de pesquisa envolvendo o tema da pandemia da infecção pelo HIV e a população de homossexuais e bissexuais masculinos, doravante denominada de homens que fazem sexo com homens (HSH), estão associados à própria compreensão de como a epidemia se desenvolveu ao longo dos anos e as respostas que lhe foram dadas.

O período compreendido entre 1981 e 1984 corresponde aos primeiros contatos com a *nova entidade clínica*, que logo veio chamar a atenção dos serviços de saúde, principalmente dos centros de investigação epidemiológica dos Estados Unidos da América (EUA), os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), buscando-se de imediato os fatores de risco associados, traçando seu perfil epidemiológico e clínico. Esses estudos mostravam uma incidência da doença quase exclusiva entre os *gays*, o que favoreceu uma estreita relação entre a homossexualidade e a aids, que não foi completamente rompida (AYRES, 1997) e permanece até hoje no imaginário coletivo (PARKER, 1994).

A associação construída entre a aids e a homossexualidade implicou em representações sociais que ora colocavam os HSH como vítimas, ora como vilões na disseminação da epidemia. De alguma maneira, essas representações persistem até os dias atuais e fazem com que esse grupo continue a sofrer com os estigmas e preconceitos que acentuam sua condição de vulnerabilidade, ficando assim, ainda mais expostos a possibilidade de se infectar-se pelo vírus. Essa vulnerabilidade fica acentuada caso não sejam implementadas ações e políticas eficazes de prevenção e assistência, e também não sejam adotadas práticas sexuais seguras (TERTO JR., 1996). Estudos conduzidos pelo Programa Nacional de DST e AIDS estimam em 6% a população masculina homossexual, uma extrapolação linear dessa estimativa para o Recife totalizaria mais de 40 mil homens (FERRAZ, 2003).

Apesar dos dados indicarem uma estabilização nos números de casos entre essa população, após mais de 20 anos de epidemia, a aids continua sendo um grave problema de saúde no universo dos HSH. Na América Latina, cerca de 43,5% dos casos de aids estão relacionados à transmissão homo-bissexual (TERTO JR., 1996). No Brasil, aproximadamente 60% dos casos notificados de aids estão associados a alguma forma de contato sexual, sendo quase a metade (42,9%) decorrentes de interações sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens. Este grupo populacional concentrou a maior parte dos casos nos primeiros anos da epidemia (DOURADO et al., 2006). De acordo com os últimos dados oficiais do Ministério da Saúde, em 2004, de 11.759 casos de aids em homens, aproximadamente 26% foram entre HSH (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005). Em Pernambuco, do início da epidemia até fevereiro de 2006, foram registrados 9186

casos de aids. Desses, cerca de 34%, no período mais recente, de 1999 a 2005, correspondem a transmissão sexual por prática bissexual ou homossexual masculina (BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS, 2006).

O advento da aids impulsionou o desenvolvimento de estudos sobre sexualidade e a partir da década de 80 muitas investigações tiveram foco no tema da homossexualidade. Apesar das pesquisas nesse campo terem trazido grandes contribuições para o entendimento sobre o contexto social e os vários aspectos culturais e subjetivos envolvidos nas relações sexuais entre homens, não forneceram informações sobre a incidência de comportamentos de risco (PARKER, 1994). A partir do levantamento bibliográfico realizado para o desenvolvimento do presente estudo, foi possível observar que a literatura nacional sobre conhecimento e práticas de risco ainda mostra-se incipiente e, mais especificamente no campo da epidemiologia, são escassos e pouco difundidos os estudos que se debruçam sobre a questão da homossexualidade e saúde.

A resposta à epidemia é direcionada por informações sobre doentes, infectados e populações sob risco que subsidiam todas as ações de prevenção e controle. Tradicionalmente, essas informações vêm de notificações de casos e óbitos, estudos de prevalência, estimativas e projeções. Recentemente, estudos comportamentais vêm-se somar a esses sistemas para auxiliar na compreensão dos comportamentos que favorecem o avanço da epidemia (BRASIL, 2006).

Os dados comportamentais também ajudam a compreender a dinâmica do processo epidêmico, apontando quem está sob risco, identificando subpopulações que necessitam de programas específicos de prevenção e mostrando para onde vai a epidemia (BRASIL, 2006). Além disso, o impacto da aids entre HSH traz conseqüências não só como um fenômeno médico, mas como um fenômeno social, com implicações tanto no plano individual quanto no coletivo. Em Pernambuco, não há publicação ou registro de investigação sobre comportamentos, atitudes e práticas sexuais com a população de homens que fazem sexo com homens.

Com base nessa discussão, o presente estudo teve como objetivo geral analisar aspectos sobre conhecimentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para a infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife para que as informações levantadas possam colaborar na elaboração e implementação de políticas e estratégias de prevenção mais eficazes. E, como objetivos específicos: descrever o perfil sócio-econômico e demográfico da amostra e as características relativas à identidade e comportamento sexual; investigar aspectos referentes ao conhecimento e percepção do HIV/Aids, formas de transmissão e prevenção;

descrever as práticas sexuais e o uso de preservativo; analisar os fatores associados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas.

A partir da atuação da pesquisadora em projetos de pesquisa e intervenção social voltados à prevenção de DST e aids no Instituto Papai¹ - Organização Não Governamental (ONG) - nos últimos anos, foi possível entrar em contato com a problemática da aids e refletir sobre os limites das abordagens preventivas com os diversos grupos sociais, considerando a complexidade de fatores envolvidos na adoção de práticas voltadas para o sexo seguro.

Nesse sentido, optar por trabalhar com a população de homens que fazem sexo com homens, se deu pelo interesse de ações voltadas para a saúde da população masculina, atrelada à motivação de investigar os aspectos que impulsionam ou distanciam adoção de práticas de sexuais protegidas e pela necessidade de se ter um perfil local desse segmento específico. Além disso, a convivência com o tema da aids despertou curiosidade e interesse para realizar uma investigação com o grupo de HSH que desde o início da epidemia sofre preconceitos e estigmas que acabam intensificando sua condição de vulnerabilidade.

Também foi decisivo para a escolha do problema, o fato do presente estudo fazer parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada Entendendo quem Entende, e desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com apoio financeiro dos Programas Estadual e Municipal de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Pernambuco e Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, respectivamente.

Os dados apresentados nesta dissertação representam, assim, uma primeira aproximação do problema, e não pretende esgotar todas as análises possíveis. Trata-se de uma análise preliminar de variáveis selecionadas que pudessem responder mais especificamente ao objetivo da mesma.

Após essa introdução sobre a idéia geral da problemática da aids entre os HSH, a relevância e justificativa do estudo, seus objetivos – geral e específicos – e o interesse da pesquisadora em trabalhar com o tema, esta dissertação foi estruturada em cinco capítulos.

O primeiro capítulo discorre sobre a epidemia da aids e sua magnitude, as configurações atuais da epidemia no Brasil, o impacto na população de HSH, e mudanças de conceitos impostas pela problemática da aids. Segue-se uma breve exposição sobre a abordagem da construção social da sexualidade, com reflexões que contribuem para elucidar a

¹ Instituição que desenvolve ações educativas, informativas e políticas junto a homens jovens em situação de pobreza, bem como estudos e pesquisas sobre masculinidades, a partir da perspectiva feminista e de gênero.

compreensão de algumas questões abordadas no estudo, como a relação entre práticas sexuais e identidade sexual. Ainda nesse capítulo, descrevem-se os achados de alguns estudos com a população de homens que fazem sexo com homens e alguns aspectos que acentuam sua condição de vulnerabilidade. O segundo capítulo discorre sobre o processo metodológico e a definição da amostra. Descreve a razão de escolha do método adotado, a construção da amostra, com detalhamento dos procedimentos de coleta de dados, bem como o caminho construído para análise dos dados. É no terceiro capítulo que se expõem os achados da pesquisa, com a apresentação descritiva e analítica dos resultados encontrados. A discussão encontra-se no quarto capítulo. Nesse capítulo, tenta-se analisar criticamente, resgatando algumas questões colocadas na fundamentação teórica do trabalho, confrontando também os achados com os resultados de outros estudos. O quinto e último capítulo contempla as conclusões e considerações finais do estudo.

CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Contextualizando a Epidemia da Infecção pelo HIV e da Aids: da magnitude do problema à mudança de conceitos

Magnitude do problema

A epidemia da aids caracteriza-se pelo rápido crescimento, pelo forte impacto e repercussões sociais causadas nas diferentes regiões do mundo. O alastramento progressivo da doença tem extrapolado as fronteiras das ciências biológicas e da saúde, chamando a atenção para necessidade de iniciativas e envolvimento de diversos setores da sociedade.

Por estar associada a processos sociais, culturais, econômicos e políticos, assim como ao comportamento humano individual e coletivo, a aids apresenta perfis epidemiológicos bastante complexos. As diferenças nas características de disseminação do HIV, nos diversos grupos populacionais, configuram-na como um verdadeiro mosaico de subepidemias regionais (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2002).

Atualmente, a epidemia encontra-se na terceira década de existência e se constitui como um problema de Saúde Pública em todo o mundo. Desde que foi identificado o primeiro caso de aids em 1981, até os dias de hoje, mais de 25 milhões de pessoas morreram com a doença. Apenas em 2005 foram 3,1 milhões de mortes, sendo mais de 500 mil óbitos de crianças (ONUSIDA, 2005).

A rápida disseminação do HIV tem atingido todas as regiões do planeta e no início do século XXI, em mais de 15 países, a aids é a principal causa de morte em adultos de 20 a 50 anos. Há estimativas de que poderá ser a principal causa de óbito nessa faixa etária em praticamente todo o mundo (BARREIRA, 2002).

O número de casos de aids continua aumentando, apesar dos avanços nas diferentes áreas do conhecimento, do comprometimento político de alguns países, do envolvimento da sociedade civil e das diversas iniciativas para realização de ações preventivas para conter o avanço da epidemia. Os vários esforços realizados não foram capazes de controlar o crescimento da epidemia e os números têm aumentado principalmente nos países em desenvolvimento, na população heterossexual e em pessoas com baixas condições socioeconômicas (ONUSIDA, 2005).

De acordo com o último informe do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que existem 40,3 milhões de pessoas vivendo com HIV e aids no mundo, e cerca de cinco milhões de pessoas contraíram o vírus no ano de 2005. Desse total, 3,2 estão situados na África Subsariana. A recente projeção da epidemia em regiões com grandes desigualdades sociais e econômicas torna a aids mais uma doença de populações empobrecidas e marginalizadas. Nesse sentido, as projeções indicam que entre 2002 e 2010, mais 45 milhões de pessoas contrairão o HIV em 126 países em desenvolvimento (ONUSIDA, 2005). No Brasil, desde a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2005, já foram notificados cerca de 372 mil casos da doença.

Dados do último boletim epidemiológico revela que 26% dos casos de aids notificados no Brasil, em 2004, estão relacionados à transmissão homo e bissexual (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005). Apesar da diminuição no percentual desse grupo comparado aos números registrados nos primeiros anos da epidemia (44,3% até 1992), e dos esforços governamentais e não-governamentais procurando priorizar uma agenda de pesquisa e intervenção que possa responder à vulnerabilidade dos HSH, em especial aqueles sob maior risco de se infectar pelo HIV, essas iniciativas ainda são insuficientes. A incidência de casos de aids entre homens que fazem sexo homens ainda permanece estabilizada em patamares elevados (TERTO Jr., 2002; RIOS, 2002).

As configurações atuais da aids no Brasil

Após pouco mais de duas décadas da epidemia, a disseminação da aids no Brasil não ocorreu de forma homogênea no país e atualmente se expressa por múltiplas dimensões, com características diversas de acordo com as regiões, com a distribuição espacial, com as formas de transmissão e com os grupos mais atingidos. Esses fatores, associados ao dinamismo com que se dissemina a infecção pelo HIV, dificultam o entendimento da trajetória da doença, como também sua prevenção e controle, como ressalta Barreira (2002, p. 23):

O monitoramento desses 20 anos de epidemia de HIV/AIDS em nosso país permite constatar uma dinâmica multiepidêmica, complexa e multifatorial, cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida das populações atingidas, suas composições étnicas e etárias, seus padrões de mobilidade populacional, de relações de gênero e de comportamento sexual.

No primeiro período da epidemia, houve uma concentração de casos diagnosticados entre homossexuais, usuários de droga injetável (UDI) e hemofílicos localizados sobretudo, na Região Sudeste, e foram contabilizadas elevadas taxas de mortalidade. No decorrer dos anos, o crescimento e a disseminação de casos de aids atingiu outros grupos populacionais e espaços geográficos, e hoje as características estruturais da epidemia são: *interiorização, pauperização, heterossexualização e feminização* (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2002).

Os maiores ritmos de crescimentos vêm ocorrendo nos municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes (SZWARCOWALD et al., 2000). Nos municípios com mais de 500.000 habitantes têm ocorrido o inverso, ou seja, uma desaceleração da velocidade do avanço. Apesar de inicialmente ser um fenômeno marcadamente urbano, nos últimos anos a epidemia está presente em aproximadamente 79% dos 5.508 municípios brasileiros, com avanços nos municípios menores, mais pobres e com menor renda *per capita*, caracterizando a *interiorização* da epidemia (BRITO, 2006)

O fenômeno da *pauperização* tem sido caracterizado pelo aumento na proporção de casos de aids em indivíduos com menor nível socioeconômico. Inicialmente, a totalidade dos casos diagnosticados apresentava nível superior ou médio, nos anos seguintes, observou-se um nítido e progressivo aumento no registro de casos de pessoas com menor grau de instrução. Em 2000, observou-se que entre os casos com escolaridade informada, 74% eram analfabetos ou tinham cursado o ensino fundamental, e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de estudo ou curso superior (BRASIL, 2002; BRITO, 2006; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005).

Ainda sobre o aspecto da *pauperização*, há uma tendência de crescimento dos casos de baixa escolaridade em todas as regiões. Não obstante, o crescimento observado no Nordeste ser nitidamente mais elevado do que nas demais regiões do País. A menor tendência de redução no coeficiente de casos com maior nível de escolaridade também foi registrado nessa Região (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2005; DOURADO et al., 2006).

Também no início da epidemia, os homens que fazem sexo com homens foi o segmento populacional mais atingido, em 1984, 66,4% dos casos de aids notificados eram representados pelos homossexuais ou bissexuais masculinos, até o ano de 1990, esse percentual ainda se situava em torno de 46%. Porém, como possível resultado das ações educativas, mobilização social e adoção de práticas sexuais mais seguras, observou-se uma progressiva redução desse percentual, situando-se, em 2004, em apenas com 26% dos casos notificados no país (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005). Ou seja, a

extensa disseminação inicial entre os HSH seguiu-se de certa estabilização em anos posteriores, tendência verificada em todas as regiões do país. (BRASIL, 2002; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2002; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005)

Se por um lado, observa-se diminuição e atual estabilidade na proporção de casos devido à transmissão homo/bissexual, por outro, há aumento proporcional da transmissão heterossexual, caracterizando o fenômeno da *heterossexualização* da epidemia. No Brasil, a via de transmissão heterossexual vem se constituindo como uma importante característica da dinâmica da epidemia, com expressão relevante em todas as regiões. Esta característica tem contribuído de modo decisivo para o aumento de casos entre mulheres, traduzindo-se na progressiva redução da razão de sexo, atualmente com 15 casos masculinos para cada 10 femininos (ou seja 1,5:1) e na caracterização do fenômeno da *feminização* da epidemia (BRASIL, 2002; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005).

O aumento progressivo no número de casos entre as mulheres é observado em todas as regiões brasileiras. O conceito de grupo de risco, que permaneceu por alguns anos, é citado como um fator importante para a população feminina não se perceber vulnerável à infecção, associado às desigualdades de gênero, a dificuldade de negociação do uso de preservativos com parceiros. Outros fatores sociais, econômicos e culturais também contribuem para o aumento da vulnerabilidade das mulheres (BRASIL, 2002; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2002; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005).

De um modo geral, o perfil da epidemia no país em relação à categoria de exposição retrata uma estabilidade na proporção de casos devido à transmissão homo/bissexual, aumento proporcional da heterossexual e redução importante e persistente dos casos na categoria de UDI. Entre as mulheres, a transmissão heterossexual vem representando quase a totalidade dos casos em maiores de 13 anos. Além disso, há um nítido crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST, 2005).

Apesar da estabilização dos casos de aids entre homossexuais e bissexuais masculinos em todas as regiões do país, os percentuais estabilizados ainda representam números elevados. No que se refere aos bissexuais, este é um comportamento sexual humano ainda muito “escondido” e, em conseqüência, pouco compreendido (PARKER, 1994). O estado de Pernambuco se destaca por apresentar uma concentração elevada de casos entre bissexuais, no período de 1993 a 1995, representando 26% do total de casos diagnosticados (BRITO, 1997).

Barreira (2002), com base nos dados epidemiológicos, aponta para uma desaceleração no número de novos casos entre homens homossexuais com idade superior a 24 anos, em contraste com a tendência de crescimento entre os menores de 24 anos, o que sugere um recrudescimento da epidemia entre homens jovens com práticas homossexuais.

Os jovens com práticas homossexuais têm sido apontados como especialmente vulneráveis ao HIV e podem aumentar outra vez a incidência de aids entre a população homossexual masculina (PIMENTA et al., 2001; TERTO JR., 2002).

A trajetória da epidemia modificando conceitos

Segundo Parker (2000), no final dos anos 80 do século XX, era notório o fato de que os programas de incentivo à prevenção de base individual não alcançavam o efeito esperado no arrefecimento da epidemia. Outros aspectos no campo social, cultural, econômico e político, passam a ser envolvidos na compreensão da dinâmica da aids, mais recentemente. Durante muito tempo, pesquisas e ações para prevenção da infecção pelo HIV buscaram responder à necessidade de informações sobre aspectos mais básicos do comportamento sexual em contextos sociais diferentes: número de parceiros, prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, reação frente à infecção pelo HIV e aids, entre outras questões. A partir disso, se permitiram percepções novas da dinâmica de transmissão do vírus em sociedades distintas, documentando fatores do comportamento relacionados à infecção pelo HIV.

No final dos anos 80, o termo “comportamento de risco” começa a ser difundido na literatura e nas políticas específicas em substituição a “grupo de risco”, por se evidenciar seu caráter discriminatório e também pela percepção de que a infecção pelo HIV se expande para além de determinados grupos (AYRES et al., 1999).

Com o propósito de ampliar a noção de risco associado ao comportamento individual, o conceito de vulnerabilidade oriundo da área de Direitos Humanos emerge no campo da saúde pública, introduzido por Jonathan Mann (MANN et al., 1993). As pesquisas e ações no campo da prevenção passam a utilizar, a partir da década de 90, esse conceito como um instrumental para compreender de maneira ampla os fatores implicados na dinâmica de propagação do HIV (AYRES et al., 1999).

Dessa maneira, nas discussões em saúde, mais ainda naquelas relacionadas à epidemia de HIV e aids, o conceito de vulnerabilidade vem abrindo novas e promissoras perspectivas para o conhecimento e atuação. A maior ou menor vulnerabilidade não é definida apenas por comportamentos individuais, mas por uma série de fatores analisados conjuntamente. Existem vulnerabilidades para pessoas e contextos diferenciados. A análise de vulnerabilidade de um indivíduo ou de um grupo é feita a partir de três dimensões: *individual, social e programática* (AYRES et al., 1999).

A *vulnerabilidade individual* diz respeito às características específicas de um determinado grupo, sexo ou faixa etária e parte do pressuposto de que todo indivíduo é vulnerável à infecção pelo HIV, em maior ou menor grau, de acordo com aspectos cognitivos e comportamentais. Na dimensão da *vulnerabilidade social*, é trazida a discussão sobre o compromisso político de cada país com a saúde e alguns indicadores – como o acesso à informação, aos serviços de saúde e o índice de desenvolvimento humano (IDH) – são utilizados para avaliar a susceptibilidade de populações à epidemia. E a *vulnerabilidade programática* refere-se à existência ou não de programas e ações voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência em aids.

No mesmo caminho de considerar os vários fatores relacionados à vulnerabilidade à infecção pelo HIV de diversos grupos, Parker (2000) aponta que para pensar programas de prevenção com o propósito de reduzir a infecção pelo HIV é fundamental considerar três aspectos relacionados às diversas organizações socioculturais: as formas como as noções simbólicas sobre gênero estruturam as relações sexuais entre homens e mulheres; a organização sociocultural das relações entre pessoas do mesmo sexo; e, nesse contexto, a construção sociocultural dos atos sexuais, que, de muitas maneiras, independem de atores específicos. O autor ressalta, ainda, que as relações de gênero são construídas hierarquicamente com base na “cultura do machismo”, estabelecendo relações de poder e domínio dos homens sobre mulheres e, também de homens sobre homens nas relações homossexuais.

Processos socioeconômicos que produzem desigualdade e discriminação tendem a tornar certos grupos mais expostos a vários agravos de saúde, e à infecção pelo HIV não foge a essa lógica. Para Barreira (2002), do ponto de vista da prevenção, isso se traduz na necessidade de conferir prioridade precisamente aos mais frágeis, mais desassistidos e mais marginalizados.

1.2 – A Construção Social da Sexualidade e a Homossexualidade

Concepção sócio-histórica da sexualidade

Não se pretende investigar e aprofundar aspectos sobre a complexidade dos significados, subjetividades e representações em relação à sexualidade de homens que fazem sexo com homens. No entanto, por se tratar de uma pesquisa que aborda a questão do comportamento sexual em tempo de aids, e reconhecendo a importância da cultura e do contexto social em que ocorrem os encontros sexuais entre os homens que fazem sexo com homens, é importante explicitar que a abordagem da construção social da sexualidade balizará o entendimento para alguns aspectos presentes neste estudo. Por esta razão, torna-se necessário uma breve explanação sobre essa corrente de pensamento.

As bases teóricas da perspectiva da construção social da sexualidade são edificadas no diálogo com várias disciplinas, conceitos e movimentos sociais. Dentre as disciplinas, destaca-se o papel da Antropologia, da História e de várias correntes da Sociologia. Em relação aos conceitos, as discussões sobre identidade, gênero, cultura e classe sobressaem-se. São alicerces da teoria as grandes contribuições trazidas pelas feministas e pelo movimento gay, que provocaram formas alternativas de perceber e incorporar a sexualidade. Esses atores trouxeram, também, a coesão e o desejo político necessário para questionar normas e os valores sobre a sexualidade (VANCE, 1995).

A abordagem da construção social ressalta as diferenças que existem na maneira como os vários aspectos relacionados à sexualidade são vividos, organizados, valorizados e simbolizados nas diferentes comunidades e contextos sociais. Para Vance (1995), a teoria da construção social questiona noções essencialistas e naturalizadas sobre a sexualidade, entendendo que os fatores culturais, políticos e econômicos podem estar vinculados, em diferentes locais, à constituição da experiência sexual. Dessa maneira, a sexualidade é construída através das culturas, da história e do tempo, como explica Parker (1999, p. 132):

Essa visão da sexualidade e da atividade sexual tem, cada vez mais, focalizado a atenção sobre a natureza intersubjetiva dos significados sexuais – seu caráter compartilhado, coletivo, considerado não como propriedade de indivíduos isolados ou atomizados, mas de pessoas sociais integradas no contexto de culturas sexuais distintas e diversas.

Nesse sentido, destaca-se a idéia de Louro (1999) na qual a sexualidade também não deve se ancorar no corpo biológico, esse corpo recebe significados diversos, com possibilidades de expressar desejos e prazeres que são socialmente construídos e definidos por

relações sociais moldadas ao mesmo tempo por questões de gênero, idade, classe e poder de uma sociedade.

A sexualidade também envolve símbolos, fantasias, desejos e representações as mais diversas. Não é estática, e seus significados podem ser transformados ao longo da história, em diferentes sociedades, entre grupos de uma mesma sociedade e, ainda, a partir da biografia ou trajetória sexual dos indivíduos (LOYOLA, 1999).

Nesse caminho conceitual, Parker (1994) analisando a maneira como os fatores econômicos, políticos e as relações de poder podem moldar a construção das comunidades sexuais, refere a existência de subculturas sexuais em muitas sociedades. As subculturas sexuais se organizam e se flexibilizam com ênfase nas diversas situações em que ocorrem os encontros sexuais, nos papéis que os indivíduos podem assumir nos atos sexuais - ativo ou passivo, nas diversas identidades sexuais - gay, entendido, bicha, bissexual, etc.

Para Parker (1994) e Mota (1998) no contexto das interações sexuais existem negociações complexas, entre diferentes indivíduos, que envolvem também relações de poder. Particularmente entre os homens que fazem sexo com outros homens, existem diferenças, por exemplo, na maneira como os homens de classe mais baixa e aqueles de classe média, ou os mais jovens, constituem a experiência sexual. As noções de “atividade” e “passividade” são mais presentes no universo sexual dos HSH do que as categorias homossexualidade e bissexualidade, talvez mais elitizadas e mais distantes, principalmente entre aqueles de classe mais baixa.

Existe uma gama de fatores que se interrelacionam e demonstram a complexidade em que as práticas sexuais estão inseridas e organizadas no interior de sistemas sociais. Esses fatores são importantes para refletir e analisar a forma como acontece a disseminação da epidemia da aids no Brasil entre os HSH (PARKER, 1994).

Homossexualidade: relação entre identidade e práticas sexuais

A grande lacuna de conhecimento sobre os mais diversos aspectos da sexualidade humana, anterior ao surgimento da aids, e o avanço da epidemia da infecção pelo HIV revelaram a importância de realização de pesquisas sobre os fatores e determinantes que estariam associados às formas de disseminação do vírus, dentre eles, as práticas e comportamentos sexuais dos indivíduos. As pesquisas tinham como objetivo contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção. O crescimento da epidemia de aids

acompanhou-se de um aumento significativo das pesquisas sobre sexualidade nas diversas áreas do conhecimento (PARKER; HERDT; CARBALLO, 1995).

Segundo Mota (1995), além de impulsionar a expansão dos estudos sobre sexualidade e comportamento sexual de grupos específicos, a aids também desempenhou um papel importante na maneira como a homossexualidade começa a sair do lugar do proibido, do invisível, e começa a ser pautada em discussões e publicações. Saindo assim, do mundo do privado para o público, tornando-se uma pauta para investigação científica, bem como uma questão política e de direito.

As investigações no campo da epidemia da aids trouxeram novas possibilidades para analisar aspectos relacionados à experiência sexual. Evidenciou que as categorias relacionadas à homossexualidade e heterossexualidade não dão conta da complexidade e da diversidade da experiência sexual, e que comportamentos homossexuais não estão necessariamente associados à uma identidade homossexual (PARKER, 1999; RIOS, 2003). Não há uma relação linear entre desejo sexual, comportamento sexual e identidade sexual, mas sim uma série de variações possíveis que podem estar presentes nos diversos espaços sociais e culturais (MOTA 1998; RIOS, 2003).

Nas relações entre homens, a construção da identidade homossexual não necessariamente está associada às práticas sexuais com outros homens. É importante destacar a distinção entre comportamentos sexuais e identidades sexuais na construção das parcerias. Muitas vezes as pessoas tem práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo, mas não se identificam como homossexuais, como ressalta a citação abaixo:

Indivíduos podem ser casados e ter vida sexual ativa com alguém do outro sexo; ao mesmo tempo, podem manter relacionamento, casual ou regular, com pessoas do mesmo sexo, assumidamente ou não; indivíduos assumem a condição do gênero oposto, simbolicamente mudando de nome, de papel sexual e até de corpo; indivíduos transitam pelas várias categorias de comportamento sem a isso associarem uma representação de identidade (MOTA, 1995, p. 56))

Resultado de estudo etnográfico na cidade de Porto Alegre, corrobora a idéia acima, ao mostrar que os michês incorporam em seus discursos as categorias homossexual e bissexual apenas como forma de denominar as transas ou práticas sexuais que envolvem outros homens (FÁBREGAS-MARTÍNEZ, 2002). Na mesma direção, pesquisa realizada com homossexuais e bissexuais, em Fortaleza, aponta que apesar de apenas 13% dos entrevistados terem se identificado como bissexuais, 55% já tinham se relacionado com mulheres e destes, 67,1% o fizeram muitas vezes ou recentemente (KERR PONTES et al., 1998).

As questões que se colocam em relação à diversidade de práticas sexuais e identidade sexual, também se colocam no campo da epidemiologia. Tem sido problemática a definição

da homossexualidade como uma sub-categoria de transmissão sexual da infecção pelo HIV, e o seu enfoque se apresenta complexo e difícil. Na caracterização do perfil epidemiológico da aids, nem sempre a transmissão homo/bissexual corresponde a casos de pessoas com uma identidade sexual/social definida como homossexual, podendo ser até pessoas que se definam socialmente como heterossexuais (TERTO, JR. 2002).

Muitas vezes mais do que a escolha pelo sexo do parceiro, o que pode interferir na construção da identidade sexual são as práticas sexuais relacionadas às noções de atividade e passividade nas interações sexuais. As relações entre pessoas do mesmo sexo também se estruturam referenciadas na hierarquia do gênero. Por exemplo, nas relações sexuais entre homens existem diferentes valores atribuídos aos aspectos da passividade e atividade, a pessoa passiva (penetrado) tem valores relacionados à feminilidade e a pessoa ativa (penetrando) à masculinidade. Contrariando os padrões rígidos de comportamento, a sociedade brasileira é permeada por uma flexibilização de papéis sexuais em que um mesmo indivíduo pode transitar entre os diferentes sexos e também nas posições ativa e passiva do ato sexual, sem mudar sua identificação sexual (PARKER, 1994).

1.3 Homossexualidade, Vulnerabilidade e Aids

Nas duas últimas décadas, a aids tem sido um problema relevante de saúde para os HSH, e mesmo que esses venham respondendo aos desafios colocados pela epidemia, é um grupo que ainda permanece vulnerável ao contágio pelo vírus. A vulnerabilidade desse grupo populacional está associada a aspectos como estigma, discriminação, preconceito, violência e ausência de serviços estruturais com apoio psicológico e social (PARKER, 2004; TERTO JR, 1996).

A homofobia – medo das homossexualidades/homossexuais que se desdobra em atitudes de evitação e violência – configura-se como um dos principais fatores para a vulnerabilidade dos homens com práticas homossexuais à infecção pelo HIV nas sociedades ocidentais (PARKER, 2000). Para Terto Jr (1996) não há serviços de saúde que se disponham a discutir e enfrentar a homofobia que tanto distancia esse público em busca de cuidados com a saúde e, além disso, são escassos os projetos de intervenção com essa população.

Nos dias atuais, embora se saiba que a aids não é um problema restrito a grupos específicos, e que todos os indivíduos estão em algum grau vulnerável, é importante ressaltar

que a forma como a aids afeta os homossexuais tem suas especificidades e é uma questão de saúde importante para os HSH. Segundo Terto Jr. (1996, p. 97)

A vulnerabilidade dos homossexuais ao HIV está reforçada pelo estigma, pela posição de discriminação e marginalidade da homossexualidade na sociedade. Sabe-se que indivíduos com baixa auto-estima, ou com medo de discriminação ou sob pressão de preconceitos não buscam ajuda ou tratamento adequado, seja por medo ou por negligência consigo ou com os outros. Ainda são freqüentes os casos de pessoas que preferem buscar auto-tratamento para alguma doença sexualmente transmissível (DST), do que procurar os serviços de saúde, onde atitudes homofóbicas dos profissionais podem submeter os pacientes a situações constrangedoras. É preocupante também a situação de milhares de homens que, apesar de estarem vivendo casamentos heterossexuais, têm relações extraconjugais com outros homens. A pressão de preconceitos e uma vida homossexual e familiar mal resolvida pode reforçar a vulnerabilidade não só do homem, como de toda uma família

A violência contra homossexuais, agravada pelos preconceitos, vem reforçar a vulnerabilidade desse grupo. Numa pesquisa realizada na parada da diversidade do Rio de Janeiro, a maioria da população de gays, lésbicas e transgêneros entrevistada assinalou ter vivenciado alguma forma de discriminação e preconceito, exclusivamente por manifestarem uma orientação sexual diferente da que é socialmente dominante. Dos entrevistados, 55,4% já foram vítimas de xingamentos, humilhações verbais ou ameaças (CARRARA; RAMOS, 2005).

Para Parker (2004) a vulnerabilidade de homossexuais também está relacionada com vários aspectos das desigualdades sociais que existem na sociedade brasileira, fazendo com que a epidemia atinja cada vez mais jovens em situação de pobreza, da periferia das grandes cidades, marginalizados pelo sistema. Segundo o mesmo autor, existem cinco aspectos que precisam ser levados em consideração para analisar mais especificamente a vulnerabilidade de jovens homossexuais que vivem em situação de pobreza: a pobreza e exploração econômica; a opressão de gênero; a escolha sexual, o racismo e a discriminação étnica; e a diferença de idade e desigualdades de poder existente entre as diferentes gerações.

No estudo etnográfico realizado com jovens com práticas homossexuais no Rio de Janeiro, Rios (2003) ao analisar cenas eróticas vividas por esses jovens e resgatar suas trajetórias sexuais, ressalta que as primeiras relações eróticas muitas vezes podem acontecer na infância. Ao discorrer sobre as possíveis implicações dessa experiência, considerando a fase assintomática da infecção pelo HIV, o autor retoma a discussão dos dados epidemiológicos que apontam para a juvenização da epidemia, e reforça a hipótese de que possíveis infecções podem estar ocorrendo ainda na infância ou no início da adolescência.

Estudos recentes indicam que as incidências de HIV e outras DST entre os HSH têm tido uma tendência de aumento (KOBLLIN, 2000; VALLEROY, 2000; KOBLLIN et al.,

2003). Uma pesquisa multicêntrica realizada nos Estados Unidos aponta a alta prevalência de sexo anal desprotegido e indica que muitos destes jovens podem ser infectados num futuro próximo. Observou-se também uma forte associação entre práticas sexuais desprotegidas e o uso de álcool e drogas ilícitas (VALLEROY, 2000).

Além disso, mesmo em países desenvolvidos, observou-se maior comportamento de risco entre os jovens com status sócio-econômico mais baixo, de minorias comunitárias e descendentes de grupos étnicos marginalizados, particularmente entre negros, homens de etnia mista e hispânicos (KOBLLIN, 2000; VALLEROY, 2000). A homofobia e o racismo colocam muitos HSH afro-americanos jovens em situação de maior vulnerabilidade, estes se sentem, ao mesmo tempo, marginalizados frente às comunidades negras heterossexuais e comunidades gays brancas (KRAFT JM, BEEKER C, STOKES JP, PETERSON JL, 2000).

A partir de trabalhos de intervenção no Rio de Janeiro com a população HSH, Parker (2000) acredita que as práticas sexuais de risco nessa população continuam sendo freqüentes, apesar de conhecimentos e informações sobre HIV e aids estarem amplamente difundidos. Nesse mesmo sentido, os resultados de um estudo de coorte realizado em São Paulo, pelo Projeto Bela Vista, indicam que conhecimento e percepção de risco não são facilmente traduzidos em mudanças de comportamento, muitos HSH continuavam praticando sexo desprotegido com parceiros casuais e regulares. Aponta também que o sexo seguro é realizado menos freqüentemente com parceiros fixos do que com parceiros eventuais (BRASIL, 2000).

Estudos realizados com HSH nas Regiões Sudeste e Sul do Brasil (BRASIL, 2000; FERRAZ, 2003; FRANCO et al., 1998; PARKER et al., 1998) indicaram um grau de conhecimento muito elevado sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV entre os HSH, mais de 90% dos homens entrevistados eram capazes de responder corretamente sobre as formas de transmissão do HIV. Em contraposição, pesquisa conduzida em Fortaleza, na Região Nordeste, revelou que 43% de 400 homens com práticas homossexuais e bissexuais não possuíam informações básicas sobre prevenção da aids e, mesmo entre os que estavam mais informados, o relato de envolvimento em práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV foi expressivamente alto (47%) (KERR-PONTES et al., 1998). Os autores ressaltam que, embora a falta de informação esteja consistentemente associada às práticas sexuais desprotegidas, apenas os conhecimentos e informações adquiridas não são suficientes para adoção da prática do sexo seguro.

Observou-se, ainda, no estudo acima referido, que os HSH que reportavam maior número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, que tinham relacionamento fixo, que tinham tido pelo menos uma parceira mulher no ano anterior, e que reportavam a preferência

pelo sexo anal, pareciam engajar-se mais em comportamentos de risco – como o sexo anal desprotegido – o que pode sugerir a expansão de infecção do HIV na população HSH e entre as parceiras mulheres (GONDIM; KERR-PONTES, 2000; KERR-PONTES et al., 1998).

A prática de sexo desprotegido também foi descrita em outros estudos com a população HSH. Na já citada pesquisa realizada na parada da diversidade do Rio de Janeiro, cerca de 13% dos entrevistados que se identificam como homossexuais, bissexuais ou transtênicos disseram não ter o hábito de usar preservativo nas suas relações sexuais (CARRARA; RAMOS, 2005). Em São Paulo, uma investigação sobre comportamento sexual e terapia anti-retroviral, que incluiu 155 jovens da periferia da cidade sabidamente sem infecção pelo HIV, revelou que 27,7% dos entrevistados praticaram sexo anal ativo ou passivo desprotegido com parceiro fixo, e 18%, com parceiro ocasional (SILVA et al., 2004).

Resultados de pesquisas consecutivas, em 1990, 1993 e 1995, no Rio de Janeiro, para analisar as mudanças que poderiam ter acontecido em resposta à epidemia entre HSH indicam mudanças importantes e atitudes relacionadas aos riscos da infecção pelo HIV, além da capacidade do indivíduo agir construtivamente para reduzir o risco de transmissão. No entanto, apesar das mudanças comportamentais importantes relatadas pelos informantes, um comportamento de elevado risco continuou fazendo parte das experiências sexuais dos homens entrevistados. Ou seja, mesmo que os indivíduos tenham informado mudanças de comportamento e atitudes em relação à prevenção do HIV, parece que estas mudanças foram inconsistentes e parciais (PARKER et al., 1998).

Dessa maneira, os dados sobre a continuação da incidência de comportamentos de risco sugerem que o risco da transmissão do HIV entre homens que fazem sexo com homens no Brasil, continua a ser significativo (GONDIM; KERR-PONTES, 2000; PARKER et al., 1998). E o maior número de infecções pelo HIV ainda é devido a práticas sexuais desprotegidas.

Alguns estudos qualitativos (MONTEIRO, 2002; MOTA, 1998; VILLELA, 1998) também constataram que o uso do preservativo para prevenção de doenças, ou a resistência ao seu uso, não tem relação direta com o nível de conhecimento das pessoas sobre HIV e aids. Em outras palavras, mesmo com toda a disseminação de informações sobre prevenção, em todo o mundo, ainda cresce o número de pessoas infectadas pelo HIV. Como já discutido, outros fatores sociais estão envolvidos, entre eles, a socialização de gênero, o contexto em que são vividas as relações erótico-afetivas entre homens, as representações sobre homossexualidade e as dimensões da prática sexual “ativa” e “passiva” que estão presentes no âmbito dos relacionamentos homossexuais (MOTA, 1998).

Os modelos de socialização de gênero, por exemplo, orientam-se pela noção de que os homens não devem controlar seus impulsos e não precisam exercer cuidado consigo e com os outros. Tal modelo parece contribuir para uma rejeição dos homens em desenvolver práticas e medidas preventivas em saúde. Além disso, as idéias de força, poder e autonomia associadas ao masculino, em contradição com as idéias de magreza, fragilidade e submissão, que ainda surgem relacionadas à aids, dificultam ainda mais a adoção de práticas preventivas, seja nas relações homossexuais ou heterossexuais (MONTEIRO, 2002; MOTA, 1998; VILLELA, 1998).

A prevenção torna-se ainda mais difícil quando “o comportamento a ser adotado implica restrição de alguma coisa, pois acarreta um sentido de fraqueza ou de imposição de limites, ambos incompatíveis com a idéia da força e da resistência masculina” (VILLELA, 1998, p. 134).

Estudo sobre as representações e as práticas de prevenção ao HIV e aids com jovens de uma favela carioca, Monteiro (2002) identificou no discurso desses, que na trajetória dos rapazes, ao invés da virgindade, valoriza-se a experiência sexual. Experiência esta que se baseia na tomada de iniciativa, na sedução e na desconexão entre sexo e vínculo amoroso. Neste caso, a iniciação sexual está relacionada com a aquisição da masculinidade, ou seja, a constituição da identidade masculina se constrói por meio da afirmação da virilidade.

As atitudes individuais diante de determinadas situações fazem com que algumas pessoas coloquem em risco a sua própria saúde e a de outros. No caso particular da atividade sexual e o risco de infecção pelas DST, sobretudo os jovens tendem a lidar com situações em que ganhos imediatos se contrapõem a perdas só detectáveis a longo prazo. Citando novamente Monteiro (2002), ao interrogar jovens em relação a sua percepção sobre sexo, obteve como resposta predominante “algo que é arriscado fazer, mas é gostoso”. Ou seja, de certa maneira, atividade sexual estaria relacionada com “correr algum risco”; o risco surge como algo que deve ser enfrentado e superado, mas não evitado e prevenido.

Se, como foi dito, não é suficiente a disseminação de informação para que as ações no campo da prevenção sejam mais eficazes, é necessário considerar as práticas, comportamentos, atitudes, percepções, valores, significados e modos de vida dos diferentes grupos sociais. A não adoção de práticas preventivas está relacionada com as variações dos modos de vida dos sujeitos sociais e da forma como esses se relacionam com a problemática da aids.

CAPÍTULO 2 – CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 Estratégia de Investigação: o desenho de estudo

O método é considerado o fio condutor na articulação entre uma teoria e a realidade empírica; a forma como se pretende analisar um problema, o nível de aprofundamento e o enfoque que será adotado é o que vai definir a escolha de uma metodologia. Para Minayo e Sanches (1993) um bom método é aquele que permite a construção de dados apropriados ao objeto de investigação, que oferece elementos para refletir sobre a dinâmica da teoria e, além disso, é operacionalmente exequível.

Neste estudo foram adotados os postulados da pesquisa quantitativa por se mostrarem mais pertinentes aos objetivos desejados. A abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis com a intenção de garantir a maior precisão dos resultados. Além disso, essa abordagem permite “uma explicação em extensão de como determinados sujeitos, agregados num nível populacional, tornam-se expostos/vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem, como demandam tratamento/atenção” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.195).

O presente estudo caracteriza-se por desenho de corte transversal, com foco na investigação dos aspectos referentes ao perfil sócio-econômico e demográfico da população de HSH da cidade do Recife, bem como nos conhecimentos, atitudes e práticas de risco e prevenção da aids. Nesse sentido, a abordagem quantitativa foi utilizada por permitir construir dados e informações sobre esses sujeitos em relação aos vários aspectos que os colocam em risco à infecção pelo HIV.

2.2 Variáveis do estudo

Para a apresentação da descrição dos dados da amostra estudada, foram consideradas as seguintes variáveis:

Variáveis sócio-demográficas:

Faixa Etária (18 – 20; 21 – 24; 25 – 29; 30 – 34; 35 – 39; 40 e mais); **Religião** (Católica; Evangélica; Espírita; Afro-Brasileira; Não-Possui; Outras); **Raça/Cor** (Branca; Preta; Parda;

Amarela; e Indígena); **Estado Civil** (Solteiro; Casado; Separado; Viúvo); **Situação de Moradia** (Sozinho; Com o Parceiro; Com minha Mulher/Família; Com Amigos; Com Pais ou Parentes; Outros); **Escolaridade** (até 1º grau; 2º grau incompleto; 2º grau completo; Superior); **Situação de Trabalho** (Empregado; Autônomo; Trabalho ocasional; Desempregado; Estudante; Aposentado); **Renda Per-Capita** (Sem Rendimento; menos de R\$ 300,00/mês; de R\$ 300,00 – 899,00/mês; de R\$ 900,00 – 2.099,00/mês; de R\$2.100,00 – 3.299,00/mês; R\$ 3.300,00 ou mais/mês).

Variáveis sobre Identidade e Comportamento sexual:

Identidade em relação à sexualidade (homossexual; entendido; bicha; gay; homem; bissexual; outros); **Parceiros Sexuais nos últimos 12 meses** (transa apenas com homens; transa com homens e mulheres); **Sentimento de Atração** (Sente atração somente por homens; Sente atração por homens e ocasionalmente por mulheres; Sente atração por mulheres e ocasionalmente por homens; Sente atração somente por mulheres); **Idade (anos) que teve as primeiras brincadeiras sexuais** (até 9; 10 – 14; 15 –19; 20 – 24; 25 anos ou mais); **Idade (anos) que teve a primeira relação sexual** (até 9; 10 – 14; 15 –19; 20 – 24; 25 – 40); **Idade (anos) que teve a primeira relação sexual com um Homem** (até 9; 10 – 14; 15 –19; 20 – 24; 25 – 40); **Padrão de relacionamento sexual no último mês** (Relação fixa com um homem sem sexo com outros; Relação fixa com um homem e sexo com outros; Relações esporádicas com diferentes homens; Não manteve relacionamento sexual); **Há quanto tempo dura à relação** (Menos de 3 meses; 3 meses a menos de 1 ano; 1 a 4 anos; Mais de 4 anos); **Local/situações onde conhece os parceiros sexuais** (Amigos, Bares, Rua, Locais culturais, Internet, Piscina / praia, Áreas de pegação, Sauna, Local de trabalho, Cinema pornô, Outros, Darkroom, Disque-namoro, Banheiros públicos, Áreas de prostituição, Anúncios de jornais); **Parceiros sexuais nos últimos seis meses** (Parceiros masculinos regulares, Parceiros masculinos casuais, Parceiros femininos regulares, Parceiros femininos casuais, Parceiros anônimos); **Recebeu dinheiro em troca de sexo/ Freqüência** (Sim, Não/ Sempre ou quase sempre, Às vezes, Raramente); **Ofereceu dinheiro, presente ou favores em troca de sexo/ Freqüência** (Sim, Não; Sempre ou quase sempre, Às vezes, Raramente).

Práticas sexuais e uso de preservativo:

Práticas sexuais nos últimos seis meses com e sem preservativo (Sexo anal; Sexo anal; sexo vaginal; Sexo anal e oral; Sexo anal / vaginal / oral; Sexo anal / vaginal / oral / lambe ânus); **Usou camisinha na última relação sexual** (Sim, Não); **Freqüência do uso de camisinha**

(Sempre, Algumas vezes, Raramente, Nunca); *Nos últimos 6 meses fez sexo anal e não usou camisinha* (Sim, Não); *Quantas vezes fez sexo anal sem usar camisinha* (1 a 5 vezes, 6 a 15 vezes, 16 ou mais); *Só fez sexo sem camisinha* (Com parceiro regular -caso, namorado; Com outro tipo de parceiro); *Motivos para o não uso de preservativo* (Sente-se melhor fazendo sexo sem camisinha, Estava apaixonado, Sabia que você e o seu parceiro tinham o mesmo sorostatus, Concordou em não gozar (dentro) no seu parceiro, Ambos já tinham feito sexo anal sem camisinha antes, Seu parceiro concordou em não gozar (dentro) em você, Seu parceiro lhe disse que era HIV negativo, Estava muito excitado e não parou para colocar a camisinha, Não havia camisinha disponível, Usar camisinha perde o tesão, Tinha bebido ou usado alguma droga, Estava farto de fazer sexo seguro).

Práticas Sexuais nos últimos 12 meses e uso de preservativo:

Fez sexo anal 1 ou mais vezes nos últimos 12 meses (Sim; Não); *Usou Camisinha nos últimos 12 meses* (Sim; Não); *Pensando no parceiro com quem fez sexos sem camisinha* (Tinha conhecimento do sorostatus de todos meus parceiros; Tinha conhecimento do sorostatus de alguns dos meus parceiros; Não tinha conhecimento do sorostatus de nenhum dos meus parceiros); *Frequência que não usou Camisinha nos últimos 12 meses* (Apenas 1 vez; 2 a 5 vezes; 6 a 15 vezes; 16 ou mais vezes; Não sabe); *Frequência que a Camisinha saiu nos últimos 12 meses* (Nenhuma; Apenas 1 vez; 2 vezes; 3 ou mais vezes; Não sabe); *Frequência vezes que a Camisinha rasgou nos últimos 12 meses* (Nenhuma; Apenas 1 vez; 2 vezes; 3 ou mais vezes; Não sabe).

Testagem para o HIV

Alguma vez fez o teste HIV (Sim, Não); *Quantas vezes os entrevistados já fizeram o teste HIV* (1 vez, 2 vezes, 3 vezes, 4 vezes, 5 vezes ou mais, Não sabe quantas vezes vez); *Ultimo ano que fez o teste HIV* (2005/2006, 2004, 2003, 2002 e antes, Não sabe); *Conhece alguém que tem (teve) HIV/AIDS* (Sim, Não)

Uso de Drogas e Álcool e efeitos causados pela bebida

Drogas (Usa, Não usa); *Frequência do consumo de bebida alcoólica* (Nenhuma, 1 ou menos de 1 vez por mês, 2 a 4 vezes por mês, 2 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana); *Doses que consome ao beber* (1 a 4 doses, 5 a 9 doses, 10 ou mais doses), *Frequência que consome 6 ou mais doses* (Nenhuma, Menos que 1 vez por mês, Menos que 1 vez por semana, 1 ou mais vezes por semana); *Frequência que não conseguiu parar de beber*

(Nenhuma, Menos que 1 vez por mês, Menos que 1 vez por semana, 1 ou mais vezes por semana); *Deixou de fazer o esperado devido ao consumo de álcool* (Nenhuma, Menos que 1 vez por mês, Menos que 1 vez por semana, 1 ou mais vezes por semana);

Precisou de uma dose pela manhã para sentir-se melhor (Nenhuma, Menos de uma vez por mês), *Culpa ou remorso depois de beber* (Nenhuma, Menos que 1 vez por mês, Menos que 1 vez por semana, 1 ou mais vezes por semana); *Não conseguiu lembrar o que havia acontecido depois de beber* (Nenhuma, Menos que 1 vez por mês, Menos que 1 vez por semana, 1 ou mais vezes por semana); *Foi criticado pela bebida* (sim, não); *Alguém sugeriu para de beber* (sim, não); Idade que começou a beber (Menor que 15 anos, Entre 15 e 19 anos, 20 anos ou mais); *Efeitos da bebida* (Fica mais fácil se abrir com os outros; Sente-se mais desinibido com sexo; Sente-se mais atraente sexualmente; As atividades sexuais são mais prazerosas; Fica mais fácil conversar com seu companheiro (a) sobre seus sentimentos/problemas ; Fica mais agressivo para com as pessoas).

Variáveis sobre conhecimentos e atitudes

Conhecimentos (HIV é transmitido pelo sêmen; HIV é transmitido por sangue; HIV é transmitido por saliva; Uma pessoa pode transmitir o HIV apesar de parecer muito saudável; O uso de preservativo vai prevenir a transmissão do HIV; Diminuir o número total de parceiros sexuais reduz o risco de contrair o HIV; O importante para reduzir riscos não é o nº de parceiros, mas o que faz com eles); *Atitudes e auto-eficiência* (Nas relação sexuais, você normalmente é a pessoa que determina o que fazer e quando; Não há realmente nada que você possa fazer para evitar contrair o HIV; Se o parceiro sexual não quer praticar sexo seguro, você pode fazer pouco para mudar; Qualquer pessoa pode evitar se contaminar com o HIV; Para evitar o contágio com o HIV, basta tomar cuidado com o tipo de relação que tem; Não tem problemas em dizer não, às pessoas que se recusam a praticar sexo seguro; Em termos de sua saúde, não há muito que possa fazer depois que contraiu o HIV; Se você tem sexo anal usando preservativo, não vai pegar, nem transmitir o HIV); *Comunicação com os parceiros sexuais* (Não tem problemas em falar com seus parceiros sexuais o que gosta de fazer na cama; Não tem problemas em dizer o que fará ou não na cama, à um parceiro sexual; Em geral, sente-se envergonhado ao conversar com seus parceiros sexuais sobre sexo; Acha fácil perguntar aos seus parceiros sexuais o que eles acham de sexo seguro); *Atitudes sobre sexo e saúde* (Acha fácil falar com um parceiro sexual que não vai transar sem usar preservativo; Acha difícil, no auge da excitação, fazer sexo mais seguro; Desde que use preservativo durante coito anal não tem que se preocupar com AIDS; Sua saúde é determinada pela sorte);

Para o estudo da análise dos fatores associados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas, tomou-se como **variável dependente** a prática de sexo anal e vaginal sem o uso de preservativo, nos últimos seis meses. E como **variáveis independentes**, as elencadas nas tabelas de 15 a 18 do capítulo de resultados. Para melhor representar o efeito das variáveis preditivas escolhidas foram criadas variáveis categóricas. Para o estabelecimento dos estratos de cada variável, considerou-se suas especificidades, suas frequências relativas e a revisão bibliográfica efetuada.

2.3 Construção de Amostra para População de Difícil Acesso: a escolha da técnica

As questões relativas ao processo de construção da amostra integram parte fundamental do desenho de investigação, principalmente porque a possibilidade de generalização dos resultados de um estudo depende diretamente da maneira como a mesma foi elaborada. A qualidade na construção de amostras probabilísticas, ou seja, como uma amostra é selecionada e construída, é um aspecto que possibilita fazer inferências sobre determinada população, assim como permite que os resultados subsidiem estratégias de intervenção. Desta forma, as amostras em que cada participante tem a mesma chance conhecida de ser escolhido são consideradas ideais.

Existem dificuldades para definir amostras que permitam a aplicação dos princípios probabilísticos com populações que têm comportamentos não explícitos e, às vezes, não aceitos publicamente, como é o caso da população HSH. Em muitas situações, a utilização de amostras não probabilísticas, embora possa produzir resultados com alguns vieses que dificultam a verificação da magnitude do objeto estudado, podem gerar um conjunto de dados relevantes. Alternativas têm sido propostas visando minimizar o problema da construção de amostras não probabilísticas para populações estigmatizadas ou de difícil acesso, com base nos princípios de heterogeneidade ou diversidade; os quais possibilitam que as amostras sejam construídas incorporando pequenos grupos diferenciados, em populações heterogêneas e recrutadas de diferentes locais (ex: o recrutamento deve garantir pessoas de diferentes idades e classes sociais) (SEMAAN; LAUBY; LIEBMAN, 2002).

Os desafios para elaborar amostras com população de HSH que permitam realizar um estudo de base populacional, são grandes e diversos. Várias estratégias têm sido formuladas para eliminar, reduzir ou controlar os vieses desse processo. Algumas técnicas estão sendo

utilizadas na tentativa de superar essas limitações, dentre elas: “bola de neve” (*snowball*); “amostragem local-tempo” (*Time-Location Sampling - TLS*), e “amostragem conduzida pelo participante” (*Respondent-Driven Sampling - RDS*) e outras técnicas que fazem uso da referência em cadeia (*chain-referral*) (SEMAAN; LAUBY; LIEBMAN, 2002). Esses procedimentos têm apresentado um grande potencial, uma vez que estudos sobre redes sociais têm mostrado que em populações grandes, como nos EUA, todo indivíduo está indiretamente associado a outro membro da sociedade através de aproximadamente seis intermediários.

Entre alguns problemas apresentados pela técnica de *snowball*, está a sua não representatividade, pois tende a concentrar-se em pessoas com perfil muito similar ou em voluntários. A *Time-Location Sampling* tende a selecionar apenas aqueles participantes que estão visíveis num determinado local, situação esta percebida no estudo realizado em 2002 no Ceará (KERR-PONTES et al., 1999; KERR-PONTES et al. 2004). Enquanto o *Respondent-Driven Sampling*, desenvolvido por Heckathorn & Broadhead para realização de estudos voltados para usuários de drogas injetáveis, é empregado em situações onde o universo amostral da população de interesse existe e o conglomerado faz parte de uma rede. Essa técnica difere das outras duas, que também se baseiam no método de referência em cadeia, por permitir o cálculo de pontos de estimação com erros-padrão (HECKATORN, 2002). A RDS foi a técnica escolhida para a construção da amostra do presente estudo.

A RDS, a exemplo das outras técnicas que fazem uso da referência em cadeia de amostragem, parte do princípio de que pessoas pertencentes a populações de “difícil acesso” estão mais bem habilitadas para identificar, localizar e recrutar seus colegas do que os próprios pesquisadores. Nesse sentido, a amostragem *Respondent-Driven* habitualmente tem início com um número pequeno de pessoas, escolhidas de maneira não aleatória, que deverão indicar os participantes seguintes. Além disso, existe no processo um sistema de “cotas” de recrutamento, ou seja, cada pessoa deverá indicar um número determinado de conhecidos. Para os formuladores da técnica, também há a questão do incentivo, cada participante deve receber um valor por pessoa indicada e que aceita participar (SEMAAN; LAUBY; LIEBMAN, 2002). Devido à limitação de recursos, não se utilizou incentivo neste estudo.

As potencialidades da RDS são muitas. As cotas alongam as cadeias de referência ajudando a eliminar ou reduzir os vícios associados à escolha inicial dos conhecidos, e permitindo maior penetração em diversos e isolados setores da população (SEMAAN; LAUBY; LIEBMAN, 2002). A idéia que existe nesse processo é de que a composição da amostra se torne estável, independente das pessoas com quem o processo teve início. Desta forma, a amostra final deverá ser bastante diferente da rede da qual se recrutou os

participantes. O acompanhamento das relações existentes entre os recrutadores e os recrutados permitirá calcular a probabilidade de seleção e estimar o grau de precisão com que a amostra reflete a real medição da população (HECKATORN, 2002).

Com o propósito de maximizar a representatividade do estudo - uma vez que não se conhece o universo da população de HSH, seja em Recife ou em qualquer outra área geográfica - construiu-se uma amostra utilizando a técnica de amostragem RDS, direcionada a partir do recrutamento de 10 entrevistados.

2.4 População de Estudo: a seleção dos participantes

A primeira etapa na construção da amostra foi o recrutamento de 10 homens com idades entre 18 e 60 anos, que tivessem praticado sexo oral ou anal com outros homens, nos últimos seis meses. Os critérios de escolha dos primeiros participantes tentaram contemplar as possíveis variações entre as categorias idade, prática sexual e classe social (jovens e adultos; homossexuais e bissexuais; classe baixa, média e alta) e, com isto, garantir a maior representatividade possível da população de HSH. Os 10 primeiros participantes foram denominados “sementes”, e escolhidos/indicados por profissionais e entidades que trabalham na área de prevenção com esta população. Na ocasião do primeiro contato telefônico com as 10 pessoas escolhidas, foi informado o objetivo geral da pesquisa e solicitada a colaboração para responder ao questionário.

De cada “semente” foi requerida a indicação de três outros participantes que atendessem aos critérios de inclusão do estudo, que não fossem seus parentes, amigos muito próximos ou parceiros (erótico-afetivo-sexuais), e que possivelmente aceitariam participar da pesquisa. Dessa maneira, foi construída uma rede de pessoas recrutadas a partir dos 10 participantes iniciais, repetindo-se o mesmo procedimento para os demais participantes. Cada novo grupo de indicações foi chamado de “onda” (Apêndice A). À guisa de exemplo, considerar o seguinte esquema:

Semente 1 – gera indicações 1.1, 1.2, 1.3;

Indicado 1.2 – gera indicações 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, e assim sucessivamente.

A codificação estabelecida permite rastrear todos os indicados a partir de suas respectivas sementes. Este procedimento de recrutamento gerou, até o momento, pelo menos três ondas subsequentes para construção da amostra do presente estudo, de acordo com o fluxo das indicações e realização das entrevistas.

2.5 Da Seleção e Treinamento dos Pesquisadores à Coleta de Dados

A equipe da pesquisa foi constituída de uma coordenação de pesquisa – a orientadora deste trabalho e a pesquisadora principal, autora e supervisora de campo – e de cinco pesquisadores, selecionados entre profissionais de saúde e educadores na área de prevenção, sendo três mulheres e dois homens. Em função das especificidades da técnica de pesquisa adotada e da população estudada, foi considerada fundamental a experiência prévia em pesquisas e em atividades educativas de aconselhamento/prevenção em DST/AIDS, além da sensibilidade para trabalhar com a temática.

Antes de iniciar as atividades de campo, foi realizado um treinamento dos pesquisadores para a aplicação dos questionários, ocasião na qual foram apresentados os objetivos da pesquisa, os procedimentos para o recrutamento dos participantes e os aspectos relevantes na postura do entrevistador – flexibilidade, respeito, acolhimento, estabelecimento de empatia. Nesse momento, a equipe também tomou conhecimento das questões integrantes do questionário, discutindo dúvidas e situações hipotéticas para propiciar a familiarização com o instrumento; assim como, foram realizadas simulações de situações no campo.

Além dos procedimentos de abordagem e coleta de dados, a equipe foi orientada a realizar uma ação educativa de prevenção após a aplicação do questionário. Tal atividade consistiu na entrega de preservativos e materiais educativos, elaborados e disponibilizados tanto pelo Programa Estadual como pelo Programa Municipal do Recife de DST/AIDS, contendo informações sobre prevenção, relação de serviços de referência para prevenção e assistência às DST e aids em todo o Estado de Pernambuco. Também era realizado um breve aconselhamento sobre práticas de sexo seguro, auto-percepção e vulnerabilidade, enfatizando principalmente as informações relacionadas às práticas de risco relatadas pelo entrevistado e/ou relacionada a afirmações/percepções sobre as principais DST e aids, dentre outros temas.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado (Apêndice B), de modo a permitir a comparabilidade com questões padrões recomendadas para este tipo de população sobre a temática de HIV e Aids. O questionário utilizado foi uma adaptação de instrumentos semelhantes utilizados em outros estudos nacionais (KERR-PONTES et al., 1998). Contém 94 questões, divididas em 23 seções temáticas enfocando dados sócio-demográficos, identidade sexual, padrões de relacionamentos, experiências sexuais, conhecimentos sobre HIV/Aids, atitudes em relação ao sexo seguro, uso de álcool e drogas, busca por testagem para HIV, uso de preservativos, hábitos e redes sociais, entre outros.

Os participantes foram contatados via telefone. Nesta primeira abordagem, os pesquisadores se identificaram, esclarecendo o motivo da ligação, o processo de indicações para participar da pesquisa, bem como quem os havia indicado. A entrevista para aplicação do questionário foi agendada em dia, horário e local, de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes. Assim, os questionários foram aplicados em diversos locais, como residência do participante, centros comerciais, praças e local de trabalho. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 50 minutos. Nem todos os contatados concordaram em participar do estudo. Foram registradas recusas diretas, recusas tácitas, e algumas entrevistas não foram realizadas por dificuldades de agenda ou dificuldades de contato com os indicados. Estes aspectos não serão considerados no presente estudo pois serão objetos de análise em outra etapa da pesquisa, ainda em curso.

Após o preenchimento dos questionários, os pesquisadores realizaram a ação educativa de prevenção, conforme orientação recebida durante o treinamento, considerando também as dúvidas e comentários dos participantes. Ao final, os participantes poderiam receber dois vales-transporte, se assim o desejassem.

Para esta fase da pesquisa, a coleta foi realizada no período de novembro de 2005 a março de 2006.

2.6 Processamento e Análise dos Dados

Após o preenchimento dos questionários, os mesmos foram revisados pela supervisora de campo, para análise e crítica de cada um dos campos. As dúvidas foram discutidas com os

pesquisadores para tentar solucionar possíveis erros de preenchimento. Nessa etapa, alguns entrevistados foram contatados novamente para o preenchimento de informações inconsistentes ou em branco.

A base de dados foi gerada usando a plataforma Access, versão Microsoft®Access 2000. À medida que se procedia à conclusão da revisão dos questionários, seguiu-se a digitação dos dados. Os dados foram digitados por estagiários do Laboratório de Métodos Quantitativos em Saúde, NESC/CPqAM, e o acompanhamento da digitação foi realizado pela autora do trabalho. Para a apresentação, descrição e análises estatísticas dos dados, os *softwares* empregados foram: Microsoft®Word 2000 – como processador de textos e edição das tabelas; o Microsoft®Excel 2000 – para a elaboração de tabelas e cálculos de medidas de tendência central e desvio padrão; e o EPI Info (versão 6.04), para as distribuições de frequências, tabulações, cálculo de Razão de Prevalência, intervalo de confiança e valor de p.

2.7 Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Aos participantes do estudo foram garantidos o sigilo das informações e o anonimato, de acordo com a Resolução nº 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Participaram da pesquisa as pessoas que além de atender aos critérios de inclusão, compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados foram obtidos a partir de uma amostra da população de HSH, na cidade do Recife, totalizando 277 entrevistados, no período de novembro de 2005 a março de 2006. Os dados obtidos proporcionaram um conjunto de informações sócio-comportamentais sobre essa população que serão apresentadas em bloco, conforme a seleção das variáveis, e o tipo de análise.

3.1 Descrição e Caracterização da Amostra

Caracterização sócio-demográfica

A análise das características sócio-demográficas indica que foi possível alcançar diferentes grupos de HSH. Os dados relativos a essas variáveis estão apresentados na tabela 1.

Mais da metade (53,4%) dos HSH tem menos de 30 anos; apenas 13%, com idade igual ou superior a 40 anos. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 56 anos, com a média em torno de 30 anos.

A religião católica foi a mais referida entre os entrevistados, representando cerca de 48%, seguida da religião espírita (16,6%) e da evangélica (7,2%). Destaca-se um percentual expressivo (19,5 %) daqueles que não possui religião.

A informação sobre a categoria raça/cor foi obtida através da auto-definição dos entrevistados e agrupadas de acordo com a classificação de 1994 do IBGE (BRASIL, 2005). De acordo com o critério de classificação adotado, 42,2% se auto-definiram de raça/cor branca, 36,4% parda e 20% preta.

O estado civil referido pela quase totalidade (90,6%) foi solteiro; e somente 6,1% disseram estar casados. Foram considerados separados (2,5%) aqueles que responderam divorciado ou desquitado/separado.

A maioria dos HSH mora na companhia de alguém: 63,5% moram com pais e/ou parentes, 10% na companhia de amigos, 7,2% com parceiro e, 16,6%, sozinho.

Apenas 14% dos entrevistados tem baixo nível de escolaridade, com no máximo o segundo grau incompleto. A maior parte possui escolaridade mais elevada, tendo 38% o nível superior, e destes, alguns entrevistados ainda referiram ter pós-graduação.

Sobre a situação de trabalho atual, 51% está empregado regularmente, um percentual razoável refere trabalho autônomo (11,5%) ou ocasional (11,5%). Mais de 15% estão desempregados ou procurando trabalho. Ainda em relação à dimensão sócio-econômica, 9% dos entrevistados não têm rendimentos, enquanto 48,9% percebe salário de no mínimo R\$ 300,00 e um máximo de R\$ 899,00. Apenas 4,3% relata renda igual ou acima de R\$ 3.300,00.

Tabela 1 – Distribuição da população de HSH estudada segundo características sócio-demográficas selecionadas. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Faixa Etária (Q102)			
• 18 – 20	30	10,8	10,8
• 21 – 24	49	17,7	28,5
• 25 – 29	69	24,9	53,4
• 30 – 34	59	21,3	74,7
• 35 – 39	34	12,3	87
• 40 e +	36	13	100
Religião (Q108)			
• Católica	132	47,7	47,7
• Evangélico	20	7,2	54,9
• Espírita	46	16,6	71,5
• Afro-Brasileira	9	3,2	74,7
• Não-Possui	54	19,5	94,2
• Outras	16	5,8	100
Raça/Cor			
• Branca	116	42,2	42,2
• Preta	55	20	62,2
• Parda	100	36,4	98,6
• Amarela	3	1	99,6
• Indígena	1	0,4	100
Estado Civil (Q107)			
• Solteiro	251	90,6	90,6
• Casado	17	6,1	96,7
• Separado	7	2,5	99,2
• Viúvo	2	0,7	100
Situação de Moradia (Q201)			
• Sozinho	46	16,6	16,6
• Com o Parceiro	20	7,2	23,8
• Com minha Mulher/Família	6	2,2	26
• Com Amigos	28	10,1	36,1
• Com Pais/Parentes	176	63,5	99,6
Escolaridade (Q103)			
• 1º grau	12	4,4	4,4
• 2º grau incompleto	27	9,8	14,2
• 2º grau completo	132	47,8	62
• Superior	105	38	100
Situação de Trabalho (Q104)			
• Empregado	138	51,1	51,1
• Autônomo	31	11,5	62,6
• Trabalho ocasional	31	11,5	74,1
• Desempregado	41	15,2	89,3
• Estudante	23	8,5	97,8
• Aposentado	6	2,2	100
Renda Per-Capita (Q2101)			
• Sem Rendimento	25	9	9
• < 300	26	9,4	18,4
• 300 – 899	134	48,9	67,3
• 900 – 2099	57	20,7	88
• 2100 – 3299	21	7,6	95,6
• > 3300	12	4,4	100
Total	277	100	

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas.

Identidade e comportamento sexual

A análise das variáveis que traduzem a identidade sexual e os diferentes aspectos do comportamento sexual estão apresentadas nas tabelas 2, 3 e 4.

Em relação à definição da sexualidade, a maioria dos entrevistados (64%) se identificou como homossexuais. Cerca de 13% se definem como gays ou bissexuais. Destaca-se um percentual de 3,2% que se identifica como “homem” (tabela 2).

Aproximadamente 82% dos participantes referiram ter praticado sexo somente com homens nos últimos doze meses. A maior parte dos HSH (73,7%) tem atração somente por homens; não foi desprezível o número dos que referiram se sentiram atraídos por homens e mulheres (25%), com alguma frequência, nos últimos 12 meses (tabela 2).

Em relação à iniciação sexual, 33,2% dos entrevistados referiu que suas primeiras brincadeiras sexuais aconteceram na infância, até os nove anos de idade e, para a metade, essa experiência ocorreu entre os 10 e 14 anos de idade. Quando questionados sobre a idade da primeira relação sexual, 37,3% relataram ter tido essa experiência até 14 anos; metade referiu sua primeira relação entre 15 e 19 anos. Quanto à idade da primeira relação sexual com um homem, 46,8% referiram essa prática entre 15 e 19 anos e, aproximadamente, 18% de 20 a 24 anos (tabela 2).

As relações esporádicas com diferentes homens representam o maior percentual (36,9%) em resposta ao padrão de relacionamento sexual mantido nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, porém, muito próximo do percentual (32,8%) daqueles que disseram ter uma relação fixa com um homem, sem sexo com outros homens no período. O percentual acumulado de quem mencionou manter uma relação fixa, independente de ter sexo com outros homens, nos últimos 30 dias, foi de 46,6%; e destes, existem números bem aproximados entre os que referem ter uma relação fixa com duração de até três meses (28,3%) e aqueles com relação que já duram de um a quatro anos (30%) (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da população de HSH estudada em relação à identidade e alguns aspectos de comportamento sexual. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Identidade em relação à sexualidade (Q203)			
Homossexual	177	63,9	63,9
Entendido	15	5,4	69,3
Bicha	1	0,4	69,7
Gay	37	13,4	83
Homem	9	3,2	86,3
Bissexual	36	13	99,3
Outros**	2	0,7	100
Parceiros Sexuais nos últimos 12 meses (Q301)			
Transa apenas com Homens	226	81,9	81,9
Transa com Homens e Mulheres	50	18,1	100
Sentimento de Atração (Q303)			
Sente atração somente por Homens	204	73,7	73,7
Sente atração por Homens e ocasionalmente por Mulheres	64	23,1	96,8
Sente atração por Mulheres e ocasionalmente por Homens	5	1,8	98,6
Sente atração somente por Mulheres	4	1,4	100
Idade (anos) que teve as primeiras brincadeiras sexuais (Q305)			
Até 9	91	33,2	33,2
10 14	137	50,2	83,4
15 19	39	14,2	97,6
20 24	3	1	98,6
> 25	4	1,4	100
Idade (anos) que teve a primeira relação sexual (Q306)			
Até 9	5	1,8	1,8
10 14	98	35,5	37,3
15 19	138	50	87,3
20 24	26	9,4	96,7
25 40	9	3,3	100
Idade (ano) que teve a primeira relação sexual com um Homem (Q307)			
Até 9	5	1,8	1,8
10 14	75	27,2	29
15 19	129	46,8	75,8
20 24	49	17,7	93,5
25 40	18	6,5	100
Padrão de relacionamento sexual no último mês (Q401)			
Relação Fixa com um Homem sem Sexo com Outros	91	32,8	32,8
Relação Fixa com um Homem e Sexo com Outros	38	13,7	46,5
Relações Esporádicas com Diferentes Homens	102	36,9	83,4
Não Manteve Relacionamento Sexual	46	16,6	100
Há quanto tempo dura a relação (Q402)			
Menos de 3 meses	36	28,3	28,3
3 meses a menos de 1 ano	25	19,7	48
1 a 4 anos	38	30	78
Mais de 4 anos	28	22	100
Total	277	100	

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas;

** Um travesti e um transgênero

Quando perguntados sobre as situações e possíveis lugares para encontro de parceiros sexuais nos últimos seis meses (tabela 3), os entrevistados responderam que a maneira mais

freqüente (61%) foi por meio de amigos; os locais mais utilizados foram bares/boates (58,4%) e as ruas/parques ou praças (37,9%). Ressalta-se que a internet que foi citada por 77 (27,7%) dos entrevistados, e apenas 5% referiu áreas de prostituição para encontrar parceiros.

Tabela 3 – Comportamento sexual: distribuição dos locais e situações em que os entrevistados referem ter encontrado parceiros sexuais nos últimos seis meses. Recife, 2006.

Local/situações onde conhece os parceiros sexuais	N*	%
Amigos	169	61,0
Bares	162	58,4
Rua	105	37,9
Locais culturais	87	31,4
Internet	77	27,7
Piscina / praia	72	26,0
Áreas de pegação	66	23,8
Sauna	62	22,3
Local de trabalho	58	20,9
Cinema pornô	57	20,5
Outros	43	15,5
<i>Darkroom</i>	36	13,0
Disque-namoro	34	12,0
Banheiros públicos	31	11,1
Áreas de prostituição	14	5,0
Anúncios de jornais	5	1,8
SOMA	1078	

*Os números expostos correspondem à soma dos que responderam sempre ou às vezes

Em relação aos parceiros sexuais nos últimos seis, cerca de 85% dos HSH relataram ter tido pelo menos um parceiro regular masculino; em torno de 63% tiveram parceiros casuais masculinos; e 45%, referiram relação com parceiros anônimos masculinos (tabela 4). Os valores encontrados em relação às práticas sexuais com parcerias femininas, no período considerado, são muito baixos. As definições sobre parceiros sexuais estão relacionadas no cartão resposta D do questionário (Apêndice B)

Na investigação sobre a troca de dinheiro e favores por sexo, observa-se que 20,2% receberam dinheiro e 33,2% ofereceram dinheiro, presentes ou favor. Dos que referiram essas práticas, a maior parte relatou ter acontecido raramente: 65,4% dos que receberam, e 59,3% daqueles que ofereceram (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da população de HSH estudada em relação ao tipo de parceiros sexuais nos últimos seis meses e comportamento sexual. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Parceiros Sexuais nos últimos seis meses			
Parceiros Masculinos Regulares	235	84,8	
Parceiros Masculinos Casuais	174	62,8	
Parceiros Femininos Regulares	21	7,6	
Parceiros Femininos Casuais	19	6,8	
Parceiros Anônimos	125	45,1	
Recebeu dinheiro em troca de sexo (Q601)			
Sim	56	20,2	20,2
Não	221	79,8	100
Frequência (Q602)			
Sempre/quase sempre	8	15,4	15,4
Às vezes	10	19,2	34,6
Raramente	34	65,4	100
Ofereceu dinheiro, presente ou favores em troca de sexo (Q603)			
Sim	92	33,2	33,2
Não	185	66,8	100
Frequência (Q604)			
Sempre/quase sempre	9	9,9	9,9
Às vezes	28	30,8	40,7
Raramente	54	59,3	100
Total	277	100	

Práticas sexuais e uso de preservativo

Procedeu-se a análise das práticas sexuais, com ou sem preservativo, nos últimos seis meses, com o propósito de quantificar a frequência do envolvimento dos HSH em relações sexuais desprotegidas (RSD), bem como de observar as variações que ocorrem de acordo com a diversidade de práticas relatadas. Os dados apresentados na tabela 5 mostram que as RSD aumentam na medida em que são incluídas diferentes práticas sexuais. Do total de 277 entrevistados, 36,5% disseram ter praticado sexo anal insertivo ou receptivo desprotegido, esse número tem um discreto aumento quando se considera também o sexo vaginal (40,2%). Porém, quando se agrega a informação de sexo oral o percentual de RSD atinge 85,5%.

Tabela 5 – Distribuição da população de HSH estudada em relação às práticas sexuais nos últimos seis meses com ou sem o uso de preservativo. Recife, 2006.

Práticas sexuais nos últimos 6 Meses Com/Sem preservativo		N*	%
Sexo anal	Com	176	63,5
	Sem	101	36,5
Sexo anal e vaginal	Com	165	59,8
	Sem	111	40,2
Sexo anal e oral	Com	46	16,6
	Sem	231	83,4
Sexo anal / vaginal / oral	Com	40	14,5
	Sem	236	85,5
Sexo anal / vaginal / oral / lamber ânus	Com	34	12,3
	Sem	242	87,7
Total		277	

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas.

* Para o agrupamento foram consideradas as práticas sexuais ativas e receptivas

Na tabela 6 são apresentadas as informações sobre o uso de preservativo. A grande maioria dos entrevistados (79,3%) afirma ter usado preservativo na sua última relação sexual com penetração, e em relação à frequência de uso, 68,9% admitem usar preservativo em todas as relações sexuais. No entanto, quando perguntados sobre a prática do sexo anal e do uso da camisinha nos últimos seis meses, 109 (39,4%) pessoas disseram não ter usado camisinha em algum momento nesse período, desses, 57,9% referiram que essa prática aconteceu de uma a cinco vezes, e a maior parte (71,3%) afirmaram ter feito sexo anal sem camisinha com o parceiro regular (caso ou namorado).

As razões do não uso da camisinha mais citadas foram que se sente melhor fazendo sexo sem camisinha (69,7%) e porque estava apaixonado (62,3%), apenas 13,7% disseram não ter usado porque haviam bebido ou usado alguma droga (tabela 7).

Os resultados em relação à prática do sexo anal nos últimos doze meses e o uso de preservativo estão expostos na tabela 8. A prática do sexo anal insertivo ou receptivo é alta, 96% dos HSH entrevistados referiram essa prática nos últimos doze meses e aproximadamente metade (47,7%) não usou camisinha em alguma situação nesse período. Daqueles que disseram não ter usado camisinha, 44% não conheciam a condição de soropositividade ou negatividade para o HIV (*sorostatus*) de nenhum dos seus parceiros; 32,3% teve essa prática de 2 a 5 vezes. Ressalta-se que 25,2% não sabem informar a frequência do não uso do preservativo nos últimos 12 meses. Em relação aos acidentes que podem acontecer com o uso da camisinha (sair ou rasgar durante a relação), observa-se que os percentuais são baixos, com uma maior frequência da situação em que a camisinha rasgou.

Tabela 6 – Distribuição da população de HSH estudada em relação às práticas sexuais e uso de preservativos. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Usou camisinha na última relação sexual (Q1501)			
Sim	219	79,3	79,3
Não	57	20,7	100
Frequência do uso de camisinha (Q1502)			
Sempre	190	68,9	68,9
Algumas vezes	65	23,5	92,4
Raramente	8	2,9	95,3
Nunca	13	4,7	100
Nos últimos 6 meses fez sexo anal e não usou camisinha (Q1503)			
Sim	109	39,4	39,4
Não	168	60,6	100
Quantas vezes os entrevistados fizeram sexo anal sem usar camisinha (Q1504)			
1 a 5 vezes	62	57,9	57,9
6 a 15 vezes	13	12,2	70,1
16 ou mais	32	29,9	100
Só fez sexo sem camisinha (Q1505)			
Com parceiro regular (caso, namorado)	77	71,3	71,3
Com outro tipo de parceiro	31	28,7	100
Total	277	100	

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas.

Tabela 7 – Distribuição da população de HSH que praticou sexo anal sem camisinha em relação aos motivos que influenciaram o não uso da mesma. Recife 2006.

Motivos para o não uso de preservativo	N*	%
Sente-se melhor fazendo sexo sem camisinha	76	69,7
Estava apaixonado	68	62,3
Sabia que você e o seu parceiro tinham o mesmo sorostatus	49	44,9
Concordou em não gozar (dentro) no seu parceiro	47	43,1
Ambos já tinham feito sexo anal sem camisinha antes	45	41,0
Seu parceiro concordou em não gozar (dentro) em você?	40	36,6
Seu parceiro lhe disse que era HIV negativo	38	34,8
Estava muito excitado e não parou para colocar a camisinha	34	31,2
Não havia camisinha disponível	32	29,3
Usar camisinha perde o tesão	29	26,6
Tinha bebido ou usado alguma droga	15	13,7
Estava farto de fazer sexo seguro	14	12,8
Soma	487	

* Para esse cálculo foi considerada a soma dos que responderam sempre, maior parte do tempo e de vez em quando.

Tabela 8 – Distribuição da população de HSH estudada em relação à prática do sexo anal e uso de preservativos nos últimos 12 meses. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Fez sexo anal 1 ou mais vezes nos últimos 12 meses (Q2401)			
Sim	266	96	96
Não	11	4	100
Usou Camisinha nos últimos 12 meses			
Sim	139	52,3	52,3
Não	127	47,7	100
Pensando no parceiro com quem fez sexos sem camisinha (Q2403)			
Tinha conhecimento do sorostatus de todos meus parceiros	50	40	44
Tinha conhecimento do sorostatus de alguns dos meus parceiros	20	16	56
Não tinha conhecimento do sorostatus de nenhum dos meus parceiros	55	44	100
Frequência que não usou Camisinha nos últimos 12 meses (Q2402_C)			
Apenas 1 vez	22	17,3	17,3
2 a 5 vezes	41	32,3	49,6
6 a 15 vezes	16	12,6	62,2
16 ou mais vezes	16	12,6	74,8
Não Sabe	32	25,2	100
Frequência que a Camisinha saiu nos últimos 12 meses (Q2402_A)			
Nenhuma	219	82,3	82,3
Apenas 1 vez	16	6	88,3
2 vezes	17	6,4	94,7
3 ou mais vezes	10	3,8	98,5
Não Sabe	4	1,5	100
Frequência vezes que a Camisinha rasgou nos últimos 12 meses (Q2402_B)			
Nenhuma	171	64,3	64,3
Apenas 1 vez	44	16,6	80,9
2 vezes	25	9,4	90,3
3 ou mais vezes	24	9	99,3
Não Sabe	2	0,7	100
Total	277	100	

Teste sorológico para o HIV

A maioria dos entrevistados (69,6%) relatou ter feito o teste do HIV alguma vez na vida, entre esses, 61,4% referem que o fizeram pelo menos três vezes. Importante ressaltar que a maior parte (57,3%) realizou o teste recentemente, entre os anos 2005 e 2006. Dentre os entrevistados, 84,4% referiram conhecer alguém que tem/teve a infecção pelo HIV ou aids (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da população de HSH estudada em relação à realização de testagem para o HIV. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Alguma vez fez o teste HIV (Q1901)			
Sim	192	69,6	69,6
Não	84	30,4	100
Quantas vezes os entrevistados já fizeram o teste HIV (Q1902)			
1 vez	46	23,9	23,9
2 vezes	45	23,4	47,3
3 vezes	27	14,1	61,4
4 vezes	21	11	72,4
5 vezes ou mais	48	25	97,4
Não sabe quantas vezes vez	5	2,6	100
Ultimo ano que fez o teste HIV (Q1903)			
2005/2006	110	57,3	57,3
2004	28	14,6	71,9
2003	22	11,5	83,4
2002 e antes	28	14,6	98
Não Sabe	4	2	100
Conhece alguém que tem (teve) HIV/AIDS (Q1905)			
Sim	232	84,4	84,4
Não	43	15,6	100
Total	277	100	

* 2 casos: não sabe / não respondeu

Uso de drogas e álcool

Nos últimos 12 meses, quase metade (46,6%) do grupo pesquisado afirmou ter usado alguma droga. A maior parte também mencionou o uso de álcool em quantidades diferentes, e apenas 11,2% disseram não consumir álcool. Quando questionados sobre a frequência do consumo de bebidas alcoólicas, há percentuais similares daqueles que costumam beber 2 a 4 vezes no mês (36,6%) e dos que consomem álcool numa frequência maior, 2 a 3 vezes por semana. No que diz respeito ao número de doses que consomem ao beber, o maior percentual (34,1%) referido foi daqueles que consomem de 1 a 4 doses num dia típico quando estão bebendo, 42,5% disseram consumir no mínimo seis doses pelo menos uma vez por semana (tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da população de HSH estudada em relação ao uso de drogas e álcool. Recife, 2006.

Variáveis	N*	%	% Acumulado
Drogas (Q901)			
Usa	129	46,6	46,6
Não usa	148	53,4	100
Frequência do consumo de bebida alcoólica (Q902)			
Nenhuma	31	11,2	11,2
1 ou menos de 1 vez por mês	36	13,0	24,2
2 a 4 vezes por mês	101	36,6	60,8
2 a 3 vezes por semana	91	33,0	93,8
4 ou mais vezes por semana	17	6,2	100
Doses que consome ao beber (Q903)			
1 a 4 doses	84	34,1	34,1
5 a 9 doses	91	37,0	71,1
10 ou mais doses	71	28,9	100
Frequência que consome 6 ou mais doses (Q904)			
Nenhuma	42	17,1	17,1
Menos que 1 Vez por Mês	62	25,3	42,4
Menos que 1 Vez por semana	37	15,1	57,5
1 ou mais vezes por semana	104	42,5	100
Frequência que não conseguiu parar de beber (Q905)			
Nenhuma	188	77,2	77,2
Menos que 1 Vez por Mês	36	14,7	91,9
Menos que 1 Vez por semana	6	2,4	94,3
1 ou mais vezes por semana	14	5,7	100
Deixou de fazer o esperado devido ao consumo de álcool (Q906)			
Nenhuma	183	74,5	74,5
Menos que 1 Vez por Mês	47	19,1	93,6
Menos que 1 Vez por semana	7	2,8	96,4
1 ou mais vezes por semana	9	3,6	100
Precisou de uma dose pela manhã para sentir-se melhor (Q907)			
Nenhuma	239	97,1	97,1
Menos de uma vez por mês	7	2,9	100
Culpa ou remorso depois de beber (Q908)			
Nenhuma	148	60,2	60,2
Menos que 1 Vez por Mês	69	28	88,2
Menos que 1 Vez por semana	19	7,7	95,9
1 ou mais vezes por semana	10	4,1	100
Não lembra o que havia acontecido depois de beber (Q909)			
Nenhuma	153	62,2	62,2
Menos que 1 Vez por Mês	71	28,8	91
Menos que 1 Vez por semana	12	4,9	95,9
1 ou mais vezes por semana	10	4,1	100
Foi criticado pela bebida (Q910)			
Sim	118	48	48
Não	128	52	100
Alguém sugeriu para de beber (Q911)			
Sim	59	24	24
Não	187	76	100
Idade que começou a beber (Q912)			
Menor que 15 anos	34	14	14
Entre 15 e 19 anos	147	60,2	74,2
20 anos ou mais	63	25,8	100
Total	277	100	

* A diferença entre o total geral e o total para algumas variáveis deve-se a informações ignoradas.

Ainda com relação às possíveis conseqüências da bebida, para 74,5% dos entrevistados nenhuma vez ocorreu uma situação em que deixaram de fazer o que era esperado devido ao consumo de bebida, porém 19% disseram ter vivido essa situação menos que uma vez por mês nos últimos doze meses. A quase totalidade (97%) não precisou beber uma dose pela manhã para sentir-se melhor; a maioria (60,2%) não sentiu culpa ou remorso depois de beber, e 62,2% disseram que em nenhuma vez, nos últimos dozes meses, ocorreu a situação em que não lembravam o ocorrido na noite anterior, porém vale salientar que para outros 36,8% essa situação foi vivida (tabela 10).

Quando questionados sobre os efeitos causados pela bebida, para 76% dos entrevistados fica mais fácil se abrir com os outros e 67,7% sentem-se mais desinibidos em relação ao sexo. O efeito do álcool em relação à agressividade é referido por 19,2% dos HSH (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da população de HSH estudada em relação ao uso de álcool e efeitos causados pela bebida. Recife, 2006.

Efeitos da bebida (Q9130)	N	%
Fica mais fácil se abrir com os outros	185	76,13
Sente-se mais desinibido com sexo	166	67,76
Sente-se mais atraente sexualmente	108	44,44
As atividades sexuais são mais prazerosas	103	42,21
Fica mais fácil conversar com seu companheiro (a) sobre seus sentimentos/problemas	94	38,37
Fica mais agressivo para com as pessoas	47	19,42
Soma	703	

Conhecimentos, opiniões e atitudes sobre HIV/AIDS e sexo seguro

As informações básicas sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV são bem conhecidas pelos entrevistados, porém há um percentual de 13% que ainda referiram ocorrer transmissão do HIV pela saliva. Com respeito a idéias e representações sobre a transmissão do vírus, praticamente todos afirmaram que uma pessoa pode transmitir o HIV apesar de parecer muito saudável e, a quase totalidade (90%), mencionou que o importante para reduzir riscos não é o número de parceiros, mas sim o que se faz com eles (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da população de HSH estudada em relação aos conhecimentos sobre transmissão prevenção da infecção pelo HIV. Recife, 2006.

Conhecimentos (Q1001)	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
HIV é transmitido pelo sêmen	263	97,0	8	3,0
HIV é transmitido por sangue	274	99,3	2	0,7
HIV é transmitido por saliva	34	13,0	227	87,0
Uma pessoa pode transmitir o HIV apesar de parecer muito saudável	271	98,9	3	1,1
O uso de preservativo vai prevenir a transmissão do HIV	267	96,7	9	3,3
Diminuir o número total de parceiros sexuais reduz o risco de contrair o HIV	186	67,6	89	32,4
O importante para reduzir riscos não é o nº de parceiros, mas o que faz com eles	250	90,9	25	9,1

Quanto às opiniões e atitudes na adoção de práticas preventivas, bem como na negociação do sexo seguro, conforme mostrados na tabela 13, destacam-se altíssimos percentuais dos que discordam da afirmação de que não há nada que possa fazer para evitar contrair o HIV (97%); de que se o parceiro não quiser praticar sexo seguro, podem fazer bem pouco pra mudar a situação (93,5%). Ressalta-se, também, um elevado percentual (90%) dos que disseram não ter problemas em dizer não àqueles que se recusam a praticar sexo seguro. Na comunicação entre parceiros, a maioria concordou com as afirmações que indicam facilidade de falar sobre sexo com os parceiros e na negociação do sexo seguro: 88% afirmaram não ter problema de comunicar as práticas sexuais preferidas; 94% acham fácil perguntar aos parceiros o que acham de sexo seguro; e 93% também dizem ter facilidade de falar que não vai transar sem usar preservativo. Destaca-se um percentual relativamente significativo (33,7%) dos que concordam ser difícil fazer sexo mais seguro no auge da excitação; e de dos que concordam que em termos de sua saúde, não há muito que possa fazer depois que contraiu o HIV (17,8%). Quase 7% dos entrevistados referiram que sua saúde é determinada pela sorte.

Tabela 13 – Distribuição da população de HSH estudada em relação aos conhecimentos sobre transmissão prevenção da infecção pelo HIV. Recife, 2006.

Variáveis	Concorda		Discorda	
	N	%	N	%
Atitudes (Q1101)				
Nas relação sexuais, você normalmente é a pessoa que determina o que fazer e quando	179	64,9	97	35,1
Não há realmente nada que você possa fazer para evitar contrair o HIV	8	2,9	268	97,1
Se o parceiro sexual não quer praticar sexo seguro, você pode fazer pouco para mudar	18	6,6	257	93,5
Qualquer pessoa pode evitar se contaminar com o HIV	253	91,7	23	8,3
Para evitar o contágio com o HIV, basta tomar cuidado com o tipo de relação que tem	179	65,1	96	34,9
Não tem problemas em dizer não, às pessoas que se recusam a praticar sexo seguro	250	90,9	25	9,1
Em termos de sua saúde, não há muito que possa fazer depois que contraiu o HIV	49	17,8	227	82,3
Se você tem sexo anal usando preservativo, não vai pegar, nem transmitir o HIV	210	76,4	65	23,6
Comunicação com os parceiros sexuais (Q1201)				
Não tem problemas em falar com seus parceiros sexuais o que gosta de fazer na cama.	245	88,5	32	11,6
Não tem problemas em dizer o que fará ou não na cama, à um parceiro sexual.	246	88,8	31	11,2
Em geral, sente-se envergonhado ao conversar com seus parceiros sexuais sobre sexo.	40	14,4	237	85,6
Acha fácil perguntar aos seus parceiros sexuais o que eles acham de sexo seguro	259	94,5	15	5,5
Atitudes sobre sexo e saúde (Q1301)				
Acha fácil falar com um parceiro sexual que não vai transar sem usar preservativo	259	93,8	17	6,2
Acha difícil, no auge da excitação, fazer sexo mais seguro.	92	33,7	181	66,3
Desde que use preservativo durante coito anal não tem que se preocupar com AIDS.	134	48,7	141	51,3
Sua saúde é determinada pela sorte.	19	6,9	255	93,1

* C – refere-se aos entrevistados que concordaram plenamente ou parcialmente com as afirmações e D – refere-se aos entrevistados que discordaram completamente ou parcialmente das afirmações.

3.2 Associação entre Fatores Sócio-comportamentais e Envolvimento em Relações Sexuais Desprotegidas

A análise individual de cada variável independente em relação ao envolvimento em relações sexuais sem o uso de preservativo, ou melhor, em relações sexuais desprotegidas (RSD) considerou, também, os dados relativos as 277 entrevistas realizadas, com HSH, na cidade do Recife, no período de novembro de 2005 a março de 2006. Como já referido no capítulo de casuística e método, para representar o efeito das variáveis incluídas na análise foram criadas variáveis categóricas. Para o estabelecimento dos estratos de cada variável, foram consideradas suas especificidades, suas freqüências relativas e a revisão bibliográfica efetuada.

As tabelas 14, 15, 16, 17 e 18 apresentam as proporções de envolvimento em relações sexuais desprotegidas segundo categorias selecionadas das variáveis sócio-demográficas,

identidade e comportamento sexual, tipo de parceiros e práticas sexuais, uso de drogas e álcool, e conhecimento, atitude e testagem para o HIV. Os resultados dos testes estatísticos indicam que o envolvimento em RSD não está associado à *idade, escolaridade, raça/cor*, nem a *religião* (tabela 14); também não há associação com as variáveis de *identidade e comportamento sexual* (tabela 15). Da mesma forma, os testes estatísticos sugerem que o não uso de preservativo durante as relações sexuais não está associado às variáveis a troca de favores e sexo (oferecer ou receber dinheiro), tampouco ao *uso de drogas e álcool* (tabela 17). Destaca-se que, em relação ao *tempo de duração da relação*, a proporção dos que se envolvem em RSD no grupo que mantém *relação com o mesmo parceiro há mais de um ano*, foi bem menor (53%) do que aqueles *com parceiros fixos há menos de 1 ano* (75,4%), embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa (RR=1,45; p=0,065) (tabela 17). E, ainda, em relação às variáveis sobre *conhecimento, atitude e testagem para o HIV*, o envolvimento em RSD não está associada ao *nível de informação sobre formas de transmissão do HIV, ter realizado pelo menos um teste para HIV e o ano de realização do último teste, e conhecer alguém com HIV/aids* (tabela 18).

Entre as características sócio-demográficas, a hipótese de homogeneidade das proporções foi rejeitada para *situação de trabalho*. A proporção de envolvimento em RSD foi mais alta para aqueles não trabalham, com um risco de indivíduos no grupo que não trabalha (51,6%) aproximadamente 1,5 vezes maior do que os que trabalham (33,3%) (RR=1,55, p<0,05) de se envolver em RSD. A proporção de envolvimento em RSD foi mais baixa em jovens (18 a 24 anos) (44,3%) quando comparado com pessoas de 30 anos ou mais (66,8%). No entanto, os testes estatísticos não comprovaram que esta associação é significativa (p<0,05).

Entre as variáveis sobre conhecimentos, atitudes e testagem para o HIV, as que se associaram significativamente ao envolvimento em RSD foram: *atitudes sobre a comunicação com os parceiros sexuais e atitudes sobre uso de preservativo*. O envolvimento em RSD foi maior no grupo que *não tem facilidade em conversar com os parceiros sexuais* (50,7%) quando comparados com o dos que *têm facilidade* (36,3%) (RR=1,40; p<0,05). O grupo que *não negocia uso de preservativo* mostrou-se significativamente associado com RSD (RR=1,63; p<0,05), com uma proporção de envolvimento em relações sexuais sem uso de preservativo em torno de 46,0%, bem superior aos 28% do grupo que *negocia uso de preservativo*.

Tabela 14 – Associação entre variáveis sócio-demográficas e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.

Variáveis	N	Proporção (%) de			p-valor
		RSD	RR	IC 95%	
Faixa Etária					
30 e +	42	66,8	0,74	0,52 – 1,05	0,0966
25 -- 29	34	49,3	1,11	0,79 – 1,57	0,5453
18 -- 24	35	44,3	1,00	-	-
Escolaridade - Q103					
Superior	41	39,0	1,00	-	-
2º grau	52	39,7	1,02	0,74 – 1,40	0,9195
Até 1º grau	18	46,2	1,18	0,78 – 1,79	0,4410
Situação de trabalho - Q104					
Trabalha	58	33,3	1,00	-	-
Não trabalha	49	51,6	1,55	1,16 – 2,06	0,0035
Raça/Cor					
Branca	44	38,3	1,00	-	-
Parda	40	40,0	1,05	0,75 – 1,46	0,7943
Preto	24	43,6	1,14	0,78 – 1,67	0,5033
Religião - Q108_2					
Não possui religião	18	34,0	1,00	-	-
Católico, evangélico e espírita.	81	40,9	1,20	0,80 – 1,82	0,3580

Tabela 15 – Associação das características sobre identidade e comportamento sexual, e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.

Variáveis	N	Proporção (%) de			p-valor
		RSD	RR	IC 95%	
Identidade - Q203					
Homossexual/Gay	89	38,9	1,00	-	-
Bissexual	22	48,9	1,26	0,90 – 1,77	0,2105
Comportamento sexual nos últimos 12 meses - Q301					
Transa apenas com Homens	86	38,2	1,00	-	-
Transa com Homens e mulheres	25	50,0	1,31	0,95 – 1,81	0,1247
Sentimento de atração nos últimos 12 meses - Q303					
Sente atração apenas por Homens	80	39,4	1,00	-	-
Sente atração por Homens e Mulheres	31	42,5	1,08	0,78 – 1,48	0,6478
Idade da primeira relação sexual com um homem - Q307					
20 e +	25	72,1	1,00	-	-
15 -- 19	50	38,8	1,04	0,71 – 1,52	0,8434
0 -- 14	36	45,6	1,22	0,82 – 1,81	0,3135

Tabela 16 – Associação entre Tempo de duração da relação, tipos de parceiros sexuais e comportamento sexual nos últimos seis meses, e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.

Variáveis	N	Proporção (%) de RSD	RR	IC 95%	p-valor
Há quanto tempo dura a relação - Q402_2					
Até 1 ano	22	75,4	1,00	-	-
Mais de 1 ano	35	53,0	1,45	0,97 – 2,16	0,0653
Parceiros sexuais nos último 6 meses - Q501					
Não teve parceiro regular	11	28,2	1,00	-	-
Teve parceiro regular	100	42,6	1,51	0,89 – 2,54	0,0910
Parceiros sexuais nos último 6 meses - Q503					
Teve parceiro casual	36	40,0	1,00	-	-
Não teve parceiro casual	71	41,0	2,18	1,58 – 3,00	< 0,001
Parceiros sexuais nos último 6 meses - Q506					
Não teve parceiro anônimo	54	36,0	1,00	-	-
Teve parceiro anônimo	57	45,6	1,27	0,95 – 1,69	0,1062
Sexo e favores - Q601					
Não recebeu dinheiro em troca de sexo	86	39,1	1,00	-	-
Recebeu dinheiro em troca de sexo	25	44,6	1,14	0,82 – 1,60	0,4494
Sexo e favores - Q603					
Ofereceu dinheiro, presente ou favor em troca de sexo.	33	35,9	1,00	-	-
Não ofereceu dinheiro, presente ou favor em troca de sexo.	78	42,4	1,18	0,86 – 1,63	0,2976

Tabela 17 – Associação entre uso de drogas e álcool e envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.

Uso de Drogas e Álcool	N	Proporção (%) de RSD	RR	IC 95%	p-valor
Uso de drogas - Q901					
Não usa drogas	55	37,4	1,00	-	-
Usa drogas	56	43,4	1,16	0,87 – 1,55	0,3108
Consumo de Bebida Alcoólica					
Não consome	11	64,5	1,00	-	-
Consome	99	59,4	1,14	0,69 – 1,88	0,5858
Frequência do consumo de álcool - Q902_2					
Consome álcool mensalmente	49	36,0	1,00	-	-
Consome álcool semanalmente	50	46,3	1,28	0,95 – 1,74	0,1047

Tabela 18 – Associação entre conhecimentos e atitudes e testagem para o HIV, e o envolvimento em relações sexuais desprotegidas na população de HSH estudada. Recife, 2006.

Variáveis	N	Proporção (%) de RSD	RR	IC 95%	p-valor
Testagem para HIV - Q1901					
Fez o teste HIV	75	39,3	1,00	-	-
	36	42,9	1,09	0,81 – 1,48	0,5762
Última vez que fez o teste - Q1903					
Antes de 2004	27	34,6	1,00	-	-
2005 / 2006	45	41,3	1,19	0,82 – 1,74	0,3554
Contato com alguém com HIV/aids Q1905					
Conhece alguém que tem / teve HIV/ aids	91	39,4	1,00	-	-
Não conhece alguém que tem / teve HIV/ aids	20	46,5	1,18	0,83 – 1,69	0,3827
Conhecimento sobre HIV/aids - Q1001					
Informado/ Mais ou menos informado	78	38,0	1,00	-	-
Desinformado	33	46,5	1,22	0,90 – 1,66	0,2118
Atitudes sobre a comunicação com os parceiros sexuais - Q1201					
Tem facilidade em conversar com os parceiros sexuais	74	36,3	1,00	-	-
Não tem facilidade em conversar com os parceiros sexuais	35	50,7	1,40	1,04 – 1,88	0,0341
Atitudes sobre uso de preservativo - Q1301					
Negocia uso de preservativo	25	28,1	1,00	-	-
Não negocia uso de preservativo	82	45,8	1,63	1,13 – 2,36	0,0053

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO

Os resultados apresentados no presente estudo são preliminares, uma vez que continua em curso a coleta de dados para finalização da pesquisa sobre a população de HSH, iniciada em novembro de 2005, que integra as atividades do Projeto “Entendendo quem Entende”. Desta forma, os resultados representam uma primeira aproximação do objeto estudado, e não pretende esgotar todas as análises possíveis, mas sim, se propõe uma primeira descrição da população do estudo. Nesse sentido, diante da gama de dados coletados, foram selecionadas algumas variáveis que pudessem responder mais especificamente ao objetivo proposto para a conclusão desta dissertação de mestrado.

Os resultados obtidos não permitem uma generalização para toda população de HSH no Recife, no entanto, revelam um conjunto de informações importantes que podem subsidiar a construção de ações educativas, de políticas e programas voltadas para esse grupo, além de permitir comparação com resultados obtidos em outros estudos realizados com esse segmento populacional.

No que se refere ao perfil sócio-demográfico, sabendo das limitações na construção de amostras com a população HSH, acredita-se que foi possível obter uma diversidade razoável. Em relação à idade, os resultados obtidos indicam que os HSH mais jovens estão mais representados na amostra, dado semelhante ao encontrado em outras pesquisas com o mesmo recorte populacional (FERRAZ, 2003; GONDIM; KERR-PONTES, 2000; PARKER, 1998). As pesquisas realizadas com HSH apontam a dificuldade de muitas vezes conseguir pessoas com maior idade para serem entrevistadas, nesse caminho, Parker (1994) levanta a hipótese de que os HSH com mais de 40 anos fizeram parte de um momento histórico de maior repressão, anterior ao surgimento das políticas para homossexuais, possivelmente os valores e aspectos sócio-culturais podem ter interferido na maneira como estes assumem a identidade em relação à sexualidade e conseqüentemente no acesso a esses indivíduos. No entanto, no presente estudo, há um percentual razoável de pessoas com 40 anos ou mais (13%); esse percentual corresponde ao dobro do obtido no Projeto Bela Vista, em São Paulo (BRASIL, 2000).

Ainda em relação ao perfil sócio-demográfico, há uma representação expressiva de pessoas mais escolarizadas, percebe-se que a escolaridade da amostra está acima da média da população geral do Recife (30,3%). Há semelhança com os achados dos estudos realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro (BRASIL, 2000; PARKER, 1998), porém, há diferenças em relação aos dados do estudo realizado em Fortaleza (GONDIM; KERR-PONTES, 2000).

Com respeito à situação de trabalho e renda pessoal, apesar de metade da amostra se encontrar em situação regular de emprego, a renda relatada por mais de 67% dos HSH no Recife é inferior a cerca de 2,5 salários mínimos.

Uma outra questão importante no perfil sócio-demográfico da população de HSH, bem como em outros estudos sobre a situação de saúde da população em geral, é a categoria de raça/cor. Apenas recentemente essa informação foi contemplada na ficha de notificação de casos de aids. Sabe-se que há inúmeras variações quando essa informação é obtida através da auto-definição, da mesma forma quando a definição é realizada pelos entrevistadores. Pois, além das questões subjetivas que influenciam essas definições, deve-se considerar também a grande miscigenação de raças do Brasil. Qualquer tentativa de classificação não está isenta de problemas e possíveis questionamentos. Ao analisar os resultados encontrados nesse quesito, observa-se que a soma das categorias de raça/cor parda e preta representa mais da metade amostra, diferentemente do estudo realizado no Sul do País, no qual a grande maioria (74%) se classificou como branco (FERRAZ, 2003). As divergências podem estar relacionadas, em parte, pelas diferenças das condições sócio-econômicas encontradas na região Sul e Nordeste, mas também não se pode deixar de considerar aspectos relativos à colonização com diferentes padrões de imigrantes nas duas regiões, desde o século XVI.

Das características sócio-demográficas, o aspecto situação de trabalho foi o que se mostrou associado significativamente com o envolvimento em práticas sexuais desprotegidas. Não trabalhar está estatisticamente associado com o envolvimento em RDS, o que fortalece a hipótese de que a dificuldade de acesso ao insumo de prevenção às DST é um fator determinante na manutenção de percentuais crescentes de ocorrência de novos casos de aids em população em situação de pobreza (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2005).

Sabe-se que a aids desempenhou um papel importante no campo teórico-conceitual da sexualidade, trouxe para discussão a existência de não linearidade entre práticas sexuais e identidade, como também a idéia de que as categorias pré-estabelecidas sobre comportamento sexual não dão conta da diversidade de práticas e negociações entre os parceiros sexuais. Essa discussão remete aos achados do estudo. Apesar de 13% terem se identificado como bissexuais, quando se questionou sobre as práticas sexuais, 18% afirmaram ter sexo com homens e mulheres nos últimos 12 meses. Ou seja, mesmo tendo práticas sexuais com mulheres, uma parte dos HSH não se identifica como bissexual.

Ainda em relação à identidade sexual, vale a pena retomar a discussão feita por PARKER (1994) sobre as noções de “atividade” e “passividade”, presentes na cultura sexual

no Brasil, na qual um indivíduo pode ter interações sexuais com uma pessoa sem necessariamente afetar sua identidade de “nome” masculina, desde que assim assuma uma posição “ativa” - aquele que penetra – na relação sexual. Ressalta-se os 9 entrevistados que se identificaram como “homens” quando questionados sobre sua identidade sexual.

Os resultados encontrados quanto à identidade sexual são semelhantes aos achados de outros estudos, principalmente o percentual daqueles que se identificaram como bissexuais (PARKER, 1994; KERR PONTE et al., 1998). Considerando que a sexualidade não é algo fixo, depende dos diferentes contextos, fantasias e desejos dos sujeitos, os dados sugerem também que vários fatores sócio-culturais e subjetivos podem influenciar tanto no comportamento sexual, quanto no sentimento de atração.

No tocante aos dados sobre a iniciação sexual, os achados corroboram uma recente pesquisa com a população geral na qual 36% dos homens iniciaram sua vida sexual com menos de 15 anos (BRASIL, 2006). Deve-se considerar que muitas vezes a experiência sexual com um homem acontece mais tardiamente, ao que os números indicam, quando se compara a idade da primeira relação sexual com a idade da primeira relação com um homem, parece que muitos entrevistados não tiveram a primeira relação com homem.

As primeiras brincadeiras sexuais acontecem até 14 anos para metade dos entrevistados. Segundo Rios (2003), as brincadeiras podem ocorrer com relações penetrativas, e se acontecem sem uso de preservativo existe a possibilidade de muitos jovens se infectarem nesse momento. Do ponto de vista da exposição potencial a infecção pelo HIV, esses tipos de práticas merecem ser mais investigadas.

Os amigos, bares e boates são as formas mais comuns de encontro dos parceiros sexuais, assim como encontrado em outros estudos (BRASIL, 2000; KERR PONTE et al., 1998; SILVA, 2004). Chama atenção o percentual expressivo daqueles conhecem os parceiros através da internet, talvez porque por esse meio os encontros aconteçam com disfarces que preservam a intimidade e evitam o preconceito, diferentemente das ruas e praças. De acordo com estudos qualitativos (RIOS, 2003; PARKER, 2004), as aéreas de “pegação” geralmente são os locais em que se encontram os parceiros anônimos, pelas situações de exposição e transgressão em que acontecem os encontros, possivelmente o não uso de preservativo pode ser mais uma atitude de transgressão valorizada eroticamente.

O tipo de parceria sexual é um aspecto importante para investigar o comportamento sexual e analisar os cuidados em relação à prevenção do HIV. Como pode ser observado na descrição geral dos parceiros sexuais, a maioria dos entrevistados (n=235) teve pelo menos um parceiros regular masculino nos últimos seis meses e um percentual alto (45%) teve

parceiros anônimos nesse período. Os dados obtidos indicam fortemente uma grande diversidade de parceiros sexuais entre os HSH incluídos no estudo.

Embora no presente estudo não tenha sido possível estabelecer uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de parceria sexual e o envolvimento em relações sexuais desprotegidas, a obtenção dessa associação em outros estudos (BRASIL, 2000; GONDIM; KERR PONTES, 2000, KERR PONTES, 1998; SILVA, 2004) mostra que é mais difícil o uso de preservativos com parceiros regulares ou anônimos, do que com parceiros casuais. Possivelmente com os parceiros anônimos há uma situação de transgressão, como já referida anteriormente, ao passo que com os parceiros regulares é possível pensar que não usar preservativo pode ser uma prova de amor e confiança no parceiro.

Em relação ao uso de preservativos nas relações sexuais, observa-se que a maioria (n=219) afirmou ter usado preservativo na última relação sexual, porém quando questionados sobre a prática do sexo anal nos últimos seis meses, há uma redução nesse número (n=109) e a maioria passa a ser daqueles que não usaram preservativos em algum momento nesse período (60%). E dentre os que não usaram preservativo, 71% não o fez com o parceiro regular (caso ou namorado). Outro dado que chama atenção é que dos que praticaram sexo anal e não usaram preservativo nos últimos 12 meses, 44% desconheciam o sorostatus dos parceiros. Considerando que a prática do sexo anal apresenta maior gradiente de risco para efetividade da infecção pelo HIV, esse é um achado preocupante, pois o envolvimento em relações sexuais anais desprotegidas, pode aumentar bastante o risco de infecção viral ou de outras DST.

As idéias construídas em relação ao uso de preservativo como fator que diminui o prazer ou a sensibilidade possivelmente influencia no principal motivo referido do não uso de preservativo (se sentem melhor fazendo sexo sem camisinha), além disso, o não uso na relação sexual pode ser sinônimo de confiança, intimidade e prova de amor já que muitos disseram não usar quando estão apaixonados. De maneira semelhante, no Projeto Bela Vista (BRASIL, 2000) também foi observado que um dos principais motivos para o não uso do preservativo foi a paixão/tesão no momento do sexo. As questões de ordem afetiva podem se tornar barreira para o uso de preservativos em todas as práticas sexuais; torna-se necessário refletir sobre essa informação no planejamento de ações educativas.

Em relação ao teste para HIV, os resultados indicam que a população estudada se testa muito (69%), semelhantemente aos achados de outros estudos (FERRAZ, 2003; FRANCO et al., 1998; SILVA, 2004). Essa informação provoca questionamentos em torno da possibilidade da testagem está sendo utilizada como uma forma de prevenção e negociação

entre os parceiros sexuais. No entanto, não se encontrou uma associação entre a realização do teste e o envolvimento em práticas sexuais desprotegidas.

A grande maioria dos entrevistados consome bebida alcoólica, e quase metade usou alguma droga, os efeitos causados são os mais adversos. Destaca-se o percentual de 36,8% daqueles que disseram não lembrar do que havia acontecido após uma ocasião em que consumiram álcool e o alto percentual (67,7%) dos que se sentem mais desinibidos com o sexo. Sabe-se que o uso de álcool e drogas costuma ter influência negativa sobre os cuidados com a prevenção do HIV, os estudos apontam uma forte associação entre práticas sexuais desprotegidas e o uso de álcool e drogas ilícitas (BRASIL, 2000; FERRAZ, 2003; VALLEROY, 2000). Essa associação, no entanto, não foi estabelecida na presente investigação.

Os resultados revelam alto conhecimento nos aspectos mais básicos na transmissão do HIV, bem como apontam que as idéias de prevenção e saúde estão interiorizadas pela maioria dos entrevistados. Apesar das representações inicialmente construídas no imaginário popular em torno da relação entre o número de parceiros e o risco iminente de infecção pelo HIV, esta idéia parece ter sido superada pela quase totalidade da amostra estudada (90%). A maior parte dos entrevistados revela uma facilidade em negociar o sexo seguro, bem como uma facilidade de dialogar sobre sexo com seus parceiros. Delineia-se um grupo que não apresenta dificuldades na comunicação sobre a relação sexual com parceiros, uma boa comunicação pode ser um aspecto bastante positivo no que se refere à negociação do uso de preservativo e construção de pactos com vistas à adoção de práticas preventivas.

Os resultados da análise univariada confirmam a hipótese de que os indivíduos que apresentam dificuldade de comunicação e negociação da prática do sexo seguro com seus parceiros estão significativamente em maior risco de se envolverem em relações sexuais desprotegidas. Em se tratando do grau de informação sobre HIV e aids, não há uma relação significativa entre o nível de conhecimento e o envolvimento em RSD, vários estudos ressaltam a discussão de que não há relação direta entre o nível de informação e mudança de comportamento (MONTEIRO, 2002; MOTA, 1998; PARKER, 1998; VILLELA, 1998).

Apesar do bom nível de informação e da facilidade na comunicação entre os parceiros, ainda há fortes indicativos de comportamentos que põem esse grupo em risco para a infecção pelo HIV, tornando-os mais vulneráveis. Isso aponta para a necessidade de se levar em conta os aspectos subjetivos relacionados ao prazer sexual e a negociação de sexo seguro entre parceiros, considerando as variações e relações de poder que podem aí existir. Também devem ser considerados os fatores relacionados ao prazer erótico e a satisfação sexual, a

autonomia dos sujeitos nas suas escolhas sexuais, o contexto em que ocorrem os encontros erótico-afetivos, além dos efeitos possíveis do preconceito e estigma que tornam esse grupo ainda mais vulnerável.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES

- Os resultados encontrados poderão servir como um conjunto de informações importantes para subsidiar a elaboração e implementação de ações e políticas para a população de HSH no Recife;
- Os conhecimentos básicos sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV são altos, a maior parte dos entrevistados revela uma facilidade na comunicação com seus parceiros sobre sexo, bem como parecem ter facilidade em negociar o sexo seguro. Esses aspectos podem refletir positivamente na adoção de práticas preventivas;
- Os resultados da análise univariada apontam que os indivíduos que apresentam dificuldade de comunicação e negociação da prática do sexo seguro com seus parceiros, estão significativamente em maior risco de se envolver em relações sexuais desprotegidas;
- Entre as características sócio-demográficas, o aspecto situação de trabalho está significativamente associado ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas. O risco de se envolver em RSD daqueles que não trabalham é maior;
- Em relação ao uso de preservativos nas relações sexuais, foi alto o percentual dos que disseram não ter usado preservativo pelo menos uma vez nos últimos seis meses quando praticaram sexo anal. Vale salientar, ainda, que daqueles que não usaram preservativo nesse período, a maioria teve essa experiência com o parceiro regular, resultado também encontrado em outros estudos;
- Considerando que a prática do sexo anal apresenta maior gradiente de risco para efetividade da infecção pelo HIV, os resultados deste estudo, corroborando com os achados de outros, reforçam as evidências de que apesar do conhecimento elevado sobre prevenção e infecção pelo HIV e da facilidade na comunicação entre os parceiros, ainda há fortes indicativos de comportamentos que põem em risco esse grupo para a infecção pelo HIV e que podem aumentar o número de infecções entre os HSH;
- O entendimento de que categorias como homossexualidade e bissexualidade são categorias médico-científicas, que não contemplam a diversidade das práticas sexuais que existem entre esses sujeitos, sem dúvida, é também um aspecto que deve ser levado em consideração nas ações de prevenção para a população de HSH;
- Mesmo preliminares, os resultados obtidos apontam para a necessidade da realização de ações educativas e programas de intervenção voltados a população de homens que fazem

sexo com homens, considerando a grande diversidade existe entre esse grupo – de classe social, escolaridade, de padrão de relacionamento, de identidade sexual, entre outras;

- Considera-se importante a realização de pesquisas qualitativas para aprofundar a investigação sobre as razões associadas ao não uso de preservativos. É preciso compreender melhor o que está implicado no momento da decisão de usar e não usar o preservativo, bem como os aspectos envolvidos nas negociações e acordos entre os parceiros sexuais;
- A conclusão da pesquisa “Entendendo quem Entende”, em andamento, permitirá a construção de modelos logísticos para o ajuste de variáveis e maior robustez dos resultados, no sentido de ampliar a compreensão dos fatores associados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas, bem como investigar outros aspectos que podem acentuar a condição de vulnerabilidade desse grupo populacional, como a questão da violência. Além de permitir representatividade da amostra para a população de HSH e inferências dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. et al. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 1997, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: ABIA: IMS, UERJ, 1997. p. 20-37.

AYRES, J. R. et. al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo Avesso**. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

BARREIRA, D. Contexto e tendências atuais da epidemia da AIDS no Brasil. In: PARKER, R. et al. (Org.) **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário conquistas e desafios na assistência ao HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 23 -25.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, ano 1, n. 1, jan./jun. 2005.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Bela Vista e Horizonte: estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Série avaliação, n. 5).

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, A. M. **A epidemia da aids em Pernambuco: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995**. 1997. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar/abr. 2002.

BRITO, Ana Maria de. A evolução e distribuição social da doença no Brasil. **ComCiência**, São Paulo, n. 76, 2006. Disponível em: <<http://www.comciencia.br>>. Acesso em: 10 maio 2006.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 9, n. 1, p. 9-19, 2005.

CARRARA, S.; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade**. Pesquisa 9ª Parada do orgulho GLBT – Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. (Coleção Documentos, v. 3).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucao/Reso196.doc>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2006.

BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS. Recife: Secretaria de Saúde do Estado, ano 6, n. 1, fev. 2006.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. p. 195-223.

DOURADO, M. I. et al. Tendências da epidemia da Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 9-17, 2006.

FÁBREGAS-MARTÍNEZ, A. I. Explorando a sexualidade do Michê na cidade de Porto Alegre. In: BARBOSA, R.M. et al. (Org.) **Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 2002. p. 135-169

FERNANDES, J. C. L. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/Aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 575-581, jul./set. 1998.

FERRAZ, E. A. (Coord.) **Análise de demanda por ações de prevenção de HIV/aids no Sul do Brasil: homens que fazem sexo com homens**. Rio de Janeiro: BENFAM, 2003.

FRANCO, E. et al. Práticas sexuais e conscientização sobre AIDS: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual em São Paulo. In: PARKER, R.; TERO JR., V.

(Org.). **Entre Homens: homossexualidade e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 49-62.

GONDIM, R. C.; KERR-PONTES, L. R. S. Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 1/3, p. 38-49, abr./dez. 2000.

HECKATORN, D. D. Respondent-Driven Sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. **Social Problems**, v. 49, n. 1, p. 11-34, 2002.

KERR-PONTES, L. R. S. et. al. Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil. **AIDS**, London, v. 13, n. 6, p. 709-717 Apr. 1999.

KERR-PONTES L. R. S. et. al. Conhecimento, atitudes e crenças sobre AIDS e comportamento sexual entre homossexuais e bissexuais masculinos no município de Fortaleza. In: PARKER, R.; TERO JR., V. (Org.) **Entre Homens: homossexualidade e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 63-88.

KERR-PONTES, L. R. S. et al. Aspectos metodológicos em investigação de populações de homens que fazem sexo com outros homens (HSH). CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Recife. **Livro de resumos**. Recife: ABRASCO, 2004. 1 CD ROM.

KOBLIN, B. A. et al. High prevalence of HIV infection among young men who have sex with men in New York City. **AIDS**, London, v. 14, n. 12, p. 1793-1800 Aug. 2000.

KOBLIN, B .A. et al. High-Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in 6 US Cities: baseline data from the EXPLORE Study. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 6, p. 926-32. Jun. 2003

KRAFT, J. M. et al. Finding the “community” in community-level HIV/AIDS interventions: Formative research with young African American men who have sex with men. **Health Education and Behavior**, v. 27, p. 430-441, 2000.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.) **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 35-82.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. (Org). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 31- 39.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org). **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.

MOTA, M. P. Análise de metodologia de investigação: homossexualidade. In: CZERESNIA, D. et al. (Org.) **Aids pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 46-64 (Saúde em Debate, 83, Série Didática).

MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos da identidade masculina nos tempos da Aids. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 145-155, 1998.

ONUSIDA. Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. **Situación de la epidemia de SIDA**: diciembre de 2005. Tradução da versão original em inglês. Ginebra: UNAIDS, 2005.

PARKER, R. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 125-150.

PARKER, R.G.; HERDT, G.; CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: CZERESNIA, D. et al. (Org.). **Aids pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 17-45 (Saúde em Debate, 83, Série Didática).

PARKER, R. et al. Práticas sexuais e mudança de comportamento entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: PARKER, R.; TERTO JR., V. (Org.) **Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 15-48.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA: IMS, UERJ, 1994.

PARKER, R. Empoderamento erótico e cidadania sexual para homens que fazem sexo com homens e tribos afins. In: RIOS, L. F. et al. (Org.) **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 11-13.

PIMENTA, M. C. et al. **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. v. 1. (Coleção ABIA – Saúde Sexual e Reprodutiva).

RIOS, L. F. Desafios para o futuro e novas estratégias de intervenção. In: BRASIL. **Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RIOS, L. F. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 223-232, 2003.

SEMAAN, S.; LAUBY, J.; LIEBMAN, J. Street and network sampling in evaluation studies of HIV risk-reduction interventions. **AIDS Reviews**, cidade, v. 4, p. 213-223, 2002.

SILVA, C. G. M. *et al.* Jovens homens que fazem sexo com homens – comportamento sexual e antiretrovirais em São Paulo. In: RIOS, L. F. et al. (Org.) **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 84-94.

SZWARCWALD, C. L. et al. A disseminação da epidemia de Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl 1, p. 7-19, 2000.

TERTO Jr., V. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 90-104.

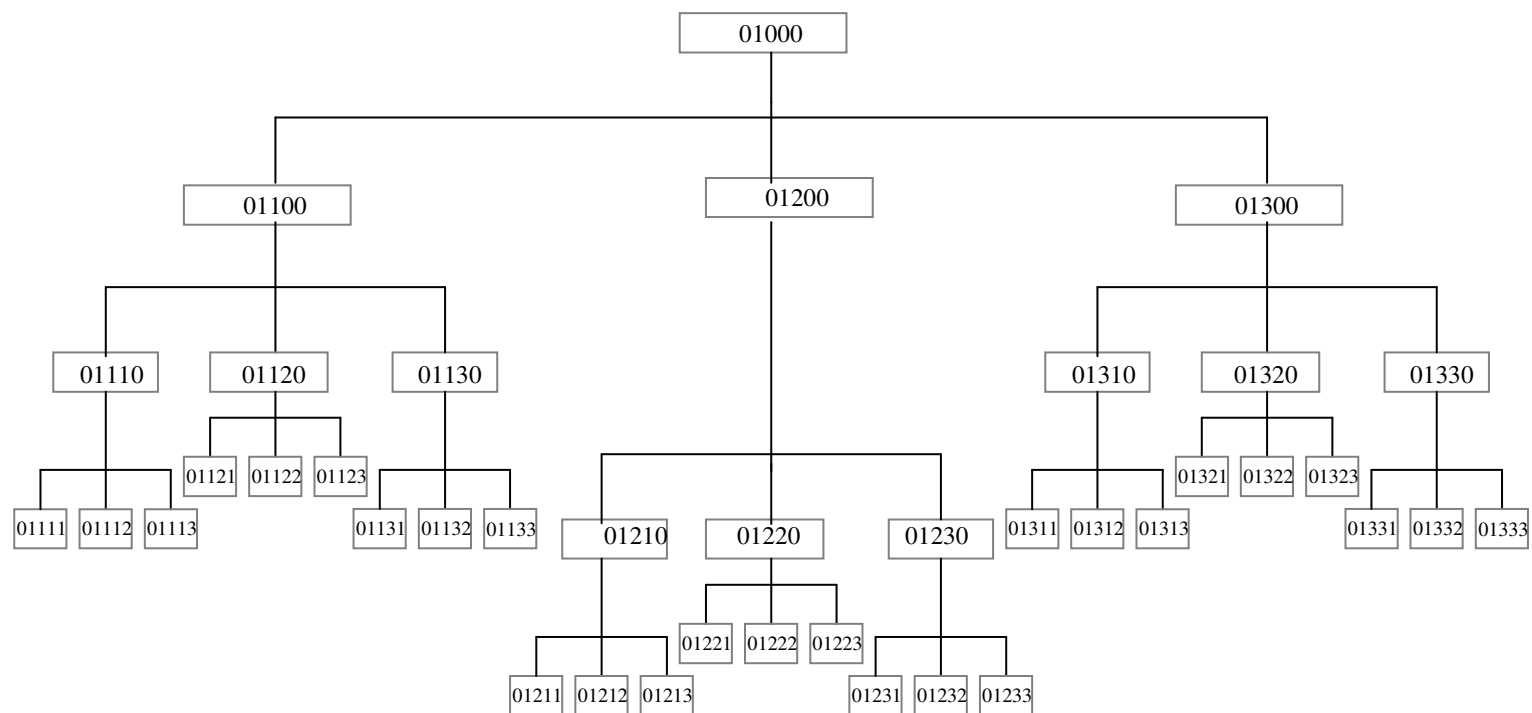
TERTO Jr., V. Homossexualidade e Saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n. 17, p. 147-158, 2002.

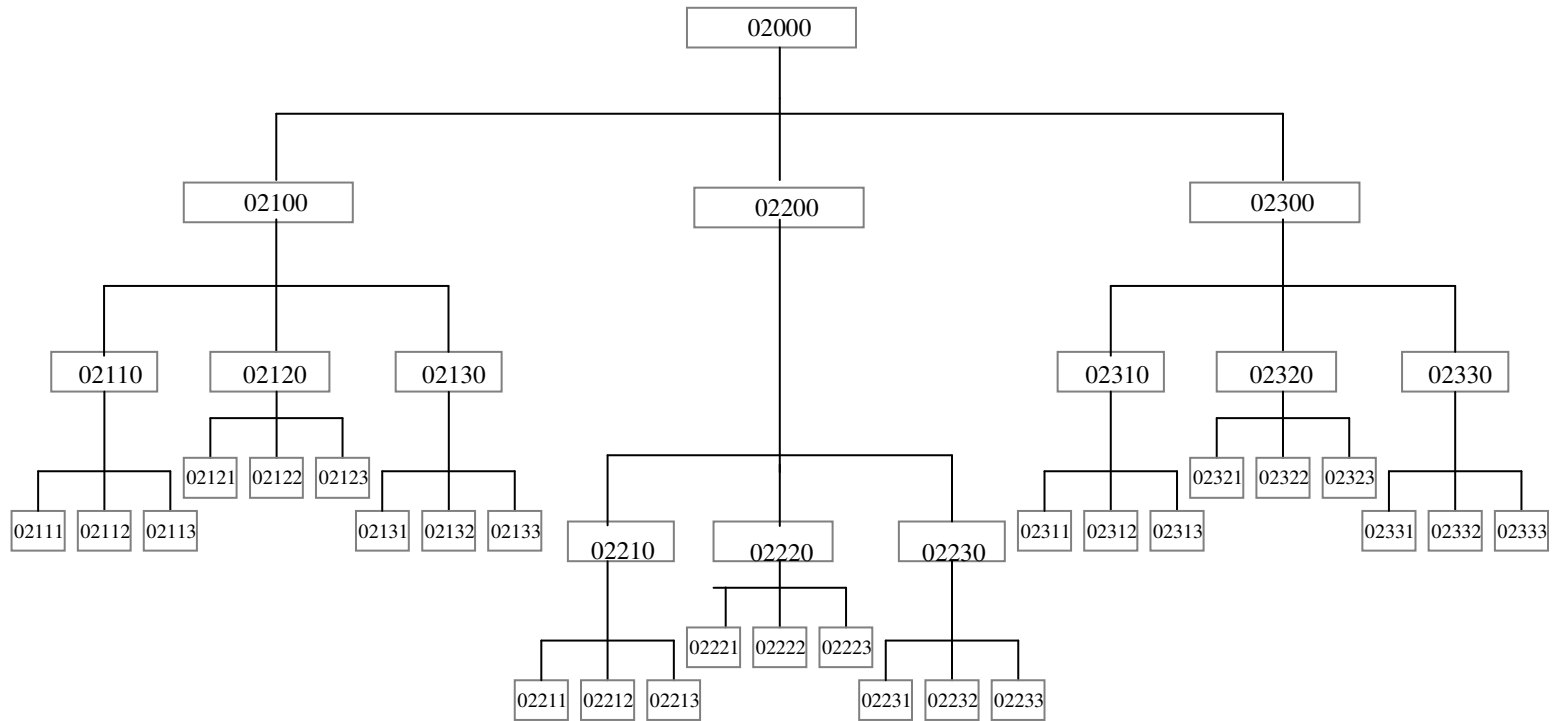
VANCE, C. S. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

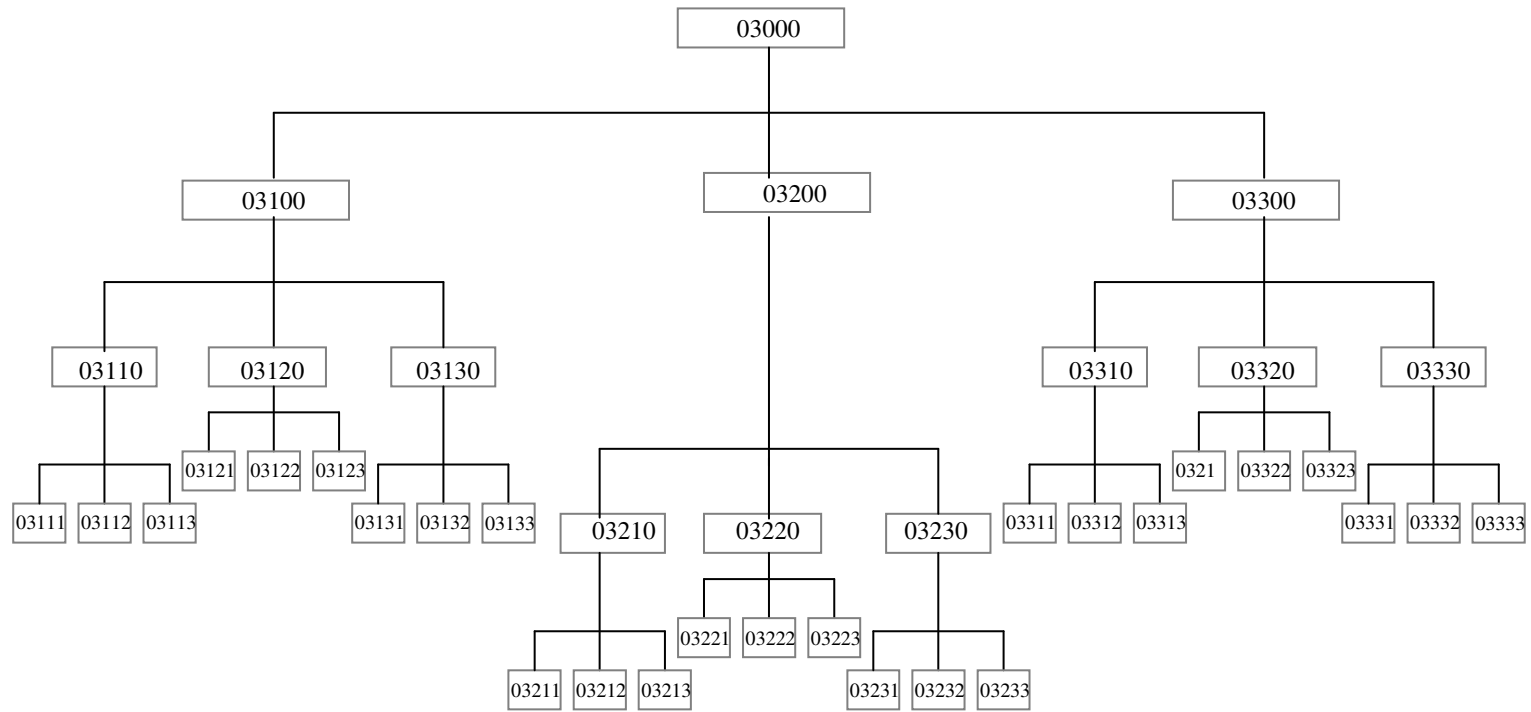
VALLEROY, L. A. et al. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 2, p. 198-204, Jul. 2000.

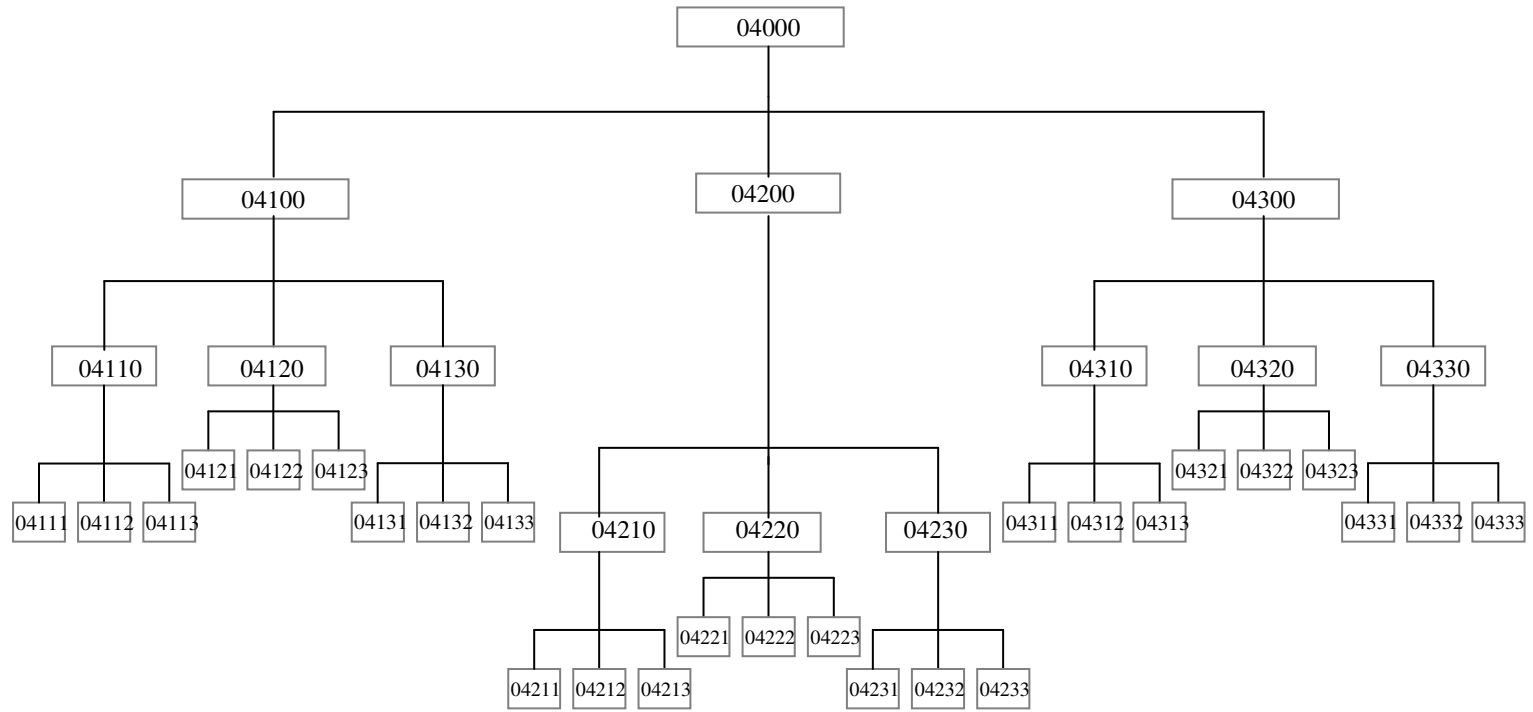
VILLELA, W. Homem que é homem também pega Aids? In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Ed. 34: Ecos, 1998. p. 129-142.

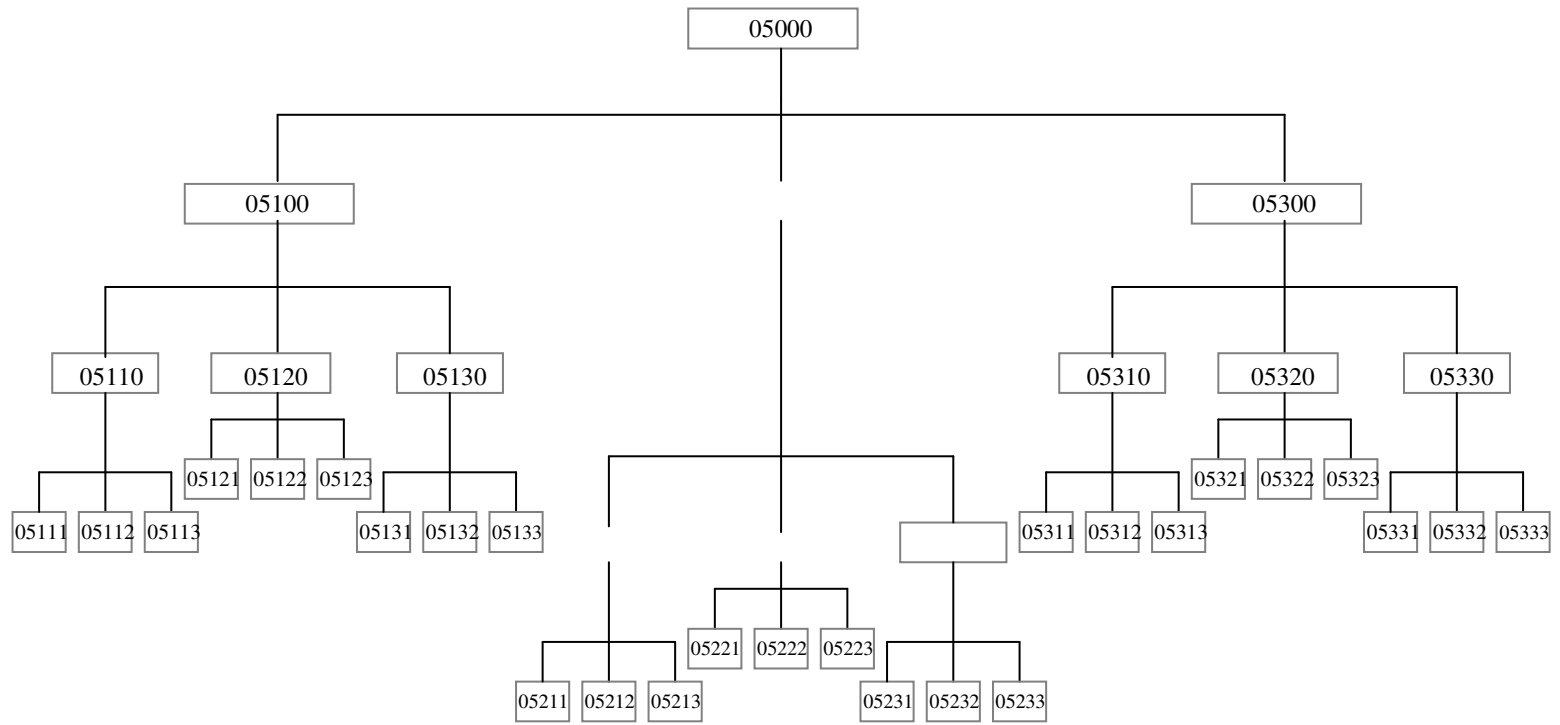
APÊNDICES

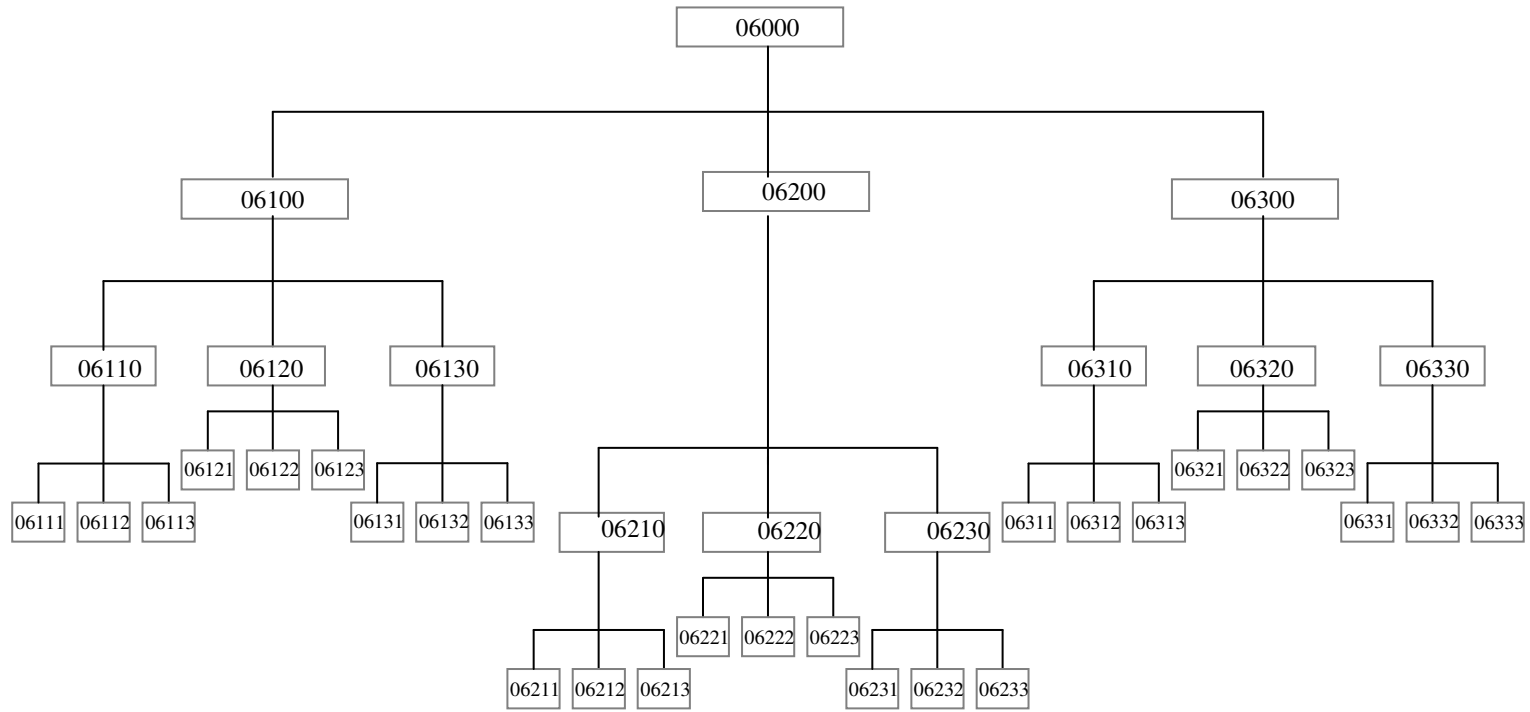
APÊNDICE A - Diagrama das sementes

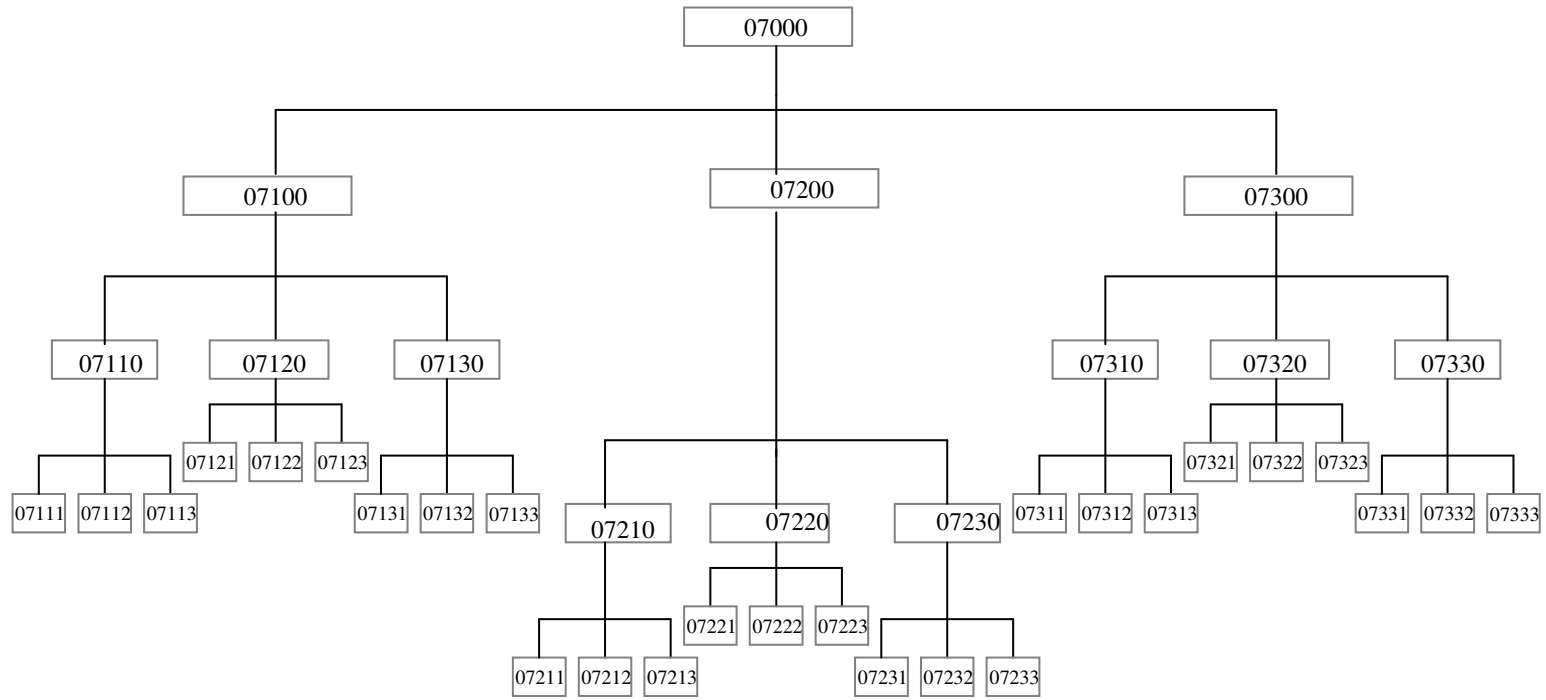


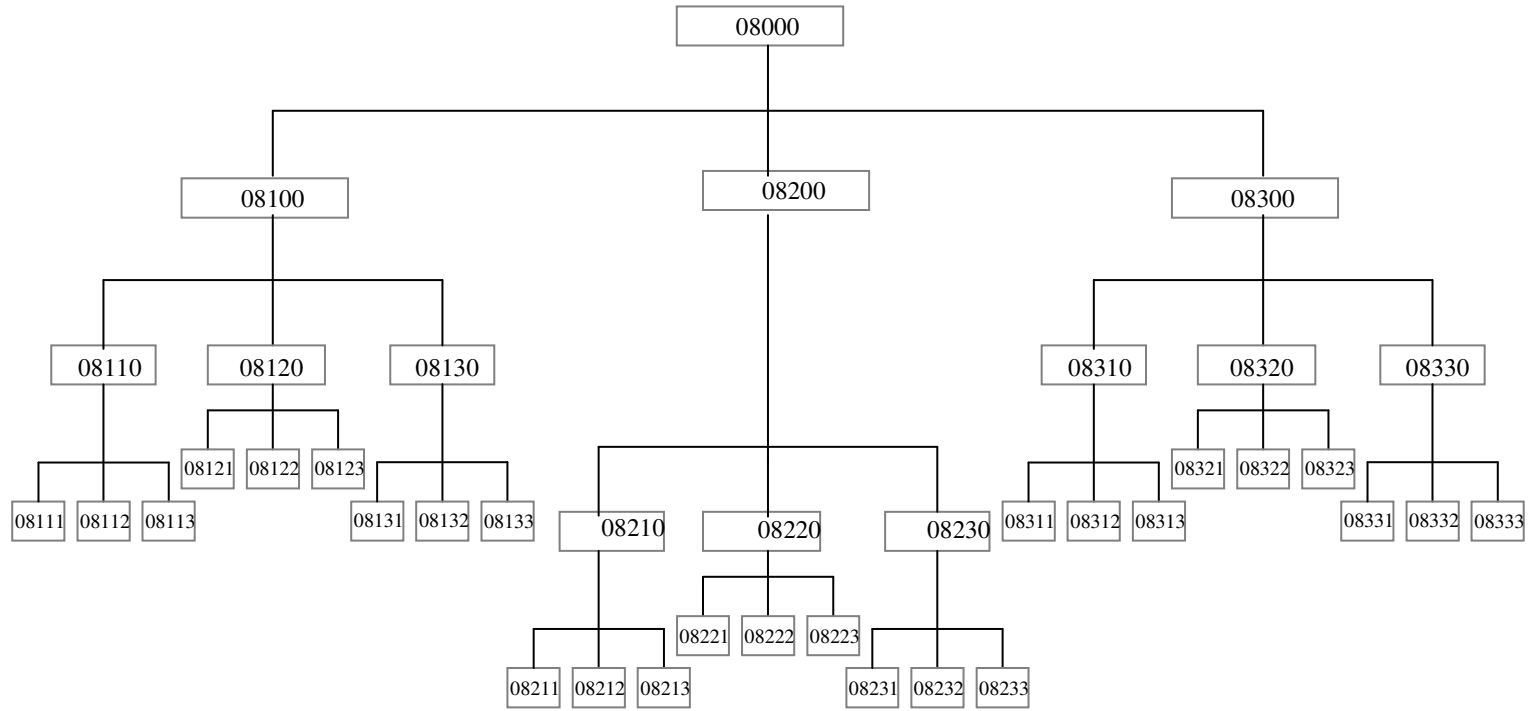


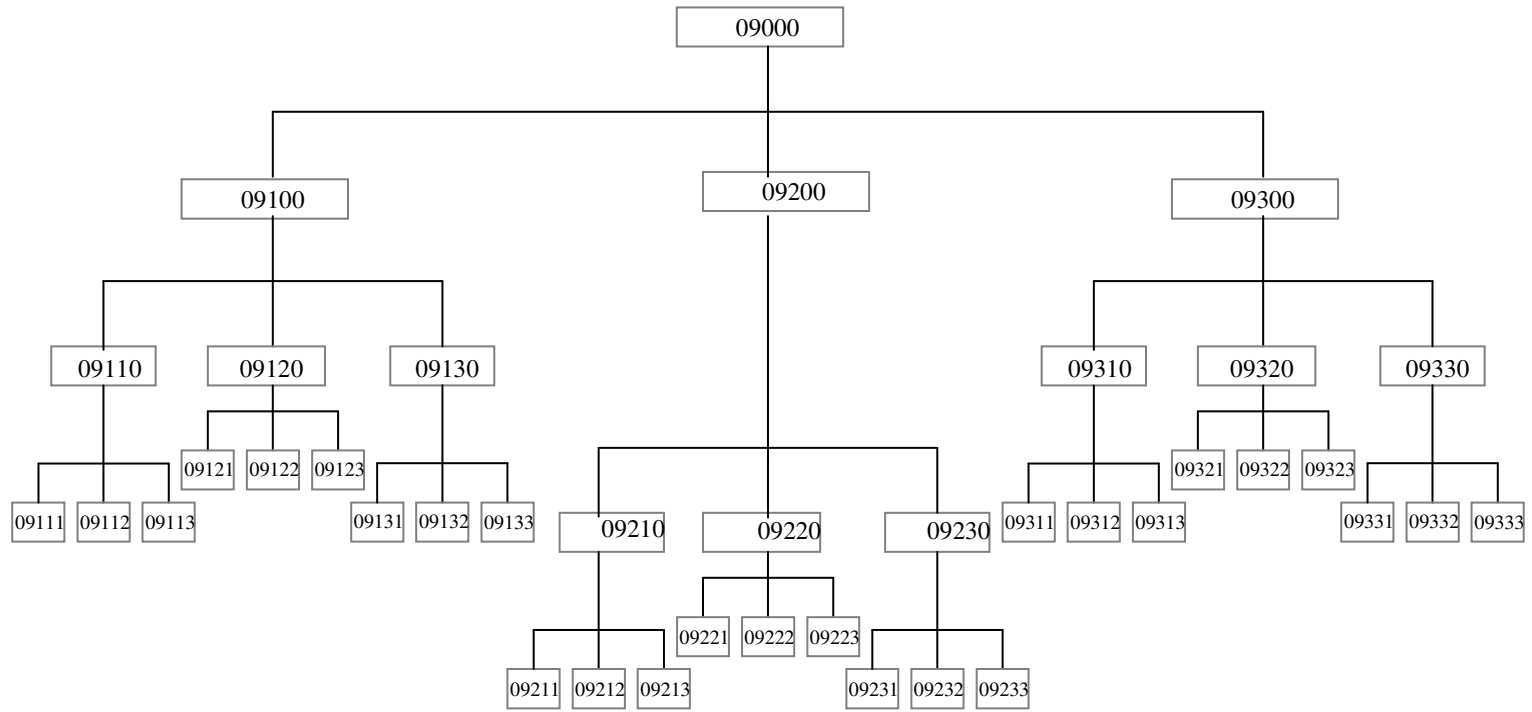


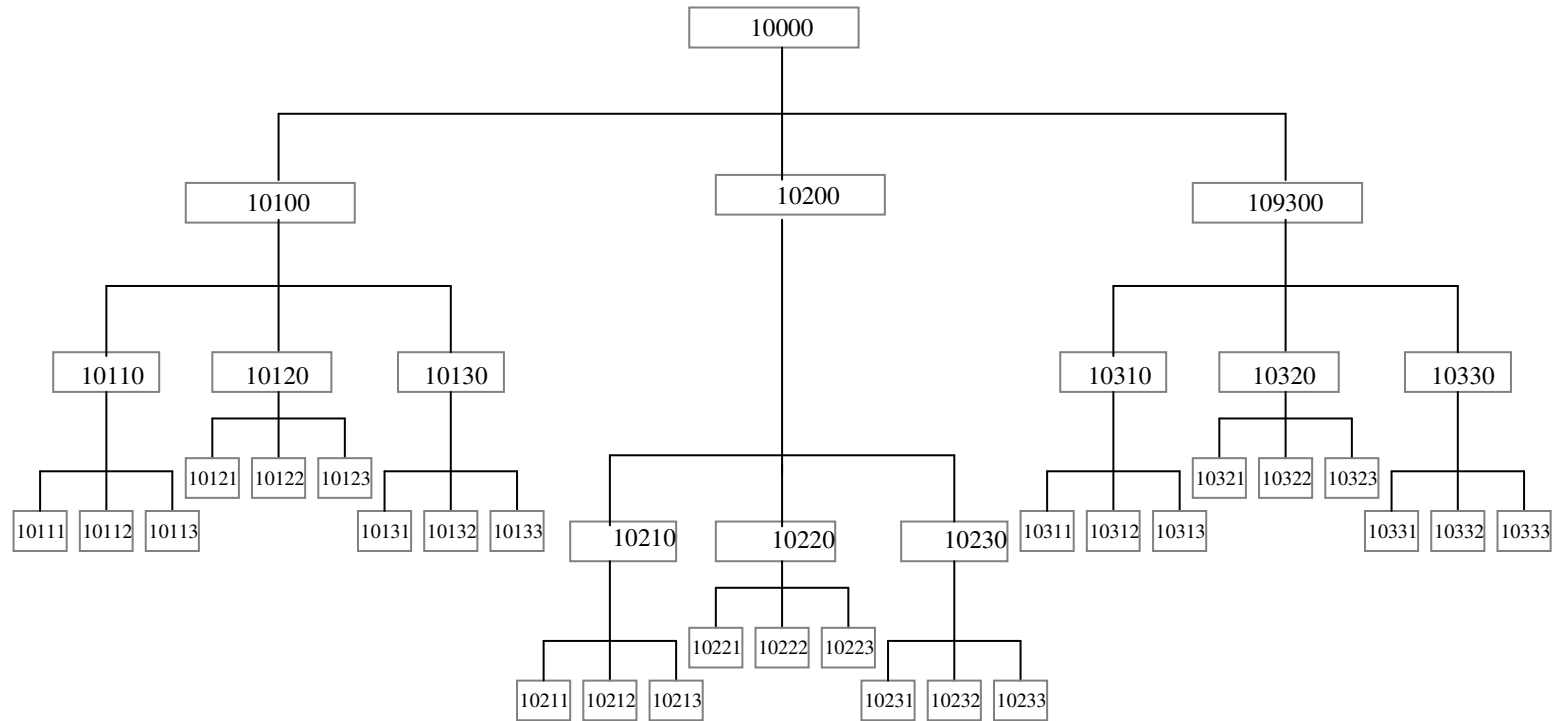












APÊNDICE B. Questionário

ENTENDENDO QUEM ENTENDE

001 Nº DO QUESTIONÁRIO | | | | | | |

02 LOCAL: DA ENTREVISTA: _____

003 ENTREVISTADOR: Código [| |]

Nome: _____

004 DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

SUPERVISOR :

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

PARTE A - DADOS SÓCIO - DEMOGRÁFICOS

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q101	Qual o bairro que você mora?	_____ NÃO RESPONDEU 99	
Q102	Quantos anos você tem?	ANOS NÃO RESPONDEU 99	
Q103	Você estudou até que série? (CIRCULE UMA)	Não frequentei a escola 1 Primeiro grau incompleto 2 Primeiro grau completo 3 Segundo grau incompleto 4 Segundo grau completo 5 Superior 6 Pós-graduação 7 Não respondeu 99	
Q104	Você está? (MOSTRE O CARTÃO A)	ESPECIFIQUE: NÃO RESPONDEU 99	
Q105	Qual a sua ocupação principal? (DESCREVER CLARAMENTE, SE DESEMPREGADO OU APOSENTADO E A ÚLTIMA OCUPAÇÃO)	_____ NÃO RESPONDEU 99	
Q106	Em qual cidade você viveu a maior parte de sua vida?	_____ NÃO RESPONDEU 99	
Q107	Qual o seu estado civil? (CIRCULE UMA)	SOLTEIRO 1 CASADO 2 JUNTO/AMIGADO 3 DIVORCIADO 4 DESQUITADO/SEPARADO 5 VIÚVO 6 NÃO RESPONDEU 99	
Q108	Qual a sua religião?	_____ NÃO RESPONDEU 99	
Q109	Qual a sua raça/etnia?	_____ NÃO RESPONDEU 99	

PARTE B - CONTEXTO SOCIAL - HABITAÇÃO E IDENTIDADE

Q201	Com quem você mora? (CIRCULE UMA)	SOZINHO 1 COM O PARCEIRO 2 COM MINHA MULHER/FAMÍLIA 3 COM AMIGOS(AS) 4 COM OS PAIS/PARENTES 5 OUTROS. ESPECIFICAR: 6 NÃO RESPONDEU 99	→Q203
Q202	Quantas pessoas moram com você?	_____ NÃO RESPONDEU 99	

Q203	Como você se definiria em relação a sua sexualidade? (APENAS UMA RESPOSTA E NÃO LEIA OS ITENS)	HOMOSSEXUAL ENTENDIDO VIADO BICHA GAY BAITOLA HOMEM BOFE MULHER BISSEXUAL OUTRA, QUAL? _____ NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88 99	
------	--	--	---	--

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q204	Sua família sabe de sua orientação sexual?	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 88 99 →Q301
Q205	Qual das seguintes afirmações melhor descreve o comportamento da sua família em relação a sua sexualidade?	APOIA COMPLETAMENTE APÓIA PARCIALMENTE É INDIFERENTE DESAPROVA PARCIALMENTE DESAPROVA COMPLETAMENTE NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 5 88 99

PARTE C - ESTILO DE VIDA

<i>Vamos falar agora de seu comportamento e sentimento em relação a sua sexualidade. Qual das seguintes frases melhor descreve o que você faz (ou fazia), nas seguintes épocas:</i>			
Q301	Nos últimos 12 meses? (MOSTRE O CARTÃO B)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99
Q302	Nos últimos 5 anos? (MOSTRE O CARTÃO B)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99
<i>Qual das seguintes frases melhor descreve o seu sentimento de atração, nas seguintes épocas:</i>			
Q303	Nos últimos 12 meses? (MOSTRE O CARTÃO C)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99
Q304	Nos últimos 5 anos? (MOSTRE O CARTÃO C)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99
Q305	Com que idade (em anos) você teve suas primeiras brincadeiras sexuais?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99
Q306	Com que idade (em anos) você teve sua primeira relação sexual?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99
Q307	C Com que idade (em anos) você teve sua primeira relação sexual com um homem?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	88 99

PARTE D - RELAÇÕES COM PARCEIROS SEXUAIS

Q401	Qual o padrão de relacionamento sexual que você tem mantido nos últimos 30 dias? (LEIA OS ITENS)	NÃO MANTENHO RELACIONAMENTO SEXUAL TENHO UMA RELAÇÃO FIXA COM UM HOMEM SEM SEXO COM OUTROS HOMENS TENHO UMA RELAÇÃO FIXA COM UM HOMEM E AO MESMO TEMPO SEXO COM OUTROS HOMENS TENHO RELAÇÕES ESPORÁDICAS COM DIFERENTES HOMENS NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 88 99	→Q404 →Q404
------	--	---	------------------------------	----------------------------

Q402	Se você manteve nos últimos 30 dias, um relacionamento fixo com um homem, há quantos meses dura esta relação? (CIRCULE UMA)	<p style="text-align: right;"> ATÉ 3 MESES 1 DE 03 MESES A 1 ANO 2 DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO 3 DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS 4 DE 2 A 3 ANOS 5 DE 3 A 4 ANOS 6 DE 4 A 5 ANOS 7 MAIS DE 5 ANOS 8 NÃO TENHO RELACIONAMENTO FIXO 9 NÃO SEI 88 NÃO RESPONDEU 99 </p>	
Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q403	Qual das afirmações abaixo melhor descreve o seu comportamento sexual e o do seu parceiro fixo? (CIRCULE UMA)	<p style="text-align: right;"> NENHUM DE NÓS TEM SEXO COM OUTRAS PESSOAS 1 APENAS ELE TEM SEXO COM OUTRAS PESSOAS 2 APENAS EU TENHO SEXO COM OUTRAS PESSOAS 3 NÓS DOIS TEMOS SEXO COM OUTRAS PESSOAS 4 EU TENHO SEXO COM OUTRAS PESSOAS, EU NÃO SEI SE ELE TEM 5 EU NÃO TENHO SEXO COM OUTRAS PESSOAS, EU NÃO SEI SE ELE TEM 6 NÃO SEI SE ELE TEM 88 NÃO SEI 88 NÃO RESPONDEU 99 </p>	
Q404	Com que frequência, média, você teve relações sexuais com um homem nos últimos 12 meses? (LEIA OS ITENS)	<p style="text-align: right;"> DE MODO ALGUM 1 UMA OU DUAS VEZES 2 OCASIONALMENTE 3 IRREGULARMENTE 4 DE 1 A 5 VEZES NO MÊS 5 DE 2 A 3 VEZES NA SEMANA 6 DIARIAMENTE/QUASE DIARIAMENTE 7 OUTRA, QUAL? _____ 8 NÃO SEI 88 NÃO RESPONDEU 99 </p>	
Q405	Você manteve, nos últimos 12 meses, alguma relação fixa com um homem ? (LEIA OS ITENS)	<p style="text-align: right;"> NÃO MANTIVE RELACIONAMENTO SEXUAL 1 SIM, UMA RELAÇÃO FIXA COM UM HOMEM SEM SEXO COM OUTROS HOMENS 2 SIM, UMA RELAÇÃO FIXA COM UM HOMEM E SEXO COM OUTROS HOMENS 3 TENHO RELAÇÕES ESPORÁDICAS COM DIFERENTES HOMENS 4 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9 </p>	
Q406	Você alguma vez teve relações sexuais com uma mulher ? (CIRCULE UMA)	<p style="text-align: right;"> NÃO, NUNCA 1 SIM, UMA VEZ 2 SIM, MUITAS VEZES 3 SIM FREQUENTEMENTE 4 OUTRO, QUAL? _____ 5 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9 </p>	→ 501
Q407	Com que frequência, em média, você teve relações sexuais com uma mulher nos últimos 12 meses? (LEIA OS ITENS)	<p style="text-align: right;"> DE MODO ALGUM 1 UMA OU DUAS VEZES 2 OCASIONALMENTE 3 IRREGULARMENTE 4 DE 1 A 5 VEZES NO MÊS 5 DE 2 A 3 VEZES NA SEMANA 6 DIARIAMENTE/QUASE DIARIAMENTE 7 OUTRA, QUAL? _____ 8 NÃO SEI 88 NÃO RESPONDEU 99 </p>	

PARTE E- PARCEIROS SEXUAIS

Q501	Nos últimos 6 meses quantos parceiros regulares masculinos você teve? (MOSTRE O CARTÃO D) Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="text"/> 88 99
Q502	Nos últimos 6 meses quantos parceiros regulares femininos você teve? (MOSTRE O CARTÃO D) Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="text"/> 88 99
Q503	Nos últimos 6 meses, você teve quantos parceiros casuais masculinos? (MOSTRE O CARTÃO D) Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="text"/> 88 99
Q504	Nos últimos 6 meses, você teve quantos parceiros casuais femininos? (MOSTRE O CARTÃO D) Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="text"/> 88 99

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS					PULE PARA
Q505	Nos últimos 6 meses, onde você tem conhecido seu(s) parceiro(s) sexual(is)? (LEIA AS SITUAÇÕES E CIRCULE AS RESPOSTAS)	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA	NÃO SEI	NR	
	a) através de amigos	1	2	3	8	9	
	b) na rua / parque / praças que não sejam áreas de pegação/cassação	1	2	3	8	9	
	c) na piscina / praia	1	2	3	8	9	
	d) na sauna	1	2	3	8	9	
	e) áreas de pegação	1	2	3	8	9	
	f) em banheiros públicos	1	2	3	8	9	
	g) em bares, discotecas /boates, clubes, etc. (exceto quarto escuro/darkroom)	1	2	3	8	9	
	h) em quarto-escuro/darkroom	1	2	3	8	9	
	i) no local de trabalho	1	2	3	8	9	
	j) no teatro, shows, cinema (exceto cine pornô) ou outro local cultural	1	2	3	8	9	
	k) em cinema pornô	1	2	3	8	9	
	l) em áreas de prostituição	1	2	3	8	9	
	m) através de anúncios de jornais/revistas	1	2	3	8	9	
	n) disque-namoro/disque-amizade/fone-sex	1	2	3	8	9	
	o) Internet	1	2	3	8	9	
	p) outros, especificar: _____	1	2	3	8	9	
Q506	Na sua avaliação, quantos de seus parceiros sexuais foram anônimos, nos últimos 6 meses? (MOSTRE NOVAMENTE O CARTÃO D)	TODOS MAIS DA METADE MENOS DO QUE A METADE NENHUM OUTRA, QUAL? _____ NÃO SEI NÃO RESPONDEU					1 2 3 4 5 8 9

PARTE F - SEXO E FAVORES				
Q601	Alguma vez você já recebeu dinheiro em troca de sexo?		SIM 1 NÃO 2 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9	→Q603
Q602	Com que frequência? (LEIA OS ITENS)		SEMPRE/QUASE SEMPRE 1 ÀS VEZES 2 RARAMENTE 3 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9	
Q603	Alguma vez você ofereceu dinheiro, presente ou favores em troca de sexo?		SIM 1 NÃO 2 NÃO SEI 88 NÃO RESPONDEU 99	Q701
Q604	Com que frequência? (LEIA OS ITENS)		SEMPRE/QUASE SEMPRE 1 ÀS VEZES 2 RARAMENTE 3 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9	

PARTE G - NÚMERO DE PARCEIROS

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q701	<i>Tendo como ponto de vista que "parceiro sexual" é a pessoa com quem teve (ou tem) contato sexual e com ele prazer ou gozo, para um ou ambos; quantos parceiros sexuais você tem tido:</i> Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO) Na sua vida inteira, quantos parceiros masculinos você teve?	NÃO SEI <input type="text"/> 88 NÃO RESPONDEU 99	
Q702	Na sua vida inteira, quantos parceiros femininos você teve?	NÃO SEI <input type="text"/> 88 NÃO RESPONDEU 99	
Q703	Nos últimos 6 meses, quantos dos seus parceiros foram homens?	NÃO SEI <input type="text"/> 88 NÃO RESPONDEU 99	
Q704	Nos últimos 6 meses, quantos dos seus parceiros foram mulheres?	NÃO SEI <input type="text"/> 88 NÃO RESPONDEU 99	
Q705	Nos últimos 30 dias, quantos dos seus parceiros foram homens?	NÃO SEI <input type="text"/> 88 NÃO RESPONDEU 99	
Q706	Nos últimos 30 dias, quantos dos seus parceiros foram mulheres?	NÃO SEI <input type="text"/> 88 NÃO RESPONDEU 99	

PARTE H - PRÁTICAS SEXUAIS

Q801	Nos últimos 6 meses, você: (Prática sexual), COM/SEM camisinha?	S	N	NS	NR
	Foi penetrado no ânus por alguém COM	1	2	8	9
	Foi penetrado no ânus por alguém SEM	1	2	8	9
	Penetrou o ânus de alguém COM	1	2	8	9
	Penetrou o ânus de alguém SEM	1	2	8	9
	Fez felação em alguém (chupou) COM	1	2	8	9
	Fez felação em alguém (chupou) SEM	1	2	8	9
	Recebeu felação de alguém (foi chupado) COM	1	2	8	9
	Recebeu felação de alguém (foi chupado) SEM	1	2	8	9
	Lambeu o ânus de alguém (cunete) COM	1	2	3	4
	Lambeu o ânus de alguém (cunete) SEM	1	2	3	4
	Foi lambido no ânus por alguém (cunete) COM	1	2	3	4
	Foi lambido no ânus por alguém (cunete) SEM	1	2	3	4
	Penetração na vagina COM	1	2	8	9
	Penetração na vagina SEM	1	2	8	9

PARTE I - DROGAS

Q901	Você já usou alguma destas drogas? Com que frequência?	12 MESES	FREQ.	NR
	Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	Cocaina/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	Anfetaminas (Hipofagin, ModereX, Glucoenrgin, Inibex, Calina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	Inalantes (lança-perfume, loló, cola, éter, esmalte, tinta clorofórmio, solvente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	Outros inalantes (Poppers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	Ecstasy, Acid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	Outros. Especificar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Q902	Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas? (LEIA OS ITENS)			0 2 4 1 3 8 9
			NENHUMA 2 A 4 VEZES POR MÊS 4 OU MAIS VEZES POR SEMANA UMA OU MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 2 A 3 VEZES POR SEMANA NÃO SEI NÃO RESPONDEU	0 2 4 1 3 8 9

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q903	Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando está bebendo? OBS.: UMA DOSE EQUIVALE A: 120 ML DE VINHO (TAÇA); 350 ML DE CERVEJA (LATA); 1 COQUETEL; 36ML DE DESTILADO (WHISKY, VODKA, PINGA)	NENHUMA 3 A 4 7 A 9 1 A 2 5 A 6 10 OU MAIS NÃO SEI NÃO RESPONDEU	0 2 4 1 3 5 8 9
(UTILIZE O CARTÃO E PARA AS QUESTÕES Q904 A Q911)			
Q904	Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="checkbox"/> 8 9
Q905	Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="checkbox"/> 8 9
Q906	Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="checkbox"/> 8 9
Q907	Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebida?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="checkbox"/> 8 9
Q908	Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?	NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="checkbox"/> 8 9

Q909	Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo?	NÃO SEI <input type="checkbox"/> 8 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9
Q910	Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?	NÃO SEI <input type="checkbox"/> 8 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9
Q911	Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?	NÃO SEI <input type="checkbox"/> 8 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9
Q912	Que idade você tinha quando começou a beber mais que só um "golinho"? Em anos.	NÃO SEI <input type="checkbox"/> 8 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9
Q913	Nós gostaríamos de saber os efeitos que a bebida pode ter em você. Quando você bebe... (LEIA OS ITENS E AS RESPOSTAS) RESPOSTAS: 3. EM GERAL VERDADEIRO 2. ÀS VEZES VERDADEIRO 1. NUNCA VERDADEIRO 8. NÃO SEI 9. NÃO RESPONDEU	Fica mais fácil se abrir com os outros <input type="checkbox"/> Você acha mais fácil conversar com seu companheiro(a) sobre seus sentimentos/problema? <input type="checkbox"/> Você se sente mais desinibido(a) com sexo? <input type="checkbox"/> As atividades sexuais são mais prazerosas para você? <input type="checkbox"/> Você se sente mais atraente sexualmente? <input type="checkbox"/> Você se torna mais agressivo(a) para com as pessoas? <input type="checkbox"/>

PARTE J - Saúde e Fatores Sociais

Q100 1	INFORMAÇÃO SOBRE A TRANSMISSÃO DO HIV Considerando, agora, o assunto da aids e a infecção pelo HIV, para cada uma das afirmativas abaixo, indique a resposta que mais se aproxima da sua opinião: (MOSTRE O CARTÃO F AO ENTREVISTADO – LEIA AS OPÇÕES ABAIXO E PEÇA O NÚMERO CORRESPONDENTE A RESPOSTA) Eu acho que:	HIV É TRANSMITIDO PELO SÊMEN <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 HIV É TRANSMITIDO POR SANGUE <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 HIV É TRANSMITIDO POR SALIVA <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 UMA PESSOA PODE TRANSMITIR O HIV APESAR DE PARECER MUITO SAUDÁVEL <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 O USO DE (UM PRESERVATIVO) VAI PREVENIR A TRANSMISSÃO DO HIV <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 DIMINUIR O NÚMERO TOTAL DE PARCEIROS SEXUAIS VAI REDUZIR RISCO DE CONTRAIR O HIV <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 O QUE É IMPORTANTE PARA REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO COM O HIV NÃO É O NÚMERO DE PARCEIRO QUE VOCÊ TEM, MAS O QUE FAZ COM ELES <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9
-----------	---	---

PARTE K - Auto-eficiência

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q1101	Em que medida você concorda com cada umas das seguintes declarações? (MOSTRE O CARTÃO G AO ENTREVISTADO E LEIA AS OPÇÕES)	QUANDO VOCÊ TEM RELAÇÕES SEXUAIS, VOCÊ NORMALMENTE É A PESSOA QUE DETERMINA O QUE FAZER E QUANDO FAZER <input type="checkbox"/> 8 NÃO SEI <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 NÃO HÁ REALMENTE NADA QUE VOCÊ POSSA FAZER PARA EVITAR CONTRAIR O HIV <input type="checkbox"/> 8 NÃO SEI <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 SE O SEU PARCEIRO SEXUAL NÃO QUER PRATICAR SEXO MAIS SEGURO, VOCÊ PODE FAZER BEM POUCO PARA MUDAR ISSO <input type="checkbox"/> 8 NÃO SEI <input type="checkbox"/> 9 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9 QUALQUER PESSOA PODE EVITAR SE CONTAMINAR COM O HIV <input type="checkbox"/> 8 NÃO SEI <input type="checkbox"/> 8 NÃO RESPONDEU <input type="checkbox"/> 9	

	PARA EVITAR O CONTÁGIO COM O HIV, BASTA SIMPLEMENTE TOMAR CUIDADO COM O TIPO DE RELAÇÃO QUE VOCÊ TEM	8
	NÃO SEI	9
	NÃO RESPONDEU	
	VOCÊ NÃO TEM PROBLEMA EM DIZER NÃO, ÀS PESSOAS QUE SE RECUSAM A PRATICAR SEXO MAIS SEGURO	8
	NÃO SEI	9
	NÃO RESPONDEU	
	EM TERMOS DE SUA SAÚDE, NÃO HÁ MUITO QUE VOCÊ POSSA FAZER DEPOIS QUE VOCÊ JÁ CONTRAIU O HIV	8
	NÃO SEI	9
	NÃO RESPONDEU	
	SE VOCÊ TEM (COITO ANAL) USANDO (UM PRESERVATIVO), NÃO VAI PEGAR, NEM TRANSMITIR O HIV	8
	NÃO SEI	9
	NÃO RESPONDEU	

PARTE L - Escala de comunicação sexual

Q1201	Em relação a comunicação entre você e seu parceiro sexual, em que medida você concorda com cada uma das seguintes declarações? (DÊ NOVAMENTE O CARTÃO G AO ENTREVISTADO)						
		CC	CP	DP	DC	NS	NR
	a) Você não tem problemas em, antes de transar, falar com os seus parceiros sexuais o que você gosta de fazer na cama.	1	2	3	4	8	9
	b) Você não tem problema em dizer o que fará ou não na cama, à um parceiro sexual.	1	2	3	4	8	9
	c) Em geral, sente-se envergonhado ao conversar com os seus parceiros sexuais sobre sexo.	1	2	3	4	8	9
	d) Você acha fácil perguntar aos seus parceiros sexuais o que eles acham de sexo mais seguro.	1	2	3	4	8	9

PARTE M - Atitudes sobre sexo e saúde

Q1301	Atitudes sobre o uso de preservativo (MOSTRE NOVAMENTE O CARTÃO G AO ENTREVISTADO)						
		CC	CP	DP	DC	NS	NR
	a) Você acha fácil falar com um parceiro sexual que não vai transar sem usar (preservativo).	1	2	3	4	8	9
	b) Você acha difícil, no auge da excitação, fazer sexo mais seguro.	1	2	3	4	8	9
	c) Desde que você use (um preservativo) durante (coito anal) não tem que se preocupar com AIDS.	1	2	3	4	8	9
	d) Sua saúde é determinada pela sorte.	1	2	3	4	8	9

PARTE N - MUDANÇAS NA VIDA sexual

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q1401	Desde que você ouviu falar sobre a AIDS, você tem feito mudanças na sua vida sexual? (LEIA AS OPÇÕES PARA O ENTREVISTADO):	MUITAS ALGUMAS POUCAS NENHUMA NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 8 9 → Q1501 → Q1501 → Q1501
Q1402	De que maneira?	DIMINUINDO O NÚMERO DE PARCEIROS USANDO CAMISINHA PROCURANDO RELACIONAMENTO ESTÁVEL EVITANDO PENETRAÇÃO OUTRAS. ESPECIFICAR: NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 5 8 9

PARTE O – USO DE CAMISINHA								
Q1501	Você usou camisinha na sua última relação sexual (penetração)?			SIM 1 NÃO 2 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9				
Q1502	Com que frequência você usa camisinha nas relações sexuais?			SEMPRE 1 ALGUMAS VEZES 2 RARAMENTE 3 NUNCA 4 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9				
Q1503	Nos últimos 6 meses você fez sexo anal com um homem onde nem você ou ele usaram camisinha (isto inclui gozar fora)?			SIM 1 NÃO 2 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9	→Q1601			
Q1504	Quantas vezes você fez sexo anal sem camisinha nos últimos 6 meses?			1-5 VEZES 1 6-10 VEZES 2 11-15 VEZES 3 16-20 VEZES 4 MAIS 20 VEZES 5 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9				
Q1505	Com qual das seguintes afirmações você concorda?			EU SÓ FIZ SEXO ANAL SEM CAMISINHA COM O MEU PARCEIRO REGULAR (CASO, NAMORADO) 1 EU FIZ SEXO ANAL SEM CAMISINHA COM OUTRO HOMEM QUE NÃO ERA MEU PARCEIRO REGULAR (CASO, NAMORADO) 2 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9				
Q1506	As vezes que você fez sexo anal sem camisinha, nos últimos 6 meses, foi por que: (DÊ O CARTÃO H PARA O ENTREVISTADO)							
		S	MP	VQ	R	N	NS	NR
	Sente-se melhor fazendo sexo sem camisinha?	1	2	3	4	5	8	9
	Seu parceiro lhe disse que era HIV negativo?	1	2	3	4	5	8	9
	Não havia camisinha disponível?	1	2	3	4	5	8	9
	Você estava muito excitado e não parou para colocar a camisinha?	1	2	3	4	5	8	9
	Você tinha bebido ou usado alguma droga?	1	2	3	4	5	8	9
	Usar camisinha perde o tesão	1	2	3	4	5	8	9
	Você sabia que você e o seu parceiro tinham o mesmo sorostatus?	1	2	3	4	5	8	9
	Você estava farto de fazer sexo seguro?	1	2	3	4	5	8	9
	Você concordou em não gozar (dentro) no seu parceiro?	1	2	3	4	5	8	9
	Seu parceiro concordou em não gozar (dentro) em você?	1	2	3	4	5	8	9
	Você estava apaixonado?	1	2	3	4	5	8	9
	Ambos já tinham feito sexo anal sem camisinha antes, então você pensou que não havia razão para usá-la?	1	2	3	4	5	8	9

PARTE P - Fontes de informação

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS					PULE PARA
Q1601	Nos últimos 6 meses, você: (LEIA OS ITENS ABAIXO) quantas vezes (FREQUÊNCIA)?						
		S	N	NS	NR	FQ	
	Recebeu camisinha gratuitamente de alguma ONG/AIDS?	1	2	8	9	_____	
	Participou de alguma oficina sobre sexo seguro?	1	2	8	9	_____	
	Você foi abordado por algum multiplicador de alguma ONG/AIDS sobre prevenção do HIV/AIDS?	1	2	8	9	_____	
	Recebeu alguma material educativo de alguma ONG/AIDS?	1	2	8	9	_____	
	Recebeu camisinha gratuitamente do MS ou Unidade de Saúde?	1	2	8	9	_____	
	Recebeu alguma material educativo do MS ou SMS/PCR?	1	2	8	9	_____	

Recebeu alguma informação no seu local de trabalho?	1	2	8	9	<input type="text"/>
Participou de alguma palestra/treinamento sobre HIV/AIDS?	1	2	8	9	<input type="text"/>
Assistiu a algum vídeo educativo sobre HIV/AIDS do MS, PE e Unidade de Saúde ou de alguma ONG/AIDS?	1	2	8	9	<input type="text"/>
Recebeu alguma informação sobre DST/AIDS de outra fonte? Qual?	1	2	8	9	<input type="text"/>

PARTE Q - Instituição na subcultura "Gay" Envolvimento

Q1701	Você alguma vez na sua vida se envolveu em alguma das seguintes atividades?						
	Atividade	S	N	NS	NR		
	Visitando bares, boates ou restaurantes "gays" (ou principalmente "gays"?)	1	2	8	9		
	Visitando saunas "gays" (ou principalmente "gays")	1	2	8	9		
	Trabalhando com organizações ou grupos homossexuais?	1	2	8	9		
	Trabalhando em outras organizações ou grupos não homossexuais (por exemplo, grupos políticos?)	1	2	8	9		
	Trabalhando em grupos de luta contra a AIDS?	1	2	8	9		

PARTE R - Redes sociais

Q1801	Falando agora dos seus amigos(as) íntimos, quantos amigos íntimos você diria que tem? (ESCREVER O TOTAL)							
						MASCULINOS	<input type="text"/>	
						FEMININOS	<input type="text"/>	
						NÃO SEI	88	
						NÃO RESPONDEU	99	
Q1802	Em geral, até que ponto você acha que pode contar com: (MOSTRE O CARTÃO H AO ENTREVISTADO) a) Amigos? b) Organizações ou grupos formais ou informais quando você tem problemas pessoais?	S	MP	VQ	R	N	NS	NR
	a) Amigos?	1	2	3	4	5	8	9
	b) Organizações ou grupos formais ou informais quando você tem problemas pessoais?	1	2	3	4	5	8	9
Q1803	Quantas vezes, durante os <u>últimos 30 dias</u> , você teve contatos agradáveis ou informais com parentes, amigos e vizinhos, incluindo cartas, telefonemas ou e-mails?							
						DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS	5	
						VÁRIAS VEZES POR SEMANA	4	
						UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA	3	
						UMA OU TRÊS VEZES NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	2	
						NENHUMA	1	
						NÃO SEI	8	
						NÃO RESPONDEU	9	
Q1804	Com exceção do seu cônjuge ou companheiro(a), com quantas pessoas você tem confiança para conversar a respeito de seus problemas pessoais?							
						6 OU MAIS	5	
						4 A 5	4	
						2 A 3	3	
						UMA	2	
						NENHUMA	1	
						NÃO SEI	8	
						NÃO RESPONDEU	9	

Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS					PULE PARA
Q1805	Em que medida você concorda com cada uma das seguintes declarações? (DÊ O CARTÃO G AO ENTREVISTADO)						
	Declarações	CC	CP	DP	DC	NS	NR
	Meus amigos usam camisinha.	1	2	3	4	8	9
	Meus amigos me encorajam a usar camisinha.	1	2	3	4	8	9
	Eu prefiro fazer sexo com alguém cujo sorostatus seja igual ao meu.	1	2	3	4	8	9
	Meus amigos acham que é importante usar camisinha quando for fazer sexo com um novo amigo.	1	2	3	4	8	9
	A maioria dos homens gay pensa que é impossível fazer sexo seguro até haver uma cura para a AIDS.	1	2	3	4	8	9

PARTE S - Soropositividade/soronegatividade			
Q1901	Você alguma vez na sua vida já fez o teste contra o HIV?1.Sim 2.Não (PASSE PARA 78)	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 8 9
			→Q1904
Q1902	Quantas vezes você já fez o teste?	VEZES NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="text"/> 88 99
Q1903	Quando foi a ÚLTIMA vez que você fez o teste?	<input type="text"/> MÊS NÃO SEI NÃO RESPONDEU	<input type="text"/> ANO 88 99
Q1904	Você tem vontade de fazer (ou de voltar a fazer)?	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 8 9
Q1905	Você conhece(eu) alguém que tem (teve) HIV/AIDS?	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 8 9
PARTE T - VIOLÊNCIA			
Q2001	Você já sofreu algum tipo de violência por, causa de sua sexualidade?	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 8 9
Q2002	Sobre a questão da violência, você diria que: (DÊ O CARTÃO I AO ENTREVISTADO)	<input type="text"/> NÃO SEI NÃO RESPONDEU	 8 9
PARTE U - RENDA E CLASSE			
Q2101	Renda pessoal Em qual dessas faixas de renda você se enquadra?	SEM RENDIMENTO MENOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO UM A MENOS DE QUATRO SALÁRIOS MÍNIMOS QUATRO A MENOS DE OITO SALÁRIOS MÍNIMOS OITO A MENOS DE DOZE SALÁRIOS MÍNIMOS DOZE SALÁRIOS MÍNIMOS OU MAIS NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 5 6 8 9
Q2202	Renda familiar Em qual dessas faixas de renda a sua família se enquadra?	SEM RENDIMENTO MENOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO UM A MENOS DE QUATRO SALÁRIOS MÍNIMOS QUATRO A MENOS DE OITO SALÁRIOS MÍNIMOS OITO A MENOS DE DOZE SALÁRIOS MÍNIMOS DOZE SALÁRIOS MÍNIMOS OU MAIS NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 5 6 8 9
Nº	QUESTÃO OU FILTRO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
Q2203	Qual o grau de instrução do chefe da sua família?	ANALFABETO PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO PRIMEIRO GRAU COMPLETO SEGUNDO GRAU INCOMPLETO SEGUNDO GRAU COMPLETO SUPERIOR PÓS-GRADUAÇÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Q2204	Quantos destes itens você possui em sua casa? (CIRCULE A QUAANTIDADE)						
Itens	0	1	2	3	4+	NS	NR
Aspirador de pó	0	1	2	3	4+	8	9
Automóvel	0	1	2	3	4+	8	9
Banheiro	0	1	2	3	4+	8	9
Empregada mensalista	0	1	2	3	4+	8	9
Freezer (ou parte da duplex)	0	1	2	3	4+	8	9
Geladeira duplex	0	1	2	3	4+	8	9
Geladeira simples	0	1	2	3	4+	8	9
Máq. de lavar roupa	0	1	2	3	4+	8	9
Rádio	0	1	2	3	4+	8	9
TV em cores	0	1	2	3	4+	8	9
Videocassete	0	1	2	3	4+	8	9

PARTE V: SEXO ANAL

Q2401	NÓS TEMOS MAIS ALGUMAS QUESTÕES SOBRE SEXO					SIM	1	→Q2501
	Você fez sexo anal uma ou mais vezes nos últimos 12 meses?					NÃO	2	
						NÃO SEI	8	
						NÃO RESPONDEU	9	
Q2402	Nos últimos 12 meses, quantas vezes aconteceu alguma da seguintes situações quando você estava fazendo sexo anal?							
	Situação							
	a) A camisinha saiu					FREQUENCIA	<input type="text"/>	
						NÃO SEI	88	
						NÃO RESPONDEU	99	
	b) A camisinha rasgou					FREQUENCIA	<input type="text"/>	
						NÃO SEI	88	
						NÃO RESPONDEU	99	
	c) Não usei camisinha					FREQUENCIA	<input type="text"/>	
						NÃO SEI	88	
						NÃO RESPONDEU	99	
Q2403	Pensando apenas sobre o(s) parceiro(s) com quem você fez sexo anal SEM camisinha, nos últimos 12 meses, qual das seguintes situações melhor descreve o seu conhecimento sobre o sorostatus do HIV do seu parceiro?							
						EU SABIA O SOROSTATUS DE TODOS OS MEUS PARCEIROS	1	→Q2501
						EU SABIA O SOROSTATUS DE ALGUNS OS MEUS PARCEIROS	2	
						EU NÃO SABIA O SOROSTATUS DE NENHUM OS MEUS PARCEIROS	3	
						NÃO SEI	8	
						NÃO RESPONDEU	9	

PARTE X: DST

Q2501	Você teve algumas das seguintes doenças nos últimos 12 meses?			
	SIM	NÃO	NS	NR
Hepatite B	1	2	8	9
Gonorréia	1	2	8	9
Sífilis	1	2	8	9
Úlceras/feridas nos genitais ou no ânus	1	2	8	9
Corrimento uretral/pênis	1	2	8	9
Herpes genital ou anal	1	2	8	9
Verrugas nos genitais ou ânus	1	2	8	9

APÊNDICE C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II)



Ministério da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II)

Pesquisa: ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE RISCO E DE PREVENÇÃO PARA AIDS ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS NO RECIFE.

Caro participante,

Você foi indicado para fazer parte desta pesquisa e nós gostaríamos de entrevistá-lo. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Tem como objetivos principais estudar aspectos comportamentais, de atitudes e práticas de risco e de prevenção sobre aids entre homens que referem práticas sexuais com outros homens (HSH), na cidade do Recife. Espera-se que com as informações recolhidas, o programa de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids junto a esta população possa ser melhor planejado de forma a melhorar a qualidade de vida destes homens.

A entrevista irá durar aproximadamente **40 minutos**. Eu irei fazer perguntas sobre:

- Algumas informações pessoais;
- Seu estilo de vida;
- Suas práticas sexuais;
- Seus conhecimentos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids.

Será garantido o total **sigilo** das informações que você nos fornecer, assim como o **anonimato**, de acordo com as normas éticas da investigação científica no Brasil. Ou seja, as informações que você nos fornecer serão totalmente confidenciais e não serão divulgadas para ninguém, e seu nome não será relacionado ao questionário.

Sua participação é voluntária e você pode interromper a entrevista mesmo depois de ter concordado em participar. Você tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. A entrevista não oferecerá risco à sua saúde. Entretanto, sua honestidade em responder estas questões irá nos ajudar a melhor entender os conhecimentos, atitudes e as práticas sexuais que colocam algumas pessoas sob risco para a infecção pelo HIV. Nós agradecemos a sua colaboração em responder esta pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, você pode me perguntar ou entrar em contato com a coordenação.

A assinatura deste consentimento indica que você compreendeu os objetivos da pesquisa e que aceita participar dela.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

(Nome legível do Entrevistado)

(Assinatura do Entrevistado)

(Nome do Pesquisador)

(Assinatura do Pesquisador)

Responsáveis: Prof^a Dr^a Ana Maria de Brito (**Coordenadora da Pesquisa**)
Mestranda Nadjanara Alves Vieira (**Pesquisadora Principal**)

ANEXO



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



FIOCRUZ

Ministério da Saúde

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPqAM/FIOCRUZ

Título do Projeto: "Estudo sobre comportamentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Recife "

Pesquisador responsável: Nadjanara Alves Vieira

Instituição onde se realizará o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 16/06/2005

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 15/05

Registro no CAEE: 0015.0.095.000-05

PARECER

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP, bem como o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE apresentado. Este parecer tem validade até julho de 2008 e em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 03 de agosto de 2005

Ana Maria A. Santos

Dr^a Ana Maria Aguiar dos Santos
Médica
Coordenação
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)