



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA - EPIDEMIOLOGIA

SANDRA MARA SILVA BRIGNOL

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS PRÁTICAS SEXUAIS
DESPROTEGIDAS EM UMA POPULAÇÃO DE HOMENS E TRAVESTIS**

Salvador

2008

SANDRA MARA SILVA BRIGNOL

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS PRÁTICAS SEXUAIS DESPROTEGIDAS EM UMA
POULAÇÃO DE HOMENS E TRAVESTIS

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em saúde comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde comunitária.

Orientadora: Professora Dr^a Maria Inês Costa Dourado

Co-orientadora: Professora Dr^a Leila Denise Alves Ferreira
Amorim

SALVADOR

Setembro de 2008

Biblioteca Central Reitor Macêdo Costa - UFBA

- B855 Brignol, Sandra Mara Silva.
Estudo epidemiológico das práticas sexuais desprotegidas em uma população de homens e travestis / Sandra Mara Silva Brignol, 2008.
216 f. : il.
- Inclui anexos.
Orientadora : Prof^a Dr^a Maria Inês Costa Dourado.
Co-orientadora : Prof^a Dr^a Leila Denise Alves Ferreira Amorim.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2008.
1. AIDS (Doença) - Prevenção. 2. Homossexualismo. 3. Homossexualismo masculino.
4. Homens - Comportamento sexual. 5. Relações sexuais orais. I. Dourado, Maria Inês Costa.
II. Amorim, Leila Denise Alves Ferreira. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. IV. Título.
- CDD - 616.9792
CDU - 616.97

TERMO DE APROVAÇÃO

SANDRA MARA SILVA BRIGNOL

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS PRÁTICAS SEXUAIS DESPROTEGIDAS EM UMA POPULAÇÃO DE HOMENS E TRAVESTIS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde
comunitária, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Maria Inês Costa.

Doutora em epidemiologia - University of California at Los Angeles. ISC-UFBA

Leila Denise Alves Ferreira Amorim

Doutora em Bioestatística pela University of North Carolina. IM-UFBA

Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. ENSP-FIOCRUZ

Greice Maria S. Menezes

Doutora em Saúde Comunitária ISC-UFBA

Salvador , 28 de março de 2008.

Ao amor, à vida, à amizade, ao aprendizado e a tudo que alimenta e da continuidade no que é bom e verdadeiro dentro de nós.

AGRADECIMENTOS

A Inês Dourado, pelo acolhimento, incentivo, orientação esclarecedora, paciência, convivência alegre e tranquilizadora, e pelo aprendizado multidisciplinar e valioso.

A Leila Denise, pela disponibilidade, co-orientação incansável e preciosa, convivência agradável e animadora, por compartilhar solidariamente seus conhecimentos de estatística e incentivo profissional.

A Patrícia, por tudo: incentivo, apoio, companheirismo amoroso, carinho e tudo mais.

Aos colegas da turma de 2006, pelo carinho, amizade, convivência, debate, aprendizado e apoio. Sem vocês o caminho não seria tão feliz e enriquecedor.

Aos colegas do Projeto Convida pelo incentivo, contribuições e carinho.

Aos colegas do grupo de estudo Aids e DST.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, pelo acolhimento, conhecimento transmitido e incentivo diário para avançar.

As funcionárias da secretaria da pós-graduação ISC-UFBA, Anunciação e Thais, pela generosidade e disponibilidade de sempre.

Aos amigos, que mesmo distanciados incentivaram, torceram e apoiaram.

À família, em especial a minha mãe, tão distante fisicamente, mas tão apoiadora e amorosa como sempre.

Aos colegas do Departamento de Estatística da UFBA, pelo incentivo e apoio.

A todos que conviveram nesta caminhada, apoiando, incentivando, ajudando ou participando de alguma forma para que tudo desse certo.

À CAPES por financiar muitos dos meses dedicados à construção desta dissertação.

Aos homens e travestis que responderam ao questionário do Projeto Convida.

Aos meus felinos, Leãozinho, Rosinha, Gatão, Mandrake e Felícia por acompanharem bem de perto a escrita desta dissertação.

*Tudo existe e se move sob uma única lei – a vida.
Ninguém está separado de ninguém (...)
A angústia e a dor, o prazer e a morte
Não são mais do que um processo para existir.*

Frida Kahlo,

RESUMO

A prática do sexo oral e anal sem o uso do preservativo masculino é um importante fator para a infecção pelo HIV e outras DST na população dos homens que fazem sexo com homens (HSH) e das travestis. As relações entre características sociais, individuais, institucionais e as práticas sexuais desprotegidas são informações que podem ser utilizadas para estruturar ações de prevenção. Investigar as associações entre fatores de vulnerabilidade e as práticas sexuais desprotegidas além de descrever características dos HSH e travestis faz parte dos objetivos deste trabalho. O presente estudo é um recorte do Projeto Convida, inquérito sobre conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas de risco para a infecção pelo HIV entre HSH na cidade de Salvador na Bahia, em 2003. A população do estudo foi de HSH e travestis residentes na cidade de Salvador e região metropolitana que responderam ao questionário e que freqüentaram a “cena gay” desta cidade. A parte exploratória do estudo foi realizada com a análise de correspondência. Para a classificação da amostra em grupos, utilizou-se a análise de cluster. A modelagem estatística foi realizada utilizando regressão logística, todas norteadas pelo quadro conceitual da vulnerabilidade. A prática do sexo anal e oral desprotegido foi de 48,5% e 68,6% respectivamente, sendo a identidade sexual um importante fator para se descrever tais práticas nos grupos identificados na análise gráfica. Ajustou-se a formação dos grupos com a análise de cluster que permitiu identificar quais as características dos indivíduos que se envolvem mais freqüentemente na prática do sexo anal e oral desprotegido. A associação entre os diferentes grupos dos HSH e travestis e a prática do sexo anal desprotegido foi estatisticamente significativa para o grupo dos que se sentem em médio risco de contrair HIV (OR=2,31; IC=1,68;3,19), os que se sentem em alto risco de contrair HIV (OR=1,56; IC95%=1,09;2,24), os que não responderam a percepção de risco (OR=3,20; IC95%=1,05;9,77), os ativos e passivos que gostam de todos os tipos de prática e parceria homossexual (OR=1,67 IC95%=1,07;2,61), os persuadidos/cuidadosos ao sexo desprotegido (OR=1,48; IC95%=1,16;1,89), os persuasivos e persuadidos a prática do sexo anal sem proteção (OR=6,75; IC95%=4,38;10,40). Para o sexo oral desprotegido, a associação foi estatisticamente significativa para os grupos dos casados com mulher (OR=0,57; IC95%=0,38;0,87), os ativos e passivos que gostam de todos os tipos de prática e parceria homossexual (OR=3,65 IC95%=2,06;6,45), o ativo e passivo seletivo nos locais que freqüenta (OR=2,16; IC95%=1,25;3,73), o ativo sem preferência de parceiro (OR=2,34 ic95%=1,46;3,75 e os persuasivos e persuadidos a prática do sexo anal sem proteção (OR=2,41; IC95%=1,30;4,43). As práticas sexuais desprotegidas são freqüentes na população dos HSH e travestis da cidade de Salvador, sendo que os homossexuais parecem mais vulneráveis a estas práticas sexuais, seguidos das travestis. Os resultados são consistentes com alguns estudos que mostram a associação entre fatores da percepção de risco, prática do sexo insertivo sem proteção, negociação de regras para as práticas desprotegidas. Uma vantagem foi ter grupos de homens formados através da observação das relações simultâneas entre vários fatores para se observar as associações. A descrição detalhada das relações entre as práticas desprotegidas e características dos grupos de HSH e travestis podem ser usada para subsidiar ações diferenciadas e específicas de prevenção nos locais da “cena gay” de Salvador, convidando estes homens e travestis à práticas sexuais mais protegidas.

Palavras chaves: HIV. Práticas sexuais desprotegidas. Homossexualidade. Comportamento de risco. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Unprotected oral (UOS) and anal sex (UAS) are important risk factors for HIV and other STD among men who have sex with men (MSM) and transvestites. The relationships between social, individual and institutional variables and unprotected sexual practices are important information to explain these individuals' involvement in risky behavior. The study aims to investigate the associations between vulnerability factors and unprotected sexual practices. The study is part of the *Convida* Project, a quantitative survey on male health, sexual identity, and risky behavior to HIV/STD in the city of Salvador, Northeast Brazil in 2003. A self-applied questionnaire was distributed at the Gay scene of Salvador and metropolitan area during eight months. The sample group of 1478 MSM and transvestites was classified according to each domain of the vulnerability framework (social, programmatic and individual) based on correspondence analysis followed by cluster analysis. Logistic regression was used for modeling. Most men self identify as gay, then as bisexuals, small percentage as travesties. Unprotected anal and oral sex was respectively 48,5% and 68,6%. Sexual identity was an important factor to describe such practices. The formation of the groups was adjusted with the cluster analysis that allowed identifying which of the individuals' characteristics more frequently related to unsafe sex. The association between the different groups and UAS was statistically significant for those referring high (OR=1,56; IC95%=1,09;2,24) and medium risk to HIV (OR=2,31; IC95%=1,68;3,19); those that didn't respond to the risk perception question (OR=3,20; IC95%=1,05;9,77); those that enjoy all sexual acts and all archtypes of gay men (OR=1,67 IC95%=1,07;2,61); those persuaded and careful to unprotected sex (OR=1,48; IC95%=1,16;1,89); those persuasive and persuaded to UAS (OR=6,75; IC95%=4,38;10,40). For UOS the association was statistically significantly to those married with woman (OR=0,57; IC95%=0,38;0,87), those that enjoy all sexual acts and all archtypes of gay men (OR=3,65 IC95%=2,06;6,45), those that prefer insertive anal sex with selective archtypes of gay men (OR=2,16; IC95%=1,25;3,73), those that prefer insertive anal sex without preference of specific archtypes of gay men (OR=2,34 (1,46;3,75) and those persuasive and persuaded to UAS (OR=2,41; IC95%=1,30;4,43). Unprotected sexual practices are frequent in the population of MSM and transvestites of Salvador, and homosexuals seem more vulnerable to these practices followed by transvestites. These results are consistent with other studies that show the association between socio-economic and individual factors and unprotected sex among MSM and transvestites. An advantage of the study was to obtain groups of MSM and transvestites formed through the observation of simultaneous relationships among several factors. The detailed description of the relationships between unprotected practices and characteristics of the MSM groups and transvestites can be used to subsidize differentiated actions of prevention in the gay scene of Salvador.

Key words: HIV. Men who have sex with men. Unprotected sexual practices. Risky behaviors. Vulnerability.

LISTAS DE FIGURAS

PRIMEIRA PARTE

Figura 1-	Critérios de exclusão da amostra	63
Figura 2-	Esquema gráfico do quadro conceitual da vulnerabilidade	50

ARTIGO 1

Figura 1-	Fluxograma de exclusão de elementos da amostra	88
Figura 2-	Gráficos 1,2,3,4	100
Figura 3-	Gráficos 5,6,7,8	101

ANEXOS - ARTIGO 1

Figura 1-	Vulnerabilidade social: Fatores econômicos	133
Figura 2-	Vulnerabilidade social: Fatores culturais.	133
Figura 3-	Vulnerabilidade individual: Fatores pessoais	133
Figura 4 -	Vulnerabilidade individual: Fatores de percepção de risco a infecção ao HIV/AIDS	134
Figura 5 -	Vulnerabilidade individual: Fatores relacionados a preferência por tipo de parceiro e prática	134
Figura 6 -	Vulnerabilidade individual: Fatores relacionados a história de vida	134
Figura 7 -	Vulnerabilidade individual: Fatores relacionados a habilidade de negociar o sexo protegido.	135
Figura 8 -	Vulnerabilidade Programática: Fatores relacionados ao acesso ao teste do HIV e pertencimento a alguma associação ou grupo.	135

ARTIGO 2

Figura 1-	Critérios de exclusão da amostra	155
-----------	----------------------------------	-----

LISTA DE GRÁFICOS

PRIMEIRA PARTE

Gráfico 1 -	Transmissão sexual por categoria de exposição	59
-------------	---	----

ARTIGO 1

Gráfico 1 -	Vulnerabilidade social: Fatores econômicos	142
Gráfico 2 -	Vulnerabilidade social: Fatores culturais.	143
Gráfico 3 -	Vulnerabilidade individual: Fatores pessoais	144
Gráfico 4 -	Vulnerabilidade individual: Fatores de percepção de risco a infecção ao HIV/AIDS	145
Gráfico 5 -	Vulnerabilidade individual: Fatores relacionados a preferência por tipo de parceiro e prática sexual	146
Gráfico 6 -	Vulnerabilidade individual: Fatores relacionados a história de vida	147
Gráfico 7 -	Vulnerabilidade individual: Fatores relacionados a habilidade de negociar o sexo protegido.	148
Gráfico 8 -	Vulnerabilidade Programática: Fatores relacionados ao acesso ao teste do HIV e pertencimento a alguma associação ou grupo.	149

LISTA DE TABELAS

PRIMEIRA PARTE

Tabela 1 -	Distribuição dos casos de Aids segundo a categoria de transmissão em alguns países na América Latina	55
Tabela 2 -	Prevalência de infecção por HIV nos diferentes grupos populacionais por algumas regiões do mundo.	55
Tabela 3 -	Tabela 3 –Resultados da revisão sistemática da prevalência do HIV na população dos HSH	58

ARTIGO 1

Tabela 1 -	Distribuição dos indivíduos segundo as características sociais	120
Tabela 2 -	Distribuição dos indivíduos segundo características pessoais	121
Tabela 3 -	Características de risco e práticas sexuais	122
Tabela 4 -	Distribuição das identidades sexuais nas práticas sexuais desprotegidas por fator de vulnerabilidade	123
Tabela 5 -	Contribuições dos fatores de vulnerabilidade	123
Tabela 6 -	Vulnerabilidade social – Características sociais e econômicas	124
Tabela 7 -	Vulnerabilidade social - Fatores culturais	125
Tabela 8 -	Vulnerabilidade individual – Fatores pessoais	126
Tabela 9 -	Vulnerabilidade individual - percepção de risco a infecção por HIV	127
Tabela 10 -	Vulnerabilidade individual – Fatores de parceria e pratica sexual	128
Tabela 11 -	Vulnerabilidade individual – Fatores da história de vida	130
Tabela 12 -	Vulnerabilidade individual – Fatores de negociação para o sexo protegido	131
Tabela 13 -	Vulnerabilidade individual – Fatores programáticos	131

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

Tabela 1 -	Características dos grupos de fatores de vulnerabilidade segundo a prática do sexo anal desprotegido.	164
Tabela 2 -	Características dos grupos de fatores de vulnerabilidade segundo a prática do sexo oral desprotegido	165
Tabela 3 -	Análise multivariada dos grupos dos fatores de vulnerabilidade relacionados com a prática do sexo <u>anal</u> desprotegido	166
Tabela 4 -	Análise multivariada dos grupos dos fatores de vulnerabilidade relacionados com a prática do sexo <u>oral</u> desprotegido	167

ANEXOS - ARTIGO 2

Tabela 1 -	Características dos grupos formados para os fatores sócio-econômicos da vulnerabilidade social	189
Tabela 2 -	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores sócio-econômicos da social.Vulnerabilidade social	190
Tabela 3 -	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores sócio-econômicos da social.Vulnerabilidade social	190
Tabela 4 -	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores sócio-econômicos da Vulnerabilidade social	191
Tabela 5 -	Característica dos grupos formados para os fatores culturais da vulnerabilidade social	191
Tabela 6 -	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados pelos fatores culturais da Vulnerabilidade social	192
Tabela 7 -	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores culturais da Vulnerabilidade social	192
Tabela 8 -	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores culturais da Vulnerabilidade social	192
Tabela 9 -	Características dos grupos formados para os fatores pessoais da vulnerabilidade individual	193
Tabela 10 -	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores pessoais da vulnerabilidade individual	193
Tabela 11 -	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores pessoais da vulnerabilidade individual	194
Tabela 12 -	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores pessoais da vulnerabilidade individual	194
Tabela 13 -	Características dos grupos formados para os fatores de percepção de risco a infecção por HIV da vulnerabilidade individual	195
Tabela 14 -	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores de percepção de risco a infecção por HIV da vulnerabilidade individual.	196

LISTA DE TABELAS

ANEXOS - ARTIGO 2 (continuação)

Tabela 15 –	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores de percepção de risco a infecção por HIV da vulnerabilidade individual.	196
Tabela 16 –	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores de percepção de risco a infecção por HIV da vulnerabilidade individual.	197
Tabela 17 -	Características dos grupos formados relacionados ao tipo de parceiro e práticas sexual da vulnerabilidade individual	197
Tabela 18 –	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores relacionados ao tipo de parceiro e práticas sexual da vulnerabilidade individual	200
Tabela 19 –	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores relacionados ao tipo de parceiro e práticas sexual da vulnerabilidade individual	201
Tabela 20 –	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores relacionados ao tipo de parceiro e práticas sexual da vulnerabilidade individual	201
Tabela 21 -	Características dos grupos formados para os fatores da história de vida da vulnerabilidade individual	202
Tabela 22 -	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores da história de vida da vulnerabilidade individual	203
Tabela 23 –	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores da história de vida da vulnerabilidade individual	203
Tabela 24 –	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores da história de vida da vulnerabilidade individual	203
Tabela 25 –	Características dos grupos formados para os fatores de negociação do sexo desprotegido da vulnerabilidade individual	204
Tabela 26 –	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores de negociação do sexo desprotegido, da vulnerabilidade individual.	204
Tabela 27 –	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores de negociação do sexo desprotegido, da vulnerabilidade individual.	205
Tabela 28 –	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores de negociação do sexo desprotegido, da vulnerabilidade individual.	205
Tabela 29 -	Características dos grupos formados para os fatores da vulnerabilidade programática	205
Tabela 30 –	Distribuição da prática do sexo <u>oral</u> para os grupos formados para os fatores da vulnerabilidade programática.	206
Tabela 31 –	Distribuição da prática do sexo <u>anal</u> para os grupos formados para os fatores da vulnerabilidade programática.	206
Tabela 32 –	Distribuição da <u>identidade</u> sexual para os grupos formados para os fatores da vulnerabilidade programática.	206

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM - Análise de correspondência múltipla.

AIDS – Acquired immune deficiency syndrome – síndrome de deficiência imunológica adquirida.

AC – Análise de correspondência.

CTA – Centro de Testagem anônima.

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens.

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA – Programa Mundial das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (SIDA).

OMS – Organização Mundial da Saúde; WHO – World Health Organization.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

SESAB – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia.

Sida – como é conhecida a AIDS na França, Portugal e Espanha, Síndrome da imunodeficiência adquirida.

SMS – Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.

TARV – Terapia anti-retroviral de alta potência.

UNAIDS – Programa das Nações Unidas para HIV e AIDS - Joint United Nation Programme on HIV/AIDS -

UNGASS - Sessão Extraordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV e AIDS.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Infância.

PN DST/Aids/MS – Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	17
2.	INTRODUÇÃO	19
2.1.	ASPECTOS ATUAIS DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO DOS HSH	19
2.2	O RETORNO AS PRÁTICAS SEXUAIS DESPROTEGIDAS	20
3.	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1.	PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS RELACIONADOS AO HIV/AIDS	23
3.1.1.	OS PRIMEIROS ESTUDOS: A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO SEXUAL	25
3.1.2.	ESTUDOS MAIS RECENTES ENTRE HSH	30
3.1.3.	CONTINUIDADE DAS PRÁTICAS SEXUAIS DESPROTEGIDAS	42
3.2.	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	43
3.2.1.1.	VULNERABILIDADE	43
3.2.1.2.	O QUADRO CONCEITUAL DA VULNERABILIDADE	49
3.2.2.	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	51
3.2.3.	HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS	52
3.2.4.	VULNERABILIDADES DOS HSH	54
4.	MATERIAL E MÉTODOS	60
4.1.	POPULAÇÃO DO ESTUDO	62
4.2.	INSTRUMENTO	63
4.3.	DEFINIÇÃO DOS FATORES DE VULNERABILIDADE	64
4.4.	CATERGORIAS DE REFERÊNCIA	65
4.5.	PLANO DE ANÁLISE	65
4.5.1.	ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA	66
4.5.2.	ANÁLISE DE CLUSTER	69
4.5.3.	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO – ODDS RATIO	71
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
6.	REFERÊNCIAS	74
7.	ARTIGOS	82
7.1.	ARTIGO I	83
7.2.	ARTIGO II	150
8.	ANEXOS	207
8.1.	QUESTIONÁRIO PROJETO CONVIDA	207
8.2.	ESTABELECIMENTOS PESQUISADOS	215

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é composta por dois artigos que focalizam as práticas sexuais desprotegidas, ou seja, a prática do sexo oral e anal sem o uso do preservativo nas interações sexuais na população de homens homossexuais, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens, que foram categorizados como (HSH¹), e travestis.

Este trabalho é consequência de muitas inquietações que nasceram durante a realização do “Estudo sobre conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas de risco para a infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens” - *Projeto CONVIDA* realizado na cidade de Salvador na Bahia no ano de 2003. Experiência enriquecedora em todos os aspectos. E nesta jornada, após o amadurecimento de idéias, troca de experiências e colaborações, foi possível finalizar este trabalho cujos resultados aqui são apresentados.

Para a elaboração deste trabalho foram selecionados dados que abrangem aspectos socioeconômicos, culturais, individuais, práticas sexuais, declaração de realização do teste do HIV e informações sobre participação em grupos de apoio social. Tais características foram agrupadas segundo o quadro conceitual da vulnerabilidade proposto por Mann, Tarantola e Netter (1996), que classificam a vulnerabilidade dentro do contexto da epidemia do HIV/AIDS em três tipos: vulnerabilidade social, individual e programática. Cada um destes tipos possui uma estrutura formada por diversos fatores de vulnerabilidade. Muitas características encontram lugar em mais de um tipo de fator de vulnerabilidade, mas neste trabalho optou-se por fazer apenas uma classificação para cada variável observada.

Nesta dissertação encontra-se uma introdução, item dois, que descreve o quadro atual da epidemia do HIV/AIDS na população dos HSH, buscando situar o leitor na problemática da infecção nesta população, bem como justificar a realização deste estudo.

O item três apresenta a revisão de literatura dos trabalhos publicados que abordaram as práticas sexuais desprotegidas e a fundamentação teórica a partir do quadro conceitual da vulnerabilidade citado acima, bem como uma apresentação do consenso sobre a vulnerabilidade de algumas populações e do uso da terminologia homens que fazem sexo com homens. Optou-se também por incluir um item que sumariza a metodologia do *Projeto Conviva*.

O item 4 apresenta a população do estudo, o instrumento de coleta de dados e as técnicas estatísticas utilizadas na análise dos dados: a análise de correspondência múltipla e a

¹ Homens que fazem sexo com homens.

análise de conglomerados. E ainda apresentamos a estrutura dos fatores de vulnerabilidade, as definições das variáveis e descrição da construção das classes sociais.

O item 6 contém os dois artigos escritos como produto final desta dissertação, o primeiro artigo com o título de “Práticas sexuais desprotegidas entre homens homossexuais, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens e travestis” e o segundo artigo “Sexo entre homens: um enfoque sob a perspectiva da vulnerabilidade”.

O primeiro artigo apresenta um estudo exploratório das características da população dos homens que fazem sexo com homens e travestis e as práticas sexuais desprotegidas sob o ponto de vista da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

No segundo artigo foram exploradas as associações entre os conglomerados, ou grupos, de indivíduos formados dentro de oito fatores de vulnerabilidade e o envolvimento na prática do sexo oral e anal sem proteção.

Os artigos aqui reunidos têm o objetivo de contribuir para o melhor entendimento das práticas sexuais desprotegidas, e de alguns comportamentos dos HSH e travestis que freqüentam a “cena gay” da cidade de Salvador, bem como fornecer informações e descrições sobre os grupos específicos de homens e travestis que se envolvem mais freqüentemente em práticas sexuais desprotegidas, buscando assim colaborar com a estruturação de ações de prevenção que considerem a diversidade e especificidades destas populações no esforço de reduzir a vulnerabilidade à infecção do HIV e adoecimento por AIDS.

2 INTRODUÇÃO

2.1 ASPECTOS ATUAIS DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO DOS HSH

As epidemias do HIV/ AIDS continuam sendo um dos mais graves problemas de saúde pública que afligem a humanidade atualmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), hoje a estimativa é de que 33,2 (30,6 – 36,1) milhões de pessoas vivam com HIV, e que em 2007 foram 2,5 (1,8-4,1) milhões de novos infectados. As disfunções atingem 2,1 (1,9 – 2,4) milhões de pessoas (UNAIDS, 2007). Observa-se que houve uma redução de quase 10 milhões de pessoas desde as estimativas apresentadas em 2005 quando se estimou que 43 milhões de pessoas teriam HIV. Esta redução se deve a uma maior apuração nos dados enviados pelos países e pelo refinamento das técnicas utilizadas para as projeções (ONUSIDA, 2007). Na América Latina estima-se que 1,6 (1,4 – 1,9) milhões de pessoas vivam com HIV, e que ocorrem 100.000 novas infecções por ano.

No Brasil é estimado que 600 mil pessoas estejam infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2007). E segundo o último Boletim Epidemiológico (BE) do Ministério da Saúde (MS), entre 1980 e 2007 foram notificados 472.273 casos de AIDS. A incidência em 2007 foi de 17,5 casos por 100.000 habitantes, sendo 14,0 por 100.000 habitantes entre as mulheres e 21,1 por 100.000 habitantes entre os homens (BRASIL,2007b).

A transmissão do HIV continua sendo caracterizada pela transmissão sexual e 61,8% dos casos de AIDS ocorreram entre homens. Entre os HSH são 31,7%, sendo 17,5% entre os homossexuais e 10,4% entre os bissexuais. Não há informação oficial dos casos de AIDS entre as travestis. Ainda no último boletim, verifica-se que a Bahia ocupa a segunda posição em casos notificados (BRASIL, 2007b). Observando-se a série histórica dos casos de AIDS na região Nordeste, verifica-se um aumento da incidência nos últimos anos. Dourado et al. (2006) apresentaram resultados que mostram uma tendência crescente para a incidência e óbitos por AIDS na região Nordeste. Tendências crescentes para os casos e mortalidade por AIDS também foram observadas nas análises realizadas por Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002), Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), e foram rerepresentadas por Fonseca e Bastos (2007).

No Nordeste, Segundo o Plano Nacional de DST/ AIDS, 12,1% das pessoas diagnosticadas com AIDS morreram até um ano após a descoberta da doença, segunda porcentagem mais alta entre as grandes regiões e o dobro da média nacional. Referente às notificações até 2007 verificou-se que no Norte e Nordeste há uma tendência de crescimento

da incidência em comparação com o ano anterior. Os casos de AIDS aumentaram 13% na região Nordeste na comparação entre os anos 2006 e 2007, assim como o aumento de óbitos que foi de 15% entre 2002 e 2006 (BRASIL, 2007a, 2007c; BRASIL, 2008). Com essas informações pode-se concluir que a Região Nordeste apresenta uma epidemia diferenciada das demais regiões do país, o que configura o que Kerr-Pontes et al. (1998) chamou de “distintas epidemias” ou as “sub-epidemias regionais” de Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002).

Outro documento recentemente apresentado pelo Plano Nacional de DST/ AIDS é o relatório anual da UNGASS, “Resposta Brasileira 2005/2007: Relatório de Progresso do País” que apresenta uma compilação de dados e informações sobre a epidemia do HIV/AIDS no Brasil. Neste documento, a principal conclusão apresentada é que o início do tratamento da AIDS no país ainda é tardio, pois 43,7% das pessoas que procuraram os serviços de saúde estavam com deficiência imunológica ou já apresentavam um quadro clínico de sintomas da AIDS. Em relação à população dos HSH e travestis, este documento apresenta, entre outras informações, a estimativa da prevalência da AIDS na população dos HSH que em 1999 era de 4,5%, em 2000 foi de 9,6 e num estudo mais recente esta estimativa foi de 7,4%. Em relação à cobertura de testes de HIV foi de 62,2% em 2005 nesta mesma população (BRASIL, 2008).

Na Bahia não existe uma publicação que apresente periodicamente dados ou informações da epidemia de AIDS no Estado, porém alguns dados de 2006 foram disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), assim foi possível verificar que a transmissão sexual é responsável por 82,7% dos casos que estão distribuídos da seguinte maneira: 13,5% entre os homossexuais, 8,5% entre os bissexuais e 60,7% entre os heterossexuais (BAHIA, 2006- dados não publicados). Em Salvador, no ano de 2006, a incidência de AIDS foi de 10,7 por 100.000 habitantes, e 87,1% dos casos por transmissão sexual, assim distribuído: homossexuais (16,9%), bissexuais (10,4%) e heterossexuais (59,7%), distribuição semelhante à nacional (BAHIA, 2006).

2.2 O RETORNO ÀS PRÁTICAS SEXUAIS DESPROTEGIDAS

Em relação às práticas sexuais desprotegidas, no Brasil assim como em muitos países, a frequência do envolvimento dos HSH e travestis nestas práticas apresenta altas porcentagens, como a de 67% para o sexo anal e 78,6% para o sexo oral (PARKER et al., 1998). Nos Estados Unidos, a prática do sexo anal insertivo desprotegido teve estimativas de 60%, e 80% na Europa (KESTEREN, HOSPERS e KOK, 2007). Na Bahia, Sampaio et al.

(2002) encontrou uma prevalência de 49% da prática do sexo anal na amostra de um estudo de intervenção no ano de 1999.

O retorno às práticas sexuais desprotegidas por parte da população dos HSH e travestis é apontado na literatura como um importante fator no avanço da epidemia do HIV/AIDS junto a estas populações. Parece que houve um incremento destas práticas e os fatores que colaboraram para isso são variados, desde percepções otimistas frente à epidemia da AIDS, disponibilidade de tratamento emergencial, entre outras. A prática do sexo desprotegido é um fenômeno complexo que apresenta desafios para a prevenção da infecção por HIV na população dos HSH e travestis.

A necessidade de que sejam realizados estudos junto às populações mais vulneráveis, como a população dos HSH, fica em destaque no texto de Fonseca e Bastos (2007), pois segundo os autores, não existem dados suficientes sobre as categorias homo e bissexual, e menos ainda sobre os comportamentos de risco para a infecção por HIV nestas populações. A necessidade de estudos com amostras representativas é apontada em praticamente toda a literatura, bem como as dificuldades de planejar uma pesquisa que contemple uma amostra representativa da população dos HSH e da população das travestis, o que não impede que futuramente, com investimentos, melhores estruturas e recursos, isso seja viável e possível (FONSECA e BASTOS, 2007).

Na Bahia e na cidade de Salvador, poucos estudos abordaram a prática do sexo desprotegido nas populações dos HSH e travestis. Recentemente um estudo qualitativo forneceu informações importantes sobre estas práticas na população de travestis (SANTOS, 2007). E Peres (2004) no artigo “Travestis: subjetividade em construção permanente” debate a ausência de informações sobre as travestis e a epidemia do HIV/ AIDS. A região sul e sudeste do país concentram a realização de pesquisas e publicações que focalizaram estas populações, enquanto que na Bahia, existem poucas informações sobre o envolvimento dos HSH e travestis em práticas sexuais desprotegidas. Portanto investigar HSH e travestis que têm relações sexuais anais e orais desprotegidas, locais onde buscam parceria sexual, relato de ter feito o teste para o HIV, entre várias outras informações é importante para que se conheçam estas populações do ponto de vista epidemiológico e social. Assim realizou-se este trabalho com o objetivo de descrever e caracterizar os HSH e travestis que freqüentam a “cena gay²”

² Segundo Mott (2000, p. 75) São “áreas urbanas tornadas nichos específicos para diferentes tribos da comunidade homossexual (...)”. Estes locais de sociabilidade gay compreendem os bares, boates, saunas, cinemas, barracas de praia, sanitários públicos, entre outros locais isolados que favoreçam algumas interações sexuais.

da cidade de Salvador, bem como investigar as relações entre as práticas sexuais desprotegidas e os diferentes grupos de participantes, estruturados a partir dos fatores de vulnerabilidade ao HIV/ AIDS. Espera-se com os resultados deste trabalho, produzir conhecimentos e informações para a elaboração de ações de prevenção a infecção por HIV na população dos HSH e travestis da cidade de Salvador.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS RELACIONADOS AO HIV/ AIDS

As primeiras investigações sobre os comportamentos e práticas sexuais relacionados à AIDS ocorreram no início da década de 80, quando a epidemia aparece como um grave problema de saúde pública, porém essas pesquisas tinham uma maior preocupação de coletar dados sobre as práticas e comportamentos relacionados com a transmissão do HIV, isso devido às necessidades urgentes de evitar a expansão da epidemia de AIDS (PIMENTA et al., 2002).

As pesquisas que investigaram os homens homossexuais e que contribuíram com informações importantes sobre as práticas e comportamentos destes, no contexto da epidemia do HIV/AIDS, e ainda são citadas constantemente na literatura, foram os trabalhos de Peter Fry de 1982³, sobre questões culturais relacionadas aos homossexuais brasileiros, a pesquisa de Néstor Perlongher⁴ sobre prostituição masculina em São Paulo, e em 1991, a pesquisa de Richard Parker⁵ sobre a cultura sexual brasileira. Segundo Pimenta et al. (2002) estes trabalhos, de base sociológica, contribuíram para as pesquisas sobre sexualidade masculina dos HSH no contexto da epidemia de AIDS.

Mas somente no final da década de 80 e início da década de 90 é que as pesquisas comportamentais de base epidemiológica foram realizadas no Brasil, investigando mudanças comportamentais na população geral e na população dos HSH. Em 1990 aconteceu o primeiro estudo sobre atitudes e comportamentos sexuais frente à epidemia da AIDS, realizada pelo Ministério da Saúde, desde então se manteve uma regularidade na realização de pesquisas do gênero. Uma lista das pesquisas realizadas até o ano de 2001 pode ser consultada no artigo de Pimenta et al. (2002).

As pesquisas realizadas já na década de 90 tinham novidades metodológicas e apresentavam um avanço, quando comparadas às pesquisas epidemiológicas realizadas na década anterior, no sentido de terem enfoques multidisciplinares.

A entrada de outras disciplinas, principalmente as ciências sociais, no estudo da sexualidade, e em particular, da homossexualidade, trouxe também outras questões a serem consideradas para entender o homoerotismo, como aquelas relacionadas a identidades sociais e políticas, etnia, classe social, religião, gênero, entre outras (PARKER, TERTO JR e MIRANDA, 1998, p. 5).

³ Para Inglês ver: *Identidade e Política na Cultura Brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

⁴ *O Negócio do Michê: a prostituição viril*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

⁵ *Corpos, Prazeres e Paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.

Em meados da década de 90, passou-se a discutir a dificuldade de acessar a população dos homens com práticas homossexuais, uma das explicações é que muitos homens não se identificam com as categorias sexuais homo e bissexual ou outras categorias da cultura brasileira. Este ainda é um ponto frágil nas pesquisas sobre comportamentos e práticas sexuais entre homens, bem como um problema para as ações de prevenção e intervenção que objetivam conter o avanço da infecção por HIV e adoecimento por AIDS. De fato, muitos homens que se relacionam com outros homens não querem ter identidade sexual definida e se identificam como heterossexuais, e assim tornam-se praticamente invisíveis aos serviços de saúde e programas de prevenção para o HIV/ AIDS.

Na Bahia, Mott (2000), relata a dificuldade encontrada pelos agentes do movimento social homossexual junto a homens que têm práticas homossexuais e que não se identificam como homo ou bissexuais. Estas dificuldades são desde a distribuição de material com informações sobre HIV/ AIDS e até mesmo de preservativos, bem como a rejeição de qualquer aproximação ou conversa sobre o tema. Os homens que têm identidade homossexual definida estão mais acessíveis diferentemente dos homens que mantêm relações sexuais com homens em situações clandestinas, encobertas ou ainda esporádicas, distantes dos programas de prevenção.

Excluindo a questão da identidade sexual, na saúde coletiva, vem sendo utilizada a categorização “homens que fazem sexo com homens”, que agrega homossexuais, bissexuais e homens que mantêm relações sexuais com outros homens, como profissionais do sexo e homens que se definem como heterossexuais. Desta forma, o sexo entre homens é o fator mais importante para a definição da categoria, em alguns casos as travestis são incluídas nesta categoria por suas características biológicas de homem. Esta tem sido a denominação adotada pela maioria das pesquisas de práticas e comportamentos sexuais entre homens, pela academia, instituições públicas de saúde e por uma parte do movimento social.

A questão da vulnerabilidade destas populações vem sendo debatida a partir de evidências apresentadas em estudos que abordaram as práticas sexuais desprotegidas, na população dos HSH brasileiros e apóiam a reflexão sobre os fatores sociais, econômicos, culturais, individuais e de apoio social a estes homens, fatores que podem, de alguma forma, tornar estes mais ou menos vulneráveis às práticas sexuais desprotegidas e conseqüentemente à infecção pelo HIV e DSTs.

3.1.1 OS PRIMEIROS ESTUDOS: A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO SEXUAL

Em 1994, Parker publicou um artigo com resultados preliminares da “pesquisa sobre práticas sexuais e a consciência da AIDS”, realizada no Rio de Janeiro, entre outubro de 1989 e março de 1990. Os resultados já mostravam que haviam ocorrido “mudanças importantes”, segundo o autor, no comportamento sexual dos homens homo e bissexuais da amostra, mudanças que foram relatadas por 40% dos participantes. Porém o autor descreve que não está “clara a natureza de tais mudanças nem o grau de implementação é consistente”, Parker (1994, p. 75). Ao caracterizar as mudanças da prática do sexo oral e anal entre homens e seus parceiros fixos e ocasionais, Parker mostra que o grau elevado de consciência da AIDS e o nível de informação sobre a transmissão do HIV se associavam às mudanças de comportamento entre os HSH pesquisados, porém acrescenta:

(..) dados sobre a incidência contínua de comportamentos de risco dentro da população da amostra sugerem que o risco de transmissão do HIV entre a população homossexual e bissexual no Brasil continua significativo. Independente das importantes mudanças comportamentais relatadas pelos entrevistados, o comportamento de alto risco continua a fazer parte do repertório sexual de um percentual significativo da amostra. Na verdade, parece que muitos indivíduos que relataram mudanças de comportamento continuam a praticar uma série de comportamentos de alto risco - e que, muitas vezes, a mudança de comportamento é inconsistente e parcial. (PARKER, 1994, p. 77).

O “valor erótico”, atribuído a certas práticas como o sexo oral e anal, consideradas altamente excitantes, foi uma das possibilidades apresentadas como complicadores para a adoção de práticas sexuais mais “seguras”, pois as mudanças de comportamento consideradas pelo autor como “inconsistentes e problemáticas” envolvem “valores sexuais, bastante enraizados não apenas na subcultura homossexual, mas na cultura sexual brasileira, em geral associado ao prazer erótico e à satisfação sexual”. Também o fato do preservativo ser considerado “não erótico” é uma barreira e estaria favorecendo a inibição na intimidade sexual. Outra questão apresentada foi a continuidade do uso do preservativo nas relações mais prolongadas entre parceiros regulares, ou seja, quando a relação se torna mais estável o abandono do uso do preservativo se torna um sinal de confiança no parceiro e aprofundamento da intimidade (PARKER, 1994, p. 79). Na conclusão, Parker reconhece que ocorreram mudanças, mas que estas foram limitadas e que o “comportamento de alto risco” é significativo entre os seus informantes, pois os preservativos “parecem ser usados só esporadicamente, mesmo entre os que relataram a adoção do uso (...)” (PARKER, 1994, p.80). Com base nestes resultados o autor chama a atenção para a adoção de ações que

atinjam os HSH, mas que não têm identidade definida como homo ou bissexuais, pois estes não respondem “à promoção da saúde ou às intervenções educacionais direcionadas aos homossexuais”, bem como para o fortalecimento de uma base social mais sólida para a mudança de comportamento (PARKER, 1994, p. 82).

Em um recorte do estudo anterior, Parker (1994) selecionou homens bissexuais, e resultados similares foram encontrados, pois “altos níveis de comportamentos de risco continuam a caracterizar grande parte da amostra” (PARKER, 1994, p.55), e que a percepção do risco não é suficiente para vencer uma “imagem negativa” do uso do preservativo que continua limitado. Os fatores apontados para isso, são “provavelmente não apenas ligados a atitudes com relação ao risco em si, mas também a atitude em relação ao desejo do uso da camisinha e a satisfação erótica de diferentes atos sexuais”, explica o autor (PARKER, 1994, p. 65). Entre os resultados encontrados, verificou-se que a prática do sexo anal ativo nos últimos seis meses foi de 75% entre os participantes, e destes 57% disseram que esta prática foi sem o uso do preservativo; para o sexo anal passivo a porcentagem de praticantes foi de 41%, sendo que 19% destes HSH foram penetrados sem o uso do preservativo.

A publicação da versão final da pesquisa de Parker sobre o comportamento sexual e uso de preservativo, na população dos HSH, está no capítulo um do livro “Entre Homens: homossexualidade e AIDS no Brasil” de Parker e Terto Jr. (1998), que apresenta uma coletânea de artigos que ilustra o comportamento sexual, mudança de comportamento e uso do preservativo masculino pela população dos HSH nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza, cujos resultados serão analisados posteriormente. Abaixo um fragmento de texto que mostra a importância desta publicação cujos resultados serviram para comparação por outros estudos brasileiros.

(...) a ênfase recai não mais sobre uma determinada identidade sexual, mas sobre a diversidade de significados culturais que são atribuídos às práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo e aos processos de construção social dos diversos aspectos da sexualidade. (...) além dos achados próprios da pesquisa qualitativa, um leque de dados quantitativos interessantes, que servem de linha de base para estudos e intervenções com essa população. Assim, essas investigações descrevem e quantificam as práticas sexuais (tocando de uma forma inédita em temas como sexo anal, sexo oral e outras formas de prazer sexual entre homens) e ao mesmo tempo, lançando alguma luz sobre formas de sociabilidade, até então restritas ao conhecimento pelo próprio universo dos entrevistados. Assim, os quartos escuros das boates, os ambientes das saunas gays, os parques públicos utilizados para encontros sexuais, as salas dos cinemas pornográficos de grandes centros urbanos, enfim, isto que se convencionou chamar de “cena gay” passa a ser descrito pelos seus freqüentadores (PIMENTA et al.,2002, p. 49).

Buscando uma visão geral do panorama dos comportamentos e práticas sexuais entre homens no Brasil, serão apresentados os resultados das principais pesquisas publicadas desde 1998, onde seletivamente serão identificadas algumas questões e resultados que permitirão uma comparação, e apoiarão a discussão dos resultados deste trabalho.

Em 1995, foi realizada uma pesquisa na cidade de Fortaleza, coordenada por Kerr Pontes e colaboradores. Os autores mostraram que a soro-prevalência do HIV entre os homo e bissexuais em 1993, com resultados preliminares, era de 4,8% para indivíduos entre 20 e 24 anos e 11,5% para a idade superior a 35 anos; 29% dos entrevistados eram casados, fazendo com que o contato bissexual fosse considerado importante na transmissão do HIV na cidade no início da década de 90. Os resultados, disseram os autores, não indicaram “mudanças expressivas na prática do sexo anal passivo”, mesmo entre parceiros ocasionais. Concluíram que o impacto causado pelas campanhas nacionais foi limitado, pois observaram uma continuidade dos comportamentos de risco na população do estudo, indicando que as campanhas não atingiram muitos dos homens com práticas homossexuais na cidade (KERR-PONTES et al., 1998).

Parker et al. (1998), chamavam a atenção para o fato de que os comportamentos adotados com parceiros sexuais fixos ou habituais e casuais não eram diferentes significativamente, no estudo “Práticas sexuais e mudança de comportamento entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro em 1990, 1993 e 1995”. Outro resultado apresentado foi em relação ao alto grau de conscientização sobre a AIDS, em que o nível de informação foi elevado, ao mesmo tempo em que aparece a presença de uma alta proporção de comportamentos de risco.

A pesquisa “Práticas sexuais e conscientização sobre AIDS: Uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual em São Paulo”, realizada em dois momentos distintos, 1993 e 1995, que também investigou mudanças no comportamento e uso do preservativo, entre outros aspectos, na população de homens homo e bissexuais. Entre os resultados, o uso do preservativo por parte dos homo e bissexuais, foi declarado por 94% dos entrevistados que relataram que “costumam usar o preservativo nas relações sexuais”, sendo que 78% faziam o uso de forma regular, porém, 13% relataram o uso eventual, enquanto 4% dos entrevistados usam raramente o preservativo e 5% nunca usam o preservativo. O sexo anal passivo é percebido pelos participantes como sendo de alto risco para infecção pelo HIV, ao tempo em que o sexo anal ativo é tido como uma prática de menor risco e mais excitante. Estes são alguns dos resultados de São Paulo, que segundo Franco et al. (1998) poderiam explicar o uso inconsistente do preservativo entre os homo e bissexuais entrevistados. Outra

possível explicação apresentada pelos autores é que o uso do preservativo nas relações com penetração é visto como um redutor do prazer, associado também à “redução na excitação”, embora 66% tenham relatado o uso do preservativo na última relação sexual com penetração. Em relação ao tipo de parceria, o uso do preservativo foi de 60,0% nas relações casuais e 52,0% nas relações regulares. A frequência da prática do sexo anal passivo e ativo foi de 36,0% (casuais) e 25,0% (regulares). As mudanças mais significativas foram observadas em relação à parceria eventual, e menores mudanças foram verificadas entre parcerias regulares (FRANCO et al., 1998). Outro resultado importante é a porcentagem de 78% para uso geral regular do preservativo, mas contraditoriamente, segundo os autores, 33,3% dos entrevistados relataram que tiveram relação com penetração sem o uso do preservativo nos últimos 30 dias. Este grupo de maior risco para a infecção pelo HIV tem as seguintes características:

Este revela-se com pouca percepção de risco e mal capacitado para comportamento preventivo e de sexo seguro, e com auto estima reduzida. Observando-se algumas características de seu perfil, pode-se afirmar que eles encontram-se em maior número entre os mais jovens (menos de 21 anos), os com baixo grau de escolarização e entre os pertencentes às classes sócio-econômicas D e E (FRANCO et al., 1998, p. 62).

A “Pesquisa comportamental: homens que fazem sexo com homens”, realizada pelo grupo Nuances em Porto Alegre, em novembro de 1995, apresenta, além do perfil dos participantes, dados da sexualidade, práticas sexuais e AIDS da população dos HSH da capital do Rio Grande do Sul. A porcentagem de participantes que “afirmaram já terem sido expostos a alguma prática sexual nos últimos 12 meses” foi de 36,4 %, enquanto 24,4% afirmaram que não se expuseram. As faixas de idades mais frequentes para as práticas de risco foram entre 17 a 25 anos e 36 a 53 anos, com 67,1% e 62,6% respectivamente. O não uso da proteção foi relatado por 17,4% para a prática do sexo anal ativo e 12,4% para a prática do sexo anal passivo. Para o sexo oral ativo e passivo foram 66,9% e 74,4% respectivamente. Outra informação relevante é sobre o teste para o HIV, em que 34,7% não fizeram o teste; 35,5% o fizeram uma vez e 26,6% fizeram várias vezes.

Também se podem comparar outros resultados das pesquisas apresentadas acima, por exemplo, quanto ao nível educacional dos HSH. As pesquisas de Parker et al. (1998), Franco et al. (1998), Kerr Pontes et al. (1998), Freitas et al. (1998), apresentam uma maior proporção de homens com segundo grau completo. Para os que têm graduação completa ou curso profissionalizante, a maior porcentagem foi observada em São Paulo, com 49% dos participantes. Os solteiros também são maiorias nos estudos acima: 88,0% em Fortaleza, 93,0% em São Paulo e 93,4% em Porto Alegre. Fortaleza apresentou a maior porcentagem de

homens casados, 11,8%. Outro aspecto importante para a mudança nas práticas sexuais é o conhecimento que o indivíduo tem da sua sorologia. Comparando os resultados de algumas das pesquisas acima, observa-se que as porcentagens de homens que não fizeram o teste foram de 34,7% em Porto Alegre, e 37% em São Paulo.

Na Europa, Schilz e Pollak (1994), apresentam os resultados de 37 pesquisas quantitativas realizadas entre os anos de 1982 e 1991, sobre “estilos de vida, conhecimento, atitudes e crenças a propósito da epidemia; as práticas sexuais e as mudanças de comportamento sexual provocadas pela epidemia (...)” (SCHILZ e POLLAK, 1994, p. 183-184). Estas pesquisas mostraram que a população gay continuava a ser o grupo mais atingido pela epidemia do HIV/AIDS, na época, e que a diminuição da proporção da epidemia entre os homo e bissexuais, não indicaria necessariamente uma “amenização da epidemia na comunidade gay” (SCHILZ e POLLAK, 1994, p. 185). Segundo os autores, os resultados destas pesquisas mostraram a realidade da epidemia no continente europeu, bem como uma série de políticas de prevenção que foram implantadas. A resposta à epidemia do HIV/AIDS na Europa foi rápida, com uma mobilização e comprometimento dos setores públicos e das organizações de luta contra a AIDS, e a implantação de uma série de políticas de prevenção, entre elas a instalação de centros de testagem, que foram decisivas e importantes. Ao analisar os estudos que compuseram a síntese, os autores verificaram que havia uma concordância nos resultados, referente ao sexo anal passivo desprotegido, este identificado como sendo uma prática de risco para a “soroconversão”, e a “ausência de práticas anais ou o uso regular do preservativo são tidos como indicadores de proteção eficazes” (SCHILZ e POLLAK, 1994, p.194). O alto grau de informação sobre a AIDS e sobre as formas de transmissão do HIV foi consistente nos estudos analisados, mas mostraram uma discrepância em relação ao nível de informação e à adoção de práticas sexuais mais seguras, como os resultados de outros estudos já apresentados.

O número de parceiros foi uma variável que teve uma tendência à estabilização, mas ainda com um pequeno aumento na Grã-Bretanha e França. Segundo os autores, todas as pesquisas apresentaram uma redução na prática da penetração anal, e quando havia esta prática, era acompanhada do aumento no uso do preservativo. Na França, Suíça e Alemanha houve um aumento no uso do preservativo sendo 49% (uso regular) e 25% (uso irregular). Na Dinamarca o uso foi declarado por 82% dos entrevistados em 1987. Porém os autores também informam que as relações não protegidas foram de 20% entre 1987 e 1988, mostrando a persistência das “práticas de risco”, pois na Dinamarca 33% dos participantes relataram ter praticado pelo menos uma vez o sexo anal sem proteção no ano anterior à pesquisa. Já na

França e Suíça este percentual foi de 20%. Os autores fazem a seguinte colocação com base nos resultados apresentados acima:

Ao que tudo indica, em toda a Europa, a redução das práticas de risco, sobretudo da penetração anal não protegida, não se manteve, na virada dos anos 1987-1988, nos mesmos níveis dos anos precedentes. (...) Inclina-mos a pensar que uma total conformidade ao sexo seguro é difícil, senão impossível de ser alcançada (SCHILZ e POLLAK, 1994, p. 199).

Entre os fatores apontados como os que influenciam o comportamento sexual dos homens homossexuais estão o aconselhamento, ter realizado o teste do HIV, nível de instrução, classe social, aceitação da homossexualidade, percepção do risco de infecção por HIV e capacidade de negociar práticas sexuais seguras. Os autores também chamam a atenção para a seguinte questão:

Os fatores de risco epidemiológico e as variáveis socioculturais tradicionais não explicam todos os diferentes tipos de mudança observados no comportamento sexual. É necessário, pois, desenvolver análises que levem em conta, simultaneamente, as predisposições individuais, o meio ambiente imediato e as estruturas e normas sociais, cada um desses níveis intervindo de modo específico na adaptação do comportamento sexual ao risco de contaminação (SCHILZ e POLLAK, 1994, p. 203).

As dificuldades metodológicas também são citadas no trabalho de Schilz e Pollak (1994), semelhantes às que são enfrentadas ainda hoje nas pesquisas sobre práticas e comportamentos sexuais na população dos HSH, e referem-se à definição do perfil e o tamanho da população de homossexuais. Para os autores, a negação da homossexualidade também está entre os fatores que inviabilizam uma estimativa mais precisa do total da população de homo e bissexuais, que é um problema para a constituição de uma amostra representativa nos estudos que envolvem a população de homens homo e bissexuais. A estimativa para a população adulta homo e bissexual na Europa ocidental foi de 3%, e na América do Norte foi de 5%, estimativa esta semelhante a apresentada pelo Ministério da Saúde do Brasil, que é de 3,5% para os HSH (POLLAK e SCHILZ, 1994; BRASIL, 2005).

3.1.2 ESTUDOS MAIS RECENTES ENTRE HSH

Estudos mais recentes que abordam o envolvimento dos HSH em práticas sexuais desprotegidas são apresentados a seguir, buscando descrever uma situação mais atualizada destas práticas nesta população a partir do ano 2000.

A pesquisa de monitoramento na população dos constrictos do exército brasileiro foi realizada entre os anos de 1996 a 2002. Os resultados foram apresentados em 2003, e a

porcentagem de jovens que relataram o uso do preservativo na última relação sexual foi de 69%, sendo que 48% disseram fazer uso regular de preservativo com qualquer tipo de parceria. A relação sexual com outros homens foi declarada por 2,8% dos participantes. Quanto aos resultados relativos ao comportamento sexual entre os HSH, os resultados apresentados mostraram que quanto maior é o número de parceiros, menor é o uso de preservativo e que quanto menor for a idade de iniciação sexual, menor é a proporção de uso regular de preservativo (BRASIL, 2003, p.10). Além disso, a relatora chama a atenção para o fato de que as práticas sexuais consideradas de alto risco são maiores entre os HSH:

Detendo os menores percentuais de uso de preservativo em todas as relações sexuais e elevados índices de comportamento sexual de risco, os conscritos que fazem sexo com outros homens não mostraram práticas sexuais seguras, talvez pela perda do sentimento de vulnerabilidade ou pela pouca ênfase nas campanhas promocionais dirigidas a este subgrupo populacional nos últimos tempos. É preciso destacar o fato de que na análise dos 27 jovens infectados pelo HIV, 7 eram HSH, sendo que dois foram pagos para ter relações sexuais no último ano (BRASIL, 2003, p.10).

Outro resultado relacionado aos conscritos que relataram sexo com homens foi a baixa frequência do preservativo, ficando em 3,5% em 1999, 3,2% em 2000 e 2,8% em 2002. A prevalência do HIV estimada para a população dos HSH foi de 0,58%.

O crescimento da AIDS na população dos homossexuais foi tema do artigo “Cresce a AIDS entre os gays no mundo”, que discute resultados de pesquisas sobre práticas e comportamentos de risco entre HSH publicados entre 2000 e 2006, e mostram que na América Latina, Estados Unidos e Europa, o número de homossexuais infectados pelo HIV é elevado, o que seria atribuído às relações sexuais sem proteção entre homens. Para os Estados Unidos também são apresentadas a prevalência do HIV na população dos homo e bissexuais com idade entre 23 e 29 anos (4,4%). O texto apresenta ainda uma revisão de literatura com estudos realizados principalmente na Europa e Estados Unidos⁶, sobre prevalência do HIV, investigações sobre o relaxamento ou abandono das práticas sexuais protegidas e também sobre os comportamentos de risco que estariam mais frequentes após a disponibilidade das terapias anti-retrovirais. Os fatores apresentados que se associaram às práticas sexuais desprotegidas foram: socioeconômicos, parcerias ocasionais, uso de álcool e drogas, sorologia negativa ou desconhecida para o HIV, idade mais jovem e uso da Internet para procurar parceiros sexuais. Algumas razões apontadas para a prática do sexo sem proteção entre os

⁶ Nestas regiões existe uma aproximação das culturas homossexuais desde o início da epidemia da AIDS, que aumentou nos últimos anos. Também entre Estados Unidos, países da Europa, e Brasil existe uma relação comercial e de turismo de longa data intensificada com o fenômeno da globalização que permitiu uma maior interação destas culturas.

homossexuais foram: falhas nas ações de prevenção, fatores de ordem psicossocial, confiança no parceiro, falta de informação sobre os riscos do sexo penetrativo ativo; otimismo em relação ao tratamento com os anti-retrovirais, bem como a percepção do HIV como uma ameaça menor comparado a outras doenças e ao envelhecimento, convicções de imunidade ao HIV, depressão entre outras (CADERNOS PELA VIDDA, 2006).

Em 2006 foi publicado o artigo: “Homossexuais e AIDS: a situação é alarmante” que se fundamenta principalmente nos resultados das pesquisas realizadas nas paradas do Orgulho Gay de 2001 no Rio de Janeiro e discute a situação da AIDS entre os homossexuais no Brasil. O texto chama atenção para o desconhecimento do número de homossexuais infectados pelo HIV, do comportamento gay para os homens com idade acima dos 60 anos, o não acesso das ações e mensagens de prevenção aos bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens sem identidade sexual homo ou bissexual, impacto do conhecimento do status sorológico positivo na sexualidade dos homossexuais, retorno dos comportamentos de risco, dificuldade na adoção de práticas sexuais mais seguras e a necessidade de se rever as estratégias de prevenção. O texto refere que o risco na população dos homens homossexuais se infectar com o HIV é 11 vezes maior que na população dos homens heterossexuais. A falta de estudos que focalizem a população de homossexuais é apontada como uma importante lacuna a ser preenchida para que se avance nos conhecimentos sobre a situação atual da epidemia no Brasil (CADERNOS PELA VIDDA, 2006).

Na cidade de Salvador, Sampaio et al. (2001) conduziram um estudo de intervenção que promovia a prática do sexo protegido numa amostra de HSH. No intervalo de seis meses, os pesquisadores observaram atitudes favoráveis às práticas sexuais mais “seguras”, ou protegidas, e isso foi verificado pela recusa a comportamentos de risco para infecção por HIV. A prática do sexo anal desprotegido foi inicialmente de 19% no base-line e reduziu, após a intervenção, para 1% e foi estatisticamente significante para esta amostra. A prática do sexo anal inicialmente foi de 49% e na última entrevista do segmento caiu para 17%. Resultados relacionados ao teste do HIV mostraram que 73% fizeram pelo menos um teste, sendo 4,8% com resultado positivo para HIV. Quanto ao nível de conhecimento sobre HIV/AIDS os autores consideraram um bom nível, que melhorou após a intervenção. A identidade sexual dos participantes ficou distribuída em 92% que se identificaram como homossexuais 8% como bissexuais e 1% dos participantes se identificaram como heterossexuais. A informação de que pessoas tinham conhecimento da identidade homossexual ficou distribuída assim: 80% assumem para os amigos, 68% para amigos, colegas de trabalho e escola, 58% declarou que a maioria da família tinha conhecimento da sua orientação sexual. Quanto a participar de

alguma associação ou grupo, 5% dos participantes relataram estar envolvidos com alguma instituição.

Outros fatores que podem influenciar o envolvimento dos HSH em comportamentos e práticas sexuais desprotegidas também são apresentados em algumas pesquisas, como questões relacionadas à dificuldade ou não de assumir a sexualidade. Para os participantes na “10ª Parada do orgulho GLBT de São Paulo”⁷, a porcentagem de indivíduos “assumidos” em todas as situações foi de 96% entre os homens homossexuais. Na avaliação geral, assumir a sexualidade foi mais freqüente entre amigos, seguido dos familiares e colegas de faculdade ou trabalho. Porém se tratava de um evento específico, e no cotidiano, alguns ou muitos homens podem ter dificuldade de assumir sua sexualidade, mantendo suas relações na clandestinidade devido à discriminação e homofobia presentes na nossa sociedade, que produz reações violentas direcionadas aos homossexuais.

Para as investigações dos fatores que se associam com a prática do sexo oral e anal sem proteção, Gondim e Kerr-Pontes (2000) apresentam resultados importantes para a população de homens homo e bissexuais da cidade de Fortaleza para o ano de 1995. Os jovens menos escolarizados, não solteiros, com relação fixa com um homem há 30 dias ou mais, com mais de 10 parceiros, que tiveram relações sexuais com mulheres nos últimos 12 meses, não conhecendo alguém com AIDS, não se envolvem com organizações gays e que se sentem mais excitados com sexo desprotegido, têm uma chance maior de se envolverem em relações sexuais desprotegidas, aumentando assim a possibilidade de serem infectados pelo HIV.

Entre as pesquisas com população jovem, o estudo “Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos” de Taquette et al. (2005), fornece informações sobre o uso do preservativo numa amostra de jovens. Entre os jovens que participaram da pesquisa, 20,3% relataram experiência homossexual, destes 15,4% declararam-se homossexuais e 23,1% bissexuais. A primeira experiência sexual com mulheres foi indicada por 69,2% dos jovens e 46,2% se prostituíram com homens. O uso do preservativo também foi menor entre os jovens que tiveram o primeiro coito antes dos 15 anos, relato de abuso sexual, prostituição e DST. Os resultados referentes ao atraso escolar, violência familiar, uso de álcool e drogas são proporcionalmente maiores entre os jovens que relataram experiência homossexual quando comparados com os jovens que não tiveram esta experiência sexual, embora os resultados não sejam estatisticamente significantes. A questão da “vulnerabilidade

⁷ Sexualidade, cidadania e homofobia, Pesquisa na 10ª Parada do orgulho GLBT de São Paulo, 2006 (FACCHINI, FRANÇA e VENTURINI, 2007).

dos rapazes para a prostituição através da homossexualidade” é enfatizada pelos autores que chamam atenção para a falta de estudos que abordem a homossexualidade na adolescência.

Investigando usuários de um grande CTA, localizado em São Paulo, o estudo de Bassichetto et al. (2004) mostrou que entre os homens, 60,1% usavam o preservativo às vezes ou seletivamente, e que 6,3% não usavam nas relações sexuais. A referência ao uso do preservativo é maior entre os usuários que declararam parceria múltipla, sendo 33,7% dos que sempre usam o preservativo nas relações sexuais. Entre os usuários com sorologia positiva, 81,4% são do sexo masculino, destes 77% são solteiros. A distribuição por categoria de identidade sexual neste estudo ficou assim: 36% são homossexuais, 27% são bissexuais e 34% são heterossexuais. Também foi verificado que há uma grande porcentagem dos usuários que usam o preservativo de forma descontinuada, ficando assim expostos ao risco de re-infecção pelo HIV. Os autores colocam que na maior parte do Município de São Paulo, a principal categoria de exposição é a heterossexual, mas que existem regiões da cidade em que a prevalência do HIV é maior entre os homo e bissexuais. Outra conjectura apresentada neste estudo é que “as novas terapias medicamentosas utilizadas no tratamento da AIDS estejam relacionadas com a diminuição de práticas de sexo “seguro”, e ao aumento de casos de DST entre infectados e doentes” (BASSICHETTO et al., 2004, p. 309).

Relacionando a percepção otimista frente a AIDS e a prática do sexo desprotegido em São Paulo, Silva et al. (2005) mostraram que esta percepção otimista favorece a prática do sexo desprotegido. A porcentagem de participantes que relataram ter praticado sexo anal sem proteção nos seis meses anteriores à pesquisa foi entre (31,5% e 47,1%), sendo que com parceiro estável foram 26,7%, e com parceria casual 17,4%. Sessenta por cento dos participantes expressaram otimismo diante da AIDS, e 51,4% dos que se declararam otimistas praticaram sexo anal desprotegido no último semestre. Os autores colocam que o otimismo excessivo frente a AIDS é mais um desafio para a prevenção entre os HSH no Brasil, e que é importante enfatizar que a AIDS ainda é um risco à saúde e que o tratamento não leva à cura, que ainda está longe de ser alcançada.

Em 2007, no Mato Grosso do Sul, Andrade et al. (2007) publicaram resultados de seu estudo com homo/bissexuais, travestis e michês, analisando a autopercepção do comportamento sexual de risco e uso do preservativo. Entre os entrevistados, 27% assumiram ter comportamento de risco, resultado que é contraditório quando comparado à declaração do uso do preservativo. O não uso do preservativo nas relações sexuais foi relatado por 35% dos participantes, entre as travestis o percentual foi de 75%. Como em outros estudos, os autores identificaram inconsistências e contradições nas respostas relacionadas ao uso do

preservativo, práticas sexuais e comportamentos de risco, pois 73% dos participantes disseram estarem expostos ao risco de contrair o HIV. Os resultados referentes ao número de parceiros no último mês, antes da entrevista, são apontados como um importante fator de exposição à infecção por HIV e DSTs, bem como a multiplicidade de parcerias, e chamam a atenção para que o “sexo oral nem sempre é percebido como prática sexual propriamente dita”, e que a percepção de risco é ambígua entre os entrevistados.

Fonseca e Bastos (2007) fizeram uma revisão dos trabalhos e dados publicados sobre a epidemia do HIV/AIDS no Brasil e apresentaram informações importantes sobre as mudanças e transformações da epidemia, fazendo um mapeamento dos principais resultados dos casos de morte por AIDS nestas três décadas de convivência da sociedade brasileira com este desafiador problema de saúde pública. A transmissão sexual entre homens homossexuais e bissexuais na metade dos anos noventa foi responsável por aproximadamente um terço dos casos de AIDS, foi nesta época que estudos sobre práticas e comportamentos de risco para a infecção por HIV foram realizadas em diferentes capitais brasileiras, como Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre, cujos resultados foram apresentados no item 3.1.1 desta dissertação. Outra informação sobre os casos de AIDS registrados nas categorias de homossexual e bissexual, é que houve uma estabilidade na média da idade dos HSH, que ficou variando entre 33 e 35 anos para os períodos subseqüentes.

Para os autores,

A epidemia brasileira não se caracteriza, pelo menos não no presente, como “heterossexualizada”, como se observa na África sub-saariana, onde uma relação de gênero inversa pode ser observada (i.e. um grande número de casos é registrado entre mulheres, comparadas aos casos de AIDS registrados entre homens), visto que no Brasil as categorias homossexual e bissexual masculina representam ainda um importante fator na transmissão de HIV⁸ (FONSECA e BASTOS, p. s336, 2007).

Até o final da década de 1990, como apresentam os autores, a população de HSH constituiu a segunda população mais atingida pela AIDS, com incidência de aproximadamente 300 casos de AIDS por 100.000 entre os HSH. E ainda, segundo os estudos analisados, os casos de AIDS nas categorias “homossexual” e “bissexual” da população masculina era predominantemente entre indivíduos de alta escolaridade.

⁸ “The Brazilian epidemic does not characterize itself, at least not at the present, as a wholly “heterosexualized” one, such as those observed in Sub-Saharan Africa, where an inverse gender ratio can be observed (i.e. a great number of cases are recorded among women, if compared to the recorded cases of AIDS among men), given that, in Brazil, the male homosexual/bisexual category still represents an important factor in the transmission of HIV” (FONSECA e BASTOS, p. s336, 2007).

Constatou-se mais uma vez que conhecimento e percepção de risco não necessariamente traduzem em mudanças efetivas do comportamento sexual. Resultados semelhantes foram encontrados nas pesquisas que são apresentadas neste trabalho, onde se poderão ver os resultados junto à população dos HSH que apresentam uma porcentagem alta de práticas sexuais desprotegidas. Um indicativo de que existe uma retomada ou persistência nestas práticas de alto risco para a infecção por HIV, fenômeno que também foi observado em outros países (FONSECA e BASTOS, 2007).

Em 2002, a pesquisa “L’enquête Presse Gay 2000”, realizada na Europa, com a participação do Ministério da Saúde da França, aponta um aumento de algumas práticas sexuais de risco, em comparação com os resultados da mesma pesquisa realizada em 1997 (ADAM, HAUET e CARON, 2000).

Em Barcelona, Folch et al. (2005) conduziam um estudo transversal bianual realizado desde 1993, sendo que desde 1995 começaram a realizar testes para detectar o HIV nos participantes a fim de estimar a prevalência do HIV na população dos HSH. Este estudo mostrou que a prática do sexo anal sem proteção aumentou 25,8% entre 1995 e 2002. A porcentagem de HSH testados passou de 67,1% em 1995 para 82,6% em 2002 e a prevalência do HIV auto-declarada foi de 17,1% em 2002. Já a prevalência testada pela saliva passou de 14,2% em 1995 para 18,3% em 2002.

Webster et al. (2003), estudou HSH jovens que moram em uma região de praia, no sul dos EUA, que tem altas taxas de AIDS, e foi apontada na pesquisa como uma região onde HSH vão à procura de parceria sexual. Entre os participantes, 15% tiveram exames positivos para HIV. O envolvimento na prática do *sexo anal* desprotegido, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, foi relatado por 45% dos entrevistados. Outro resultado importante foi que 56% dos que responderam, informaram que praticaram sexo anal enquanto estavam sob um forte efeito de álcool ou droga nos 12 meses anteriores.

Amplamente discutido na literatura é a influência do uso de substâncias ilícitas associadas ao uso de álcool, que estariam tornando os indivíduos mais propensos a se envolverem em práticas sexuais desprotegidas. Dentro desta temática, Poppen et al. (2004) apresentam resultados de uma pesquisa realizada em duas cidades dos EUA, com HSH latinos HIV positivos. Entre os entrevistados, 48,4% se envolveram em relações anais insertivas desprotegidas e 42,6% se envolveram em relações anais receptivas com um número médio de parceiros variando de 4 a 5,2 no último ano. O uso de álcool foi relatado por 18,1% e de drogas foi de 12,9%. As variáveis que foram preditoras do número de parceiros com quem praticaram o sexo anal desprotegido insertivo foram o uso de álcool ou drogas durante a

relação sexual, e a depressão. Para o sexo receptivo as variáveis foram a idade, uso de álcool ou drogas durante a relação sexual e “um tipo de adaptação ou transformação cultural” que os latinos sofrem nos EUA. Na modelagem dos dados, os preditores para a prática do sexo anal desprotegido com parceiros recentes foram: o uso de alguma substância como álcool ou drogas e o status sorológico do parceiro.

Seguindo a mesma linha de investigação, Rusch et al. (2004) estudam o uso de drogas (nove tipos diferentes de drogas), álcool, tipo de parceria (ocasional ou fixa) e tipo de relação (insertiva ou receptiva), e o envolvimento de HSH na prática do sexo anal desprotegido. Quatro das drogas se associaram ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas. Para a parceria ocasional somente o “popper”⁹ se mostrou associado a esta prática. As drogas associadas ao sexo anal insertivo com parceiros regulares foram o “popper”, a maconha, o “GHB”¹⁰ e o “K especial”¹¹. Para o sexo anal receptivo com parceiro regular a droga que se mostrou associada foi a maconha. Para o sexo anal insertivo com parceiro fixo a associação foi com o “Popper”, e com parceiros ocasionais a associação foi com o “popper” e o “K especial”.

Em relação à negociação da prática sexual, Guzman et al. (2005) apresentaram resultados de negociações realizadas entre HSH soronegativos, na cidade de São Francisco, que tiveram como “parceiro principal” homens com o mesmo status sorológico nos seis meses anteriores à entrevista, e relataram negociação ou quebra das regras para o sexo protegido nos três meses anteriores. A prática do sexo anal foi relatada por 78% dos participantes, e para 42% a relação anal foi sem proteção entre os que praticaram sexo com homens HIV positivos ou com homens que não conheciam a sorologia. Dos 22% que informaram parceria principal com homens do mesmo status sorológico, 50% relataram ter negociado o sexo protegido, mas 29% quebraram as regras negociadas nos últimos três meses e 11% praticaram sexo desprotegido sem negociação das regras. Não praticaram sexo desprotegido com o parceiro principal de mesmo status sorológico 39% dos participantes. Com base nos resultados do estudo foi possível concluir que mesmo havendo a negociação para a prática do sexo protegido, as “regras” tendem a ser abandonadas, pelo menos entre homens soroconcordantes para HIV negativo, o que sinaliza a dificuldade da manutenção das práticas mais protegidas entre casais mais estáveis, explicam os autores.

⁹ Termo usado para designar vários tipos de estimulantes, uma droga que ao ser inalada aumenta o prazer sexual, popular entre gays de grandes centros urbanos.

¹⁰ γ - hydroxybutyrate

¹¹ Droga à base de anestésico (ketamine).

Em um estudo multi-cêntrico, realizado nos EUA, Ostrow et al. (2008) investigaram as relações entre a introdução das terapias HAART¹² e o aumento da prática do sexo desprotegido entre os HSH. Os autores explicam que nos EUA como em outros países, verificou-se um aumento nas taxas de infecções de HIV, Sífilis, e outras infecções sexualmente transmitidas na população dos HSH, principalmente entre homens jovens nos centros urbanos nos Estados Unidos. A corte desse estudo foi seguida de 1999 até 2003, classificou a amostra em dois grupos: os HSH soropositivos e os soronegativos para HIV, e verificou o grau de associação entre diferentes fatores relacionados a atitudes frente a transmissão do HIV com a proporção de parceria sexual desprotegida. Os dois grupos apresentaram diferenças significativas em relação à idade e a percepção do HIV como uma ameaça à saúde. Na análise multivariada, as diferenças para a proporção de parceiros sexuais foram significativas para “redução da preocupação com o HIV”, “fadiga de sexo mais seguro”, raça negra, “redução de risco nas práticas negociadas” e mais de um parceiro sexual. Os autores discutem ainda que a fadiga do sexo mais seguro é maior entre os soropositivos do que nos HSH soronegativos. A principal conclusão do estudo é relativa ao aumento global do comportamento sexual de alto risco a partir da introdução das terapias HAART, que tiveram impacto nas atitudes dos HSH, sendo um determinante para o aumento da prática sexual desprotegida, particularmente para a “redução da preocupação sobre HIV” e para a “fadiga de sexo mais seguro” (OSTROW et al., 2008).

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) faz o monitoramento da epidemia do HIV/ AIDS nos EUA, e produz um relatório anual sobre a situação na população de HSH. Segundo a publicação de agosto de 2007, 71% das infecções por HIV entre homens jovens e adultos ocorreram entre os HSH. Dados de 50 Estados americanos, mais o Distrito de Columbia, apontam que os HSH são 65% dos homens adultos e adolescentes com AIDS. Especificamente para a população dos HSH, foram identificados o sexo desprotegido e DST, como os principais fatores de exposição ao HIV. A prática do sexo anal desprotegido, principalmente o barebacking¹³, tem sido o principal fator que compromete a saúde destes homens e preocupa os setores responsáveis pela prevenção da epidemia nos Estados Unidos. As razões que levaram a um aumento nas práticas sexuais desprotegidas não são totalmente conhecidas, porém o relatório apresenta algumas razões que parecem importantes neste

¹² terapia de anti-retroviral altamente ativa.

¹³ O “barecking” pode ser traduzido como cavalgada ou montando sem sela, faz parte de um movimento internacional com difusão pela Internet. Nesta prática, o uso de camisinha é inadmissível e a escolha do parceiro sexual aleatória.

fenômeno. A primeira é o “otimismo em relação ao tratamento da AIDS” que melhora a qualidade de vida dos doentes a partir da disponibilização da terapia, o que teria como consequência não intencional o aumento dos comportamentos de risco de uma parcela dos HSH, decorrente da identificação de uma baixa carga viral ou carga não detectável do HIV. O sucesso da terapia faz com que os HSH infectados com o HIV vivam mais tempo e tenham uma vida sexual ativa, podendo infectar outros homens, ao praticar sexo desprotegido, bem como se re-infectar ou infectar-se com outro subtipo de HIV. A segunda razão diz respeito à “procura de parceiros na Internet”, prática bastante difundida entre os HSH. O anonimato para encontrar parceiros com os mesmos interesses sexuais sem correr o risco da rejeição possibilita encontrar parceiros para práticas sexuais mais arriscadas ou desprotegidas. Como última razão o relatório coloca a “incapacidade de praticar o sexo seguro”, sendo que as taxas de comportamentos arriscados são mais altas entre HSH mais jovens do que entre os mais velhos. A questão do que parece ser um menosprezo pelo risco de infecção, é apontada como um “desgaste” ocorrido no decorrer das quase três décadas da epidemia de HIV/ AIDS, o que também contribui para o aumento das práticas sexuais desprotegidas (CDC, 2007a ,2007b).

Entre as recomendações para reduzir a transmissão do HIV estão o teste de rotina para o HIV em adultos, adolescentes e mulheres grávidas; recomendando que para os HSH sexualmente ativos seja realizado o teste do HIV pelo menos uma vez por ano, e para os HSH que se envolvem em práticas e comportamentos de risco, o teste deve ser realizado mais vezes. Também recomendou intervenções efetivas para HSH e homens que não se identificam como gays ou bissexuais, intensificar as atividades de prevenção do HIV, sexo mais seguro, divulgação de mensagens de redução de risco e formação de uma comunidade-base para HSH jovens. A formação de lideranças através de treinamento para encorajar as práticas sexuais mais seguras também foi recomendada. A promoção de prêmios a organizações e comunidades que promovem ações de prevenção e o oferecimento de financiamentos para instituições, visando ações de prevenção ao HIV/AIDS estão entre os incentivos disponibilizados na mobilização para diminuir a transmissão do HIV/AIDS nos EUA. (CDC, 2007a ,2007b).

Estudos que abordam os comportamentos sexuais de risco entre HSH positivos e negativos para HIV, foram reunidos e analisados por Kesteren, Hospers e Kok (2007), numa revisão sistemática das publicações de pesquisas de vários países (53 estudos publicados entre os anos de 2000 até 2005), avaliando os comportamentos de risco para a transmissão do HIV. Os autores investigaram os comportamentos de risco para verificar se houve um aumento das práticas sexuais desprotegidas, principalmente para o sexo anal insertivo, fenômeno que foi

observado como estando em crescimento, bem como as infecções sexualmente transmitidas nas populações de HSH. Neste levantamento, avaliaram o sexo anal insertivo, por representar um risco para a transmissão do HIV. A identificação de comportamentos de risco foi confirmada em 25 estudos transversais com indivíduos HIV-positivos, nos quais estas práticas foram descritas, principalmente com parceiros casuais, não havendo diferença de comportamentos de risco entre parceiros casuais ou fixos. Alguns estudos que não foram citados no trabalho de Kesteren, Hospers e Kok (2007), mas trazem resultados importantes sobre a prática do sexo desprotegido nos EUA, está o estudo de Crosby et al. (2003), realizado entre homens sulistas, que mostra que homens que têm relações sexuais em lugares públicos, especificamente em banheiros públicos, e que se envolvem em sexo grupal, têm maior chance de se envolverem em relações *anais* desprotegidas. Estes últimos autores também verificaram alta prevalência de *sexo anal* desprotegido para os homens que têm mais de 5 parceiros (60,9%), freqüentam lugares de circulação para procurar parceiros sexuais (78,6%), procuram parceiros sexuais em banheiros públicos (70,8%), fazem sexo em banheiros públicos (64,9%) e se envolvem em sexo grupal (60,4%).

Relacionado com as práticas sexuais desprotegidas, a procura por parceiros sexuais na Internet é apontada na literatura como um importante fator no aumento das práticas arriscadas para infecção por HIV. Para estimar a proporção de HSHs que usaram a Internet para procurar parceiros sexuais, e estudar a prevalência das práticas sexuais arriscadas entre estes homens, Liao, Millett e Marks (2006) conduziram um estudo do tipo meta-análise em publicações de 1988 a 2005, e verificaram que, para os estudos que recrutaram os participantes de forma on-line, a porcentagem de HSH que usaram a Internet para procurar parceiros sexuais variou de 63,8% a 98,5%. Para o recrutamento off-line a porcentagem variou de 23,3% a 57,3%. A grande variação, segundo os autores, pode ser explicada pelas diferenças metodológicas dos estudos selecionados para a análise. Os autores explicam que para a prática sexual efetiva com parceiro selecionado na Internet, a análise também mostrou uma grande variação, 22,4% a 93,5%. Entre os HSH selecionados on-line, a porcentagem ficou entre 78,3% a 93,5%. Para o recrutamento off-line a maior porcentagem foi de 33,0%. A prevalência do “comportamento sexual de alto risco”, apresentou maior chance para os participantes que usaram a Internet para procurar parceiros sexuais. Ao analisar separadamente a prática do sexo anal insertivo para participantes com sorologia positiva e negativa, os resultados mostraram que os HIV positivos que buscaram parceria na Internet apresentaram altas prevalências do sexo anal desprotegido, variando de 32% a 38%. Entre os participantes HIV positivo que não buscaram parceiros na Internet, a prevalência ficou entre

4% e 8%, apresentando diferença significativa estatisticamente. Para os participantes HIV negativo que procuraram parceiros sexuais na Internet, a prevalência do sexo anal desprotegido foi de 12,7% para os participantes recrutados on-line, e 23,5% para o recrutamento off-line (LIAU, MILLETT e MARKS, 2006).

Na análise final do comportamento sexual por método de recrutamento, on-line e off-line, os participantes que foram recrutados on-line, em websites, tiveram maior chance de buscar parceiros sexuais na Internet quando comparados com estudos, onde os participantes foram recrutados fora da Internet, off-line. A porcentagem de procura de parceria na Internet também foi maior no primeiro grupo, embora na comparação não houvesse dependência entre o tipo de recrutamento e a busca de parceiros sexuais. A prática do sexo anal desprotegido também foi mais provável entre os participantes recrutados na Internet do que entre os recrutados off-line. Neste estudo houve evidências de que a porcentagem de procura de parceiros na Internet pelos HSH é considerável, e que eles têm um perfil de comportamento sexual mais arriscado comparados com os HSH que não procuram parceiros na Internet. Porém, segundo os autores, não é possível afirmar até que ponto a Internet pode aumentar a prática de comportamentos de alto risco para infecção por HIV, quando os HSH conhecem parceiros na Internet ou até mesmo fora dela (LIAU, MILLETT e MARKS, 2006).

Mais recentemente, Chiasson et al. (2007) comparou a prática do sexo anal desprotegido entre HSH recrutados na Internet, on-line e fora da Internet, off-line, nos EUA e Canadá. As características destes homens foram de HSH brancos, com idade média em torno dos 36 anos, 81% declararam ser gays e 11% declararam ser HIV positivos. Os HSH que conheceram seus últimos parceiros na Internet eram mais jovens, menos de 30 anos (37%), do que os HSH que conheceram seus últimos parceiros sexuais fora da Internet (29%). Também foram apresentadas diferenças para o uso de álcool e drogas nos dois grupos, sendo estas diferenças estatisticamente significantes, e o risco mais alto estava no grupo off-line. Na comparação entre grupos dos HSH com parceria única e múltipla, o uso de drogas foi preditor do sexo anal desprotegido, sem diferenças para os grupos on-line e off-line. Outro resultado deste estudo foi que 26% dos HSH soropositivos informaram ter praticado sexo anal desprotegido com parceiros que eram HIV-negativos, ou de sorologia desconhecida. Entre os soronegativos, 8% informaram que tiveram esta mesma prática com parceiros soropositivos ou de sorologia desconhecida. A chance de um HSH soropositivo declarar sexo desprotegido com parceiros com o mesmo status sorológico foi maior do que a declaração da mesma prática com parceiros com sorologia diferente para HIV.

E Gutiérrez et al. (2006) que publicou resultados de um estudo com HSH realizado em oito cidades do Equador, país onde a Prevalência do HIV foi estimada em 17% na população dos HSH, auto-identificaram-se como bissexuais 35% dos participantes, 22% identificaram-se como homossexuais masculinos, como heterossexuais 13%, travestis foram 12% e transgêneros/transexuais foram 3%. A idade média foi de 25 anos e 78% eram solteiros. Para a prática do sexo anal, esta foi relatada por 55% dos participantes e destes 25% nunca usaram o preservativo neste tipo de relação sexual. Os autores encontraram associação estatisticamente significativa entre o uso do preservativo e ser solteiro, ter mais de cinco parceiros, habilidade de negociação do preservativo, nova parceria sexual, fatores socioeconômicos e o uso do preservativo nas relações sexuais. Para os fatores parceria com mulher e preço do preservativo, a associação foi negativa para o uso do preservativo.

3.1.3 CONTINUIDADE DAS PRÁTICAS SEXUAIS DESPROTEGIDAS

Passados oito anos dos resultados apresentados por Parker et al. (1998), com referência à exposição dos HSH ao risco de infecção por HIV, Berloqui (2006) constatou em seu estudo que o risco relativo, na população homossexual, de contrair HIV é 18 vezes maior quando comparado à população de homens heterossexuais. Esta também é uma realidade em outros países, o que pode ser confirmado nos levantamentos apresentados nos artigos de Kesteren, Hospers e Kok (2007) e ABIA (2006) que mostram a continuidade de práticas e comportamentos que envolvem um alto risco de infecção pelo HIV, ou seja, o envolvimento em práticas sexuais desprotegidas, entre os HSH, não apresentou mudanças significativas, mesmo passados todos esses anos de enfrentamento da epidemia e de múltiplas respostas das sociedades e governos.

No Brasil uma reação do movimento social e sociedade civil, frente à situação da epidemia do HIV/ AIDS na população dos homossexuais, resultou na realização em 2007 do seminário “Propostas para o Enfrentamento da Epidemia da AIDS entre os Homossexuais” (ABIA, 2007), que lançou um documento, propondo medidas que possam reduzir a vulnerabilidade e os níveis de infecção na população homossexual diante da epidemia do HIV/AIDS. Outra reação partiu do Ministério da Saúde, que em 28 de maio 2007 lançou uma consulta pública para o “Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis entre Gays e outros homens que fazem sexo com homens e travestis” (BRASIL, 2007b). Com isso, a população dos HSH e Travestis estão entre as populações mais vulneráveis ao HIV/AIDS, e passam efetivamente a fazer parte da agenda

das respostas de enfrentamento, num esforço para conter o avanço da epidemia no Brasil junto a estas populações.

Porém a compreensão das dinâmicas da epidemia do HIV/AIDS, ainda apresenta grandes desafios para conter o avanço da transmissão do HIV na população dos HSH e travestis. As relações entre comportamentos e práticas sexuais, crenças e percepções em torno do HIV e AIDS ainda têm muitos aspectos não entendidos e não esclarecidos pelas pesquisas comportamentais e epidemiológicas. Diferentes grupos respondem diferentemente a ações de prevenção e de informação sobre o HIV e AIDS. E num país de tantas diferenças, sociais, culturais e econômicas, isso faz com que a complexidade da teia de transmissão do HIV aumente, permitindo que haja um avanço da epidemia nas populações mais vulneráveis. Identificar e descrever algumas das nuances referentes às práticas e comportamentos sexuais são importantes para se compreender especificidades da transmissão do HIV nestas populações que estão mais expostas ao risco de infecção por HIV. Portanto, gerar conhecimentos sobre relações que se estabelecem dentro das especificidades das populações dos HSH e travestis é fundamental para o desenvolvimento de políticas de saúde e prevenção à infecção por HIV e adoecimento por AIDS.

Numa cidade como Salvador, com características socioeconômicas contrastantes, uma diversidade cultural e com um turismo crescente, o risco na população dos homens homossexuais, de adquirir AIDS é 38 vezes maior quando comparado com o risco na população dos homens heterossexuais (BELOQUI, 2006). Não foram identificados estudos, em Salvador, que tivessem explorado aspectos relacionados à vulnerabilidade da população dos HSH e travestis na cidade, bem como o envolvimento destes homens e travestis em práticas sexuais desprotegidas, tornando importante a investigação das associações destas práticas e fatores sociais, econômicos, culturais, individuais e programáticos, para que através dos conhecimentos gerados, ações de prevenção possam ser iniciadas para conter o avanço da epidemia do HIV e AIDS nesta cidade.

3.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.2.1.1 VULNERABILIDADE

Nos últimos anos, a palavra vulnerabilidade, de origem latina¹⁴ vem sendo usada comumente para designar alguma susceptibilidade de pessoas ou populações. O uso deste termo tem um longo percurso no campo da bioética e direitos humanos, onde apareceu pela primeira vez no texto do Relatório Belmont¹⁵ em 1978, e como explica Neves (2007, p. 35), tinha uma “função adjectivante, como uma característica, particular e relativa, contingente e provisória, de utilização restrita ao plano da experimentação humana”, que levava a uma diferenciação e apresentava algo a ser superado ou suprimido pelo respeito, reforço e “empoderamento” dos vulneráveis (NEVES, 2007).

Ao longo dos anos 90 a noção de vulnerabilidade foi sendo construída e se estabeleceu como princípio em 2005, na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, em que a noção uniu dois sentidos, o de característica e de condição humana, estas com origem em duas correntes do pensamento, uma anglo-americana e outra europeia. Neste processo de construção, a noção de vulnerabilidade passa a ter os seguintes sentidos: o de característica particular (de pessoas e populações), a de condição (humana) universal, e como princípio ético internacional.

Para Neves (2007), houve implicações importantes nas ações no campo da experimentação, políticas de saúde e da investigação biomédica, mostrando a relevância e utilidade da formulação deste princípio não só no plano teórico, mas também na atenção e cuidado com o outro, instalando uma “nova lógica na racionalidade ética” e que segundo a autora é

(...) testemunhada nos diferentes grandes domínios em que a reflexão e a ação éticas aplicadas à vida se desenrola. O princípio da *vulnerabilidade* excede a lógica preponderante da reivindicação dos direitos que assistem às pessoas e anuncia a da solicitude dos deveres que a todas competem, visando à complementaridade entre uma consolidada ética dos direitos, assente na liberdade do indivíduo e desenvolvida pelo esforço da autonomia, e uma urgente ética dos deveres, assente na responsabilidade do outro e desenvolvida pelo reforço da solidariedade (NEVES, 2007, p. 44).

Desta forma, a noção de vulnerabilidade apresenta uma percepção ampliada e reflexiva da questão do reconhecimento do outro, considerando vários aspectos de suscetibilidades orgânicas, comportamentais, culturais, econômicos e políticos, servindo inclusive como base para a estruturação de programas de saúde. A proposta da

¹⁴ do latin “vulnus”, que significa ferida no sentido de susceptibilidade de ser ferido (NEVES, 2007, p. 29-30)

¹⁵ Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subject of research. Documento que estabeleceu os princípios éticos básicos para as pesquisas com seres humanos. Pode ser acessado em: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.

vulnerabilidade é “aplicável a qualquer dano ou condição à saúde por isso é interessante para a saúde pública” (NEVES, 2006).

Consultando a terminologia utilizada nas ciências da saúde no “Centro Colaborador da OPAS”, Zoboli e Fracolli (2007) apresentam uma lista de definições, que segundo os autores são:

Definições bastante abrangentes e tratam de grupos de pessoas que apresentam alguma dificuldade biológica, referida ao seu ciclo de vida ou a sua condição social, fazendo com que estes grupos sejam entendidos como deficitários ou que de alguma forma foram prejudicados na sua forma de andar a vida (ZOBOLI e FRACOLLI, 2007, p. 140).

Segundo estas autoras, o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado desde 1996 em várias publicações no campo da saúde e pode apresentar variações de sentido e aplicação. Porém no campo da saúde coletiva seu uso iniciou em 1992, a partir da Escola de Saúde Pública de Harvard, no contexto das necessidades de novas propostas para o diagnóstico da situação mundial da AIDS, que mostrava uma tendência de acelerado crescimento no início da década de 1990, exigindo assim novas respostas, e como coloca Junges (2007, p. 112), forçando a todos a “repensar as práticas de promoção e prevenção da saúde, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada sobre riscos e agravos à saúde”. Entre os pesquisadores que se ocuparam em procurar alternativas para este “novo enfrentamento”, Jonathan Mann teve uma contribuição diferenciada e introduziu o uso do conceito de vulnerabilidade como referencial nas análises dos fenômenos relativos à epidemia da AIDS, e propôs uma estruturação das suscetibilidades dos indivíduos. Com a publicação do livro “AIDS in the Word”, Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter, colaboram definitivamente para que o conceito fosse amplamente utilizado no campo da saúde. Mas foi em Vancouver, no ano de 1996, na XI Conferência Internacional de AIDS, no contexto da discussão sobre Direitos Humanos e epidemia do HIV/AIDS, que reforçou a relevância do uso do conceito de vulnerabilidade para se estabelecer critérios de avaliação¹⁶ da situação mundial da epidemia e das suscetibilidades individuais e coletivas nos diversos países atingidos (AYRES et al., 2003).

O uso do quadro conceitual da vulnerabilidade¹⁷ tem sido norteador de algumas análises das situações de exposição ao HIV para além da abordagem tradicional do risco¹⁸ e

¹⁶ Os autores estabelecem critérios para avaliar o grau de vulnerabilidade: alta, média e baixa, a partir de índices e escores. Os critérios utilizam como parâmetros a Declaração dos Direitos Humanos (VIEIRA E SOUZA, 2001).

¹⁷ Neste quadro conceitual, os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados como uma decorrência da ação voluntária, mas estão relacionados tanto a condições objetivas do

vem sendo utilizado como marco conceitual diante da complexidade da epidemia do HIV/AIDS.

Ayres et al. (2003) explicam que antes do surgimento deste quadro conceitual, o referencial era o do instrumental epidemiológico, que foi importante na emergência da epidemia (1981-1984), quando os estudos buscavam identificar os “fatores de risco” associados à AIDS. Porém os fatores de risco identificados como causas potenciais da AIDS sofreram distorções e passaram de “categorias analíticas abstratas dentro do raciocínio causal da epidemiologia para um conceito de “grupo de risco”, uma categoria com identidade concreta” (AYRES et al., 2003, p. 119-120). Na época, estes fatores foram utilizados como base de estratégias de prevenção, mas a experiência mostrou que estas eram limitadas, ineficazes e passíveis de equívocos, e levaram ao aprofundamento de preconceitos e iniquidades.

Com uma nova dinâmica apresentada pela epidemia da AIDS, mudanças no perfil epidemiológico e ainda por apresentar limites, o uso do conceito de “grupo de risco” entra em “declínio” e um novo conceito epidemiológico passa a orientar as investigações e ações no contexto da epidemia, o conceito de “comportamento de risco”. Para Ayres et al. (2003, p. 121) este conceito foi superior ao anterior e teria uma tendência a retirar o “peso do estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada (...)”. Mas por suggestionar uma “culpa individual” e conduzir a uma interpretação de displicência e falta de responsabilidade pessoal ou ainda falha na prevenção, este conceito também mostrou seus limites e ainda com o crescimento acentuado dos casos de AIDS e infecção por HIV nas populações mais excluídas socialmente, surge a necessidade da utilização de novas estratégias, tanto nas pesquisas, nas ações de prevenção, como na avaliação da implantação das intervenções e respostas à epidemia do HIV/AIDS.

A proposta de Mann, Tarantola e Netter (1996), permite que se estabeleçam níveis e natureza das suscetibilidades dos indivíduos e populações, além das avaliações das “diferentes chances que o indivíduo tem de ser infectado”, condicionado a um conjunto de fatores que podem ser individuais, sócio-culturais e fatores relacionados as instituições de apoio social.

ambiente como a condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos, e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (MEYER et al., 2006).

¹⁸ é a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. Dessa forma, estima-se o risco ou a probabilidade de que uma doença exista, através dos coeficientes de incidência e prevalência. Considera-se fator de risco e um dano, toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência de um fato indesejado, sem que o dito fator tenha de intervir necessariamente em sua causalidade (ROUQUAYROL, 2003).

O conceito de vulnerabilidade pode resumidamente ser apresentado pelo texto abaixo:

É o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES, 2003, p. 123).

As diferentes situações de vulnerabilidade podem ser “articuladas” a partir de três eixos que estão interligados: o componente individual envolve os fatores “cognitivos e comportamentais”, isto é, relacionados aos conhecimentos e condutas relativas ao indivíduo e sua experiência; o componente social¹⁹, que diz respeito aos contextos sociais e culturais; e o componente “programático ou institucional”, que são os recursos existentes e disponíveis nas sociedades para que os indivíduos não fiquem expostos ao HIV e à AIDS”. Estes eixos podem ser utilizados para se referir aos sujeitos individuais e coletivos ou populações (AYRES, 2003; MEYER et al., 2006; MANN, TARANTOLA e NETTER, 1996).

Ayres et al. (2003) e Meyer et al. (2006) explicam que as análises destes componentes remetem a algumas questões importantes e norteadoras, como por exemplo: “a vulnerabilidade de quem?”, devem estar bem especificado o grupo de indivíduos, sub-populações ou populações; “a quê?”, devendo estar claro qual o agravo ou morbidade está sob investigação; e “em que circunstâncias ou condições?”, dizendo respeito aos contextos e condições em que vai se investigar a vulnerabilidade. Para Meyer et al. (2003), o pesquisador ou gestor deve estar atento, pois,

Articulados entre si, os três componentes acima, constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade, priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são em si vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (MEYER et al., 2006, p. 1340).

As análises de vulnerabilidade não precisam necessariamente das análises epidemiológicas de risco, mas usadas conjuntamente podem produzir resultados complementares, fornecendo informações que podem esclarecer alguns pontos relativos à situação em estudo ou ainda favorecem a ampliação dos conhecimentos existentes (LUIZ e COHN, 2006; MEYER et al., 2006; AYRES, 2003).

¹⁹ Acesso à informação, possibilidade de metabolização e poder de incorporação desta a mudanças práticas da vida cotidiana. Recursos materiais, a instituições sociais, exercício de poder e influência política e cultural.

As análises que utilizam o referencial da vulnerabilidade, segundo Ayres et al. (2003, p. 127), buscam a síntese que na tentativa de “Trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados (...)”, procuram identificar “potenciais de adoecimento/não adoecimento, relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de condições”. Para estes autores a identificação destes elementos e das situações de suscetibilidades pode ajudar muito nas análises de risco.

Meyer et al. (2006) chamam a atenção para que o uso do referencial da vulnerabilidade deve buscar um novo horizonte para situar e articular riscos, causalidades e determinações, trazendo a saúde e a doença para o campo da vida real, onde esses processos ganham sentidos particulares.

Mann, Tarantola e Netter (1999) propõem que para reduzir a vulnerabilidade, os programas de prevenção devem focalizar a redução dos três aspectos relacionados à vulnerabilidade, ou seja, que sejam estabelecidas ações para a redução dos riscos individuais, promovendo a educação, melhoria econômica, redução da estigmatização e marginalização a partir de políticas governamentais que abranjam questões econômicas, sociais e culturais e que favoreçam a redução da vulnerabilidade social. As mudanças necessárias para a superação das suscetibilidades deveriam atingir as relações sociais e uma resposta das pessoas às transformações das práticas, não somente no plano individual, mas também como sujeitos sociais, explicam Ayres et al. (2003).

Como coloca Ayres et al. (2003), o uso do referencial da vulnerabilidade possibilitou uma ampliação dos “horizontes” no campo da saúde, bem como trouxe novas perspectivas e desenvolvimentos. Mas este referencial ainda não foi explorado em todas as suas possibilidades e ainda oferece um potencial teórico e prático a ser pesquisado. Neste trabalho houve uma tentativa de estabelecer o diálogo proposto por Ayres et al. (2003, p. 137), e usar o quadro da vulnerabilidade para se obter um avanço no conhecimento no campo da saúde coletiva, pois segundo os autores,

O quadro da vulnerabilidade configura-se como um interessante dispositivo para subsidiar o desenvolvimento da modelagem epidemiológica – e os notáveis progressos dos recursos computacionais e das lógicas não-clássicas, especialmente a fuzzy logic, só fortalecem essa vocação (...) (AYRES et al., 2003. p. 137).

Sem a pretensão de chegar tão longe, com o uso da “Lógica Fuzzy²⁰” ou “Lógica Nebulosa”, mas sim de usar um subsídio, com base na vulnerabilidade, e posteriormente a modelagem epidemiológica, escolheu-se este referencial para nortear a estruturação das análises dos dados deste trabalho. Como sugere Ayres et al. (2003) procedeu-se a análise das vulnerabilidades e também se utilizou o instrumental da estatística, na tentativa de responder algumas questões relativas ao envolvimento dos homens que fazem sexo com homens e travestis em práticas sexuais desprotegidas.

3.2.1.2 O QUADRO CONCEITUAL DA VULNERABILIDADE

Abaixo apresenta-se um esquema gráfico para explicar os tipos de vulnerabilidade e os fatores de vulnerabilidade que compõem a vulnerabilidade social, individual e programática. Esta estrutura foi proposta por Mann, Tarantola e Netter (1996), como explicado anteriormente no item 3.2.1.1.

Estão grifados em vermelho os fatores que puderam ser analisados neste trabalho, ou seja, os fatores que foram identificados a partir das questões que estavam presentes no questionário aplicado.

²⁰ “A palavra “fuzzy”, de origem inglesa, significa incerto, impreciso, subjetivo, nebuloso etc. Porém, como pudemos apurar até agora, nenhuma dessas traduções é tão fiel ao sentido amplo dado pela palavra fuzzy em inglês. (...) A teoria de conjuntos fuzzy foi introduzida, em 1965, pelo matemático de origem iraniana Lotfi Asker Zadeh, professor da Universidade de Berkley - Estados Unidos, com a principal intenção de dar um tratamento matemático a certos termos lingüísticos subjetivos, como “aproximadamente”, “em torno de” dentre outros. Esse seria um primeiro passo no sentido de se programar e armazenar conceitos vagos em computadores, tornando possível a produção de cálculos com informações imprecisas, a exemplo do que faz o ser humano”. CARVALHO, Laércio de Barros. Teoria Fuzzy x Biomatemática. IMECC- UNICAMP- 2001. p. 3. Disponível em <<http://www.ime.usp.br/~tonelli/verao-fuzzy/laecio/minicurso3.pdf>>. Acesso em: 07/03/08. Este mesmo autor apresenta na página 36 da publicação acima, um exemplo de aplicação da “Lógica Fuzzy” na epidemiologia. Outros textos sobre “Lógica Fuzzy”: <http://www.ime.usp.br/~tonelli/verao-fuzzy/notasdeaula.php> e uma versão mais básica em: http://www.din.uem.br/ia/control/fuz_prin.htm

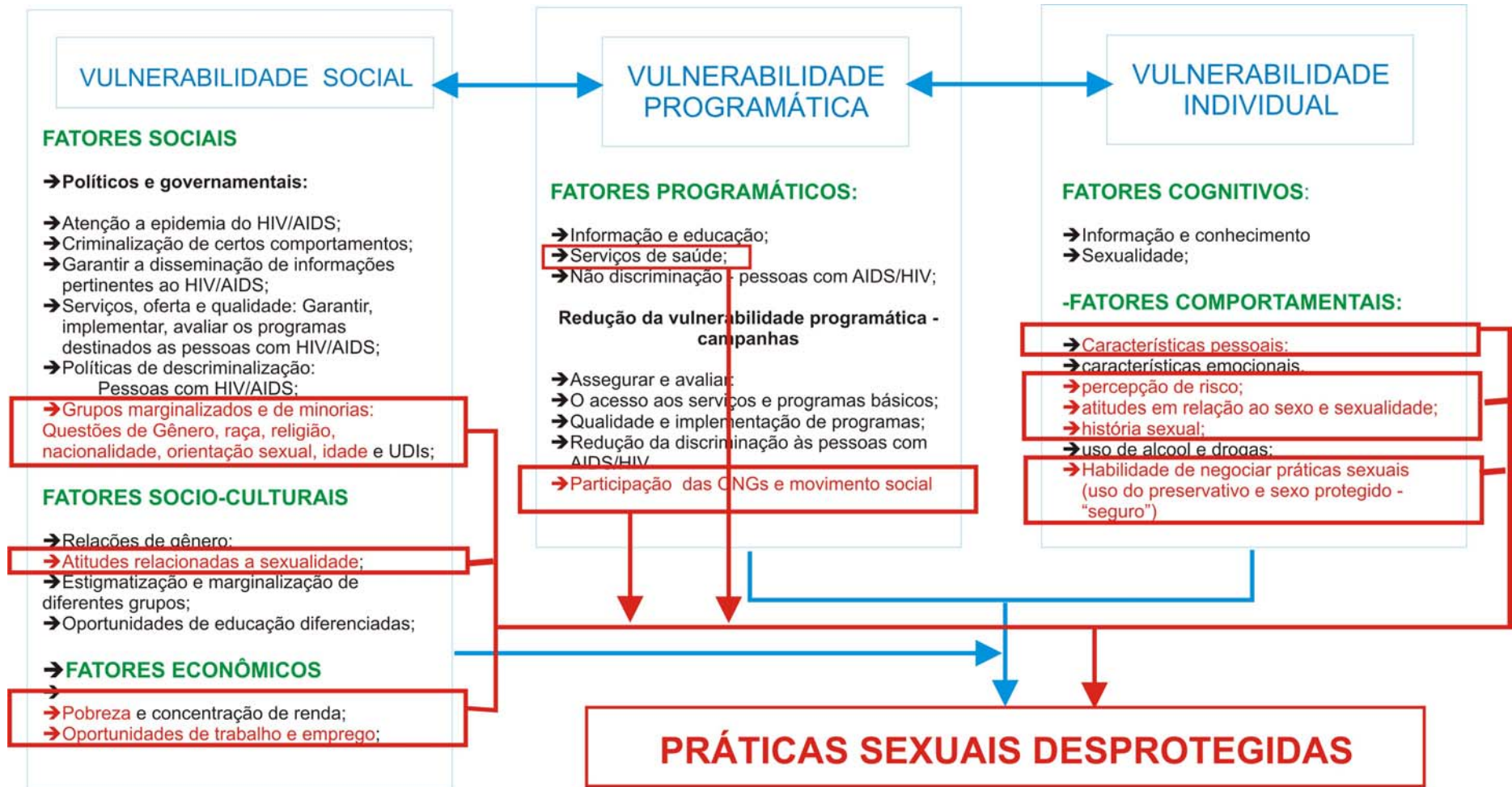


Figura 2 – Esquema gráfico do quadro conceitual da vulnerabilidade
 Fonte: MANN, TARANTOLA e NETTER, 1996

3.2.2 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

A partir da aplicação da noção e conceito da vulnerabilidade no campo da saúde, surge a classificação de algumas populações como vulneráveis. No contexto da AIDS, são populações que estão mais expostas ao risco de infecção por HIV e ao adoecimento por AIDS. Esta classificação está baseada em: 1) comportamentos que as expõem a um maior risco de infecção; 2) maior marginalização, exclusão e descriminalização quando comparadas às demais populações da sociedade (BRASIL, 2008; UNAIDS, 2007; ONUSIDA, 2006; MANN, TARANTOLA e NETTER, 1996).

As populações classificadas como mais vulneráveis são: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, e presidiários. Porém outras populações também estão vulneráveis à infecção pelo HIV, como as mulheres, os jovens, meninas, meninos e as pessoas que vivem na pobreza ou ainda em áreas onde os serviços de saúde não estejam presentes ou disponíveis (BRASIL, 2008; ONUSIDA, 2006).

Para a ONU o reconhecimento de algumas populações como vulneráveis é fundamental para o desenvolvimento de ações de planejamento, intervenção e prevenção. Muitos estudos mostram que o avanço da epidemia do HIV e do adoecimento por AIDS ocorre de forma seletiva em algumas populações que sozinhas não conseguem desenvolver estratégias de proteção contra o avanço da morbidade e mortalidade destes agravos. A seguir destacou-se um fragmento do texto do relatório “Informe sobre la epidemia mundial de SIDA de 2006”, que apresenta uma explanação sobre o risco e vulnerabilidade nestas populações:

El riesgo de contraer el VIH puede definirse como la probabilidad de que un individuo se infecte por el VIH bien a causa de sus propios actos, bien a causa de los actos de otras personas. Por ejemplo, inyectarse drogas con jeringas contaminadas o mantener relaciones sexuales sin protección con parejas sexuales múltiples aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH. La vulnerabilidad al VIH refleja la incapacidad de un individuo o una comunidad para controlar su riesgo de infectarse por el VIH. La pobreza, la desigualdad por razón del sexo y el desplazamiento como resultado de conflictos o desastres naturales son todos ejemplos de factores sociales y económicos que pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas a la infección por el VIH. Al planear respuestas integrales a la epidemia hay que abordar tanto el riesgo como la vulnerabilidad (ONUSIDA, 2006, p. 117)

Assim as populações vulneráveis apresentam suscetibilidades desiguais no contexto da epidemia do HIV/AIDS e necessitam de uma atenção diferenciada, para que sejam implantadas ações e intervenções buscando diminuir o risco de infecção por HIV e adoecimentos por AIDS, bem como redução das vulnerabilidades. Também há necessidade da

geração de informações sobre estas populações, suas práticas, comportamentos e características específicas relativas ao contexto social em que subsistem.

3.2.3 HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

O termo “homens que fazem sexo com homens”, ou simplesmente HSH, MSM²¹ em inglês, vem sendo usado para descrever indivíduos do sexo masculino que têm relações sexuais com outros homens. Estas relações podem ser esporádicas ou regulares, sendo praticadas por indivíduos que se identificam como homo ou bissexuais, ou ainda por homens que se identificam como heterossexuais ou outras denominações da cultura na qual estão inseridos. A categoria HSH surgiu na epidemiologia como estratégia para agregar todos os indivíduos biologicamente homens e que relatam ter relações sexuais com outro homem, não importando sua identidade sexual, mas sim sua prática sexual propriamente dita.

A construção de uma categoria única de HSH (homens que fazem sexo com homens) constitui um ponto de vista epidemiológico baseado nas práticas sexuais e principalmente nas práticas anais como modo de transmissão do HIV, o mais provável quando acontece uma relação sexual entre homens. Esta categoria apresenta a vantagem de incluir na análise da predominância do HIV, homens que fazem esta prática e não se reconhecem como homossexuais no plano de sua identidade ou de seus desejos (GIAMI, 2002 p. 45).

Porém o uso não é consensual, provocando reações por uma parte do movimento homossexual e alguns pesquisadores, que argumentam que esta categoria favorece a desmobilização social e estimula o preconceito contra algumas identidades sexuais (MOTT, 2002).

No debate, os argumentos a favor do uso da categoria HSH são: o fato de que se busca atingir ou acessar um contingente de homens que não se identificam como gays, homossexuais, bissexuais, ou com outras expressões da homossexualidade masculina; o termo já é amplamente utilizado por organizações governamentais e não governamentais; é importante para a vigilância epidemiológica para ações de prevenção DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2002).

Contra o uso do termo, MOTT (s/d) argumenta que o uso não é aceito por uma parte das ONGs e da militância homossexual. É um conceito importado do primeiro mundo que não pode ser aplicado para descrever uma parte das interações entre homens que têm práticas

²¹ Men who have sex with men.

homoeróticas no contexto da cultura sexual brasileira. Não sensibiliza homens que transam com travestis e gays, que não consideram seus parceiros homens. Também coloca que desconsidera parcelas de gays, travestis e outros que se identificam com o termo homossexual. Argumenta ainda que é um “equivoco da estratégia epidemiológica e enquanto estratégia política”, sendo “politicamente condenável, por desmobilizar o movimento homossexual brasileiro, desconsiderar o significado político de homossexual enquanto identidade política e sexual”. O pesquisador propõe o uso de, “gays e homens com práticas homossexuais”.

Giami (2002, p. 45) chama a atenção que o uso da categoria HSH, “(...) reduzindo o homo-bissexualidade ao nível de práticas sexuais, em uma única categoria, nos privamos de um lado, de uma diferenciação entre as identidades e desejos e por outro lado de levar em consideração as pontes eventuais entre estes homens e as mulheres que podem estar em contato com eles”. E lembra que homossexuais e bissexuais constituem duas categorias epidemiológicas de casos de AIDS bem diferenciados.

Em relação à prática da prevenção, Rios (2002) faz uma importante constatação: “as atenções e ações estão voltadas para os homossexuais auto-identificados, deixando-se novamente de lado a difícil tarefa de se pensar em como alcançar aquelas pessoas que, embora exercitem práticas homossexuais, não se pensam enquanto tal” bem como os homens que não frequentam os locais de sociabilidade gays, preferindo frequentar outros lugares e ambientes. E ainda acrescenta:

Contudo, o que vemos é que, mesmo para muitos dos técnicos que o utiliza, o conceito HSH é pensado de forma bastante imprecisa. Assim, na prática das OG e ONG é muito comum que HSH seja tomado como equivalente de homossexual. (RIOS, 2002, p. 74).

O que se verifica, nas pesquisas sobre os comportamentos sexuais, é que qualquer forma de categorização das práticas e atividades sexuais, gera divergências, argumentos a favor e contra a utilização desta categoria.

A discussão permanece em aberto sendo muito importante que busquem-se soluções adequadas para responder a cada problema de pesquisa. O fato é que existe uma parcela de indivíduos que precisa ser de alguma forma acessada e conhecida para que as ações de prevenção cheguem até elas, com o objetivo de reduzir a infecção do HIV entre os homens que têm prática homossexual e não se identificam com as categorias das homossexualidades brasileiras.

Neste trabalho optou-se por não incluir as travestis na classificação HSH, respeitando a identidade sexual dos indivíduos que responderam o questionário e se identificaram como tal. Os demais participantes foram classificados como HSH, mas apenas para facilitar a redação do texto abreviando a referência a homossexuais, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens que tornava a leitura cansativa e a escrita repetitiva. Nas análises preservou-se a identidade homo e bissexual, classificando heterossexuais e os demais participantes que não indicaram uma identidade sexual como “outros HSH”. Este esclarecimento é importante, pois a identidade sexual foi uma característica importante na descrição dos resultados deste trabalho, e quando isso ocorre, a sugestão de Young e Meyer (2005) é que sejam preservadas as identidades. Além disso, verifica-se uma tendência atual em se separar gays, outros HSH e travestis. Isso pode ser verificado no documento do Plano Nacional de enfrentamento da epidemia que apresentou uma agenda para gays e outros HSH e uma agenda separada para o enfrentamento junto à população das travestis, que requer estratégias diferenciadas de intervenção e prevenção.

3.2.4 VULNERABILIDADES DOS HSH

A vulnerabilidade da população dos HSH, bem como das travestis, ao HIV no Brasil, esta permeada pela intolerância, preconceito e violência, bem como questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e por diferenças regionais (BRASIL, 2008 e 2007a, 2007b; DOURADO et al., 2007; ONUSIDA, 2006). As normas tradicionais de gênero em relação à masculinidade e feminilidade na América Latina, contribuem para a homofobia, estigmatização e discriminação que estes homens e travestis sofrem (PARKER, 1997; CHEQUER e ANDRADE-CASTRO, 2006).

A OMS estima que apenas um em vinte HSH tenha acesso a serviços de prevenção ao HIV, o que é preocupante, e mostra o tamanho do problema de saúde a ser enfrentado. E em muitos países esta população não é reconhecida ficando invisível e diluída na população geral (ONUSIDA, 2006).

Em muitos países, há indicações de que os HSH estão mais expostos ao risco de contrair o HIV, necessitando de ações urgentes para conter o avanço da epidemia (BRASIL, 2008; UNAIDS, 2007; ONUSIDA, 2006; CHEQUER e ANDRADE-CASTRO, 2006). Existe uma falta de informações básicas e epidemiológicas sobre a transmissão do HIV entre os HSH em muitos países, pois muitos destes homens estão casados com mulheres e inseridos no contingente da população geral. Existe ainda a falta de dados específicos sobre esta população

quanto à infecção por HIV que só é conhecida quando ocorre a notificação compulsória no serviço médico.

Como em muitos países atingidos pela epidemia do HIV/ AIDS, na América Latina as transmissões sexuais são as principais fontes de infecção. A seguir, na tabela 1, apresenta-se uma distribuição dos casos de AIDS, em alguns países da região, e pode-se observar as porcentagens da transmissão sexual na população dos HSH. No Chile a transmissão sexual é responsável por 45% dos casos de Aids entre os HSH, e no Brasil são 27,9% das notificações de AIDS.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de Aids segundo a categoria de transmissão em alguns países na América Latina.

Tipo de transmissão	Colômbia	Chile	Uruguai	Argentina	Brasil*
Transmissão sexual (%)	96,0	94,0	70,0	78,0	70,5
Homossexual	27,1	30,0	11,2	12,0	17,5
Bissexual	5,2	15,0	17,8	6,5	10,4
HSH	32,3	45,0	29,0	18,5	27,9
Heterossexual	53,7	34,0	53,2	53,0	42,6
UDI	-	-	22,0	-	3,5
Sanguínea	-	3,4		16,0	0,2

Fonte CHEQUER e ANDRADE-CASTRO, 2006; UNAIDS para América Latina.

* BRASIL, 2008: referente aos casos de AIDS notificados em 2006.

Na comparação das estimativas de prevalências dos HSH infectados em algumas regiões mundiais, como Europa, Ásia, Sul da Ásia e na América Latina (tabela 2), observa-se que neste último continente a prevalência da infecção é maior (26%) do que na Europa (4%) e Sul da Ásia (5%), mostrando a gravidade da epidemia nesse grupo populacional na região. São muitas as razões para isto, situação econômica, crescimento e concentração das desigualdades sociais, além destas condições, outras questões relacionadas ao nível educacional, o que diminui as possibilidades de mudança das condições sócio-econômicas da população (PNUD, 2005).

Tabela 2 –Prevalência de infecção por HIV nos diferentes grupos populacionais por algumas regiões do mundo.

Grupos	Europa e Ásia Central (%)	América Latina(%)	Sul da Ásia (sem a Índia) - (%)
<i>HSH</i>	4	26	5
Trabalhadores do Sexo	5	4	8
Clientes de trabalhadores do sexo	7	13	41
UDI	67	19	22
Outros	17	38	24

Fonte: UNAIDS (2007, p. 5).

Estudos da OMS e OPAS identificaram como fatores que colaboram para a manutenção e agravamento da epidemia do HIV na região, chamam a atenção os comportamentos de risco relacionados ao sexo desprotegido, número de parceiros sexuais, início precoce de relações sexuais, estigma e discriminação, desigualdades de gênero, homofobia, o viés do machismo, a pobreza, a violência, a falta de capacidade de implementação de ações e programas para combater o HIV/AIDS, entre outros fatores (CHEQUER e ANDRADE-CASTRO, 2006). O documento “Situación de la epidemia de sida” da UNAIDS (2007) apresenta a vulnerabilidade da população dos HSH com a seguinte colocação:

La vulnerabilidad a la infección aumenta de modo espectacular allí donde se tipifican como delito las relaciones sexuales entre varones. La criminalización y la homofobia limitan seriamente la capacidad de muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones para acceder a la información sobre prevención del HIV, y también su acceso a productos básicos, tratamiento y atención (USAID, 2004). Enfrentados a sanciones legales o sociales, los varones que tienen relaciones sexuales con varones se ven excluidos, o se excluyen a sí mismos, de los servicios de salud sexual y de bienestar social por miedo a que los identifiquen como homosexuales (ONUSIDA, 2007, p. 126).

Ainda segundo o relatório da UNAIDS (2007), alguns estudos que focalizaram a população dos HSH na América Latina mostraram altas prevalências do HIV e AIDS nesta população, principalmente nas capitais dos países latino americanos, e segundo o documento “O desafio de priorizar o HIV/AIDS em países com baixa prevalência: A epidemia da AIDS na América Latina está sob controle?” Numa grande parte dos países da América Latina, as taxas mais altas de infecção por HIV se encontram entre os HSH. Outro dado é que a prevalência da AIDS nesta população variou entre 2% e 28% nas diferentes capitais da região. Estima-se que relações sexuais entre homens são responsáveis por 15 a 35% dos casos notificados de AIDS em países como Argentina, Bolívia, Brasil, Guatemala e Peru. Na Argentina, por exemplo, 18% dos casos notificados de AIDS estão relacionados à transmissão entre HSH. Na Costa Rica, dois terços do total de casos notificados de AIDS ocorreram devido a relações sexuais entre homens. Na Venezuela 76% dos casos notificados são masculinos e 85% destes são HSH. As principais razões identificadas para o não uso do preservativo pelos HSH, foram a pressuposição de que o parceiro fosse HIV negativo (27,7%) e terem ficado muito excitados (26%). Entre os fatores sócio-comportamentais associados ao HIV/AIDS nesse grupo populacional, estão: nível socioeconômico baixo, estar desempregado, episódios anteriores de DST, ter relações sexuais com homens e mulheres e muitos parceiros

sexuais, manter relações sexuais em troca de drogas, pouca capacidade para negociar o uso do preservativo, não ter informações sobre questões relativas ao HIV/AIDS ou as tê-las de forma incompletas, inapropriadas ou distorcidas (UNAIDS, 2007; CHEQUER e ANDRADE-CASTRO, 2006).

La epidemia del VIH en América Latina se mantiene estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (...) En América del Sur, las relaciones sexuales sin protección entre varones es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, así como en varios países de América Central, entre ellos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá (UNAIDS, 2007, p. 31).

Assim as relações sexuais desprotegidas praticadas pelos HSH são um fenômeno importante dentro do contexto da epidemia do HIV/AIDS na América Latina como em outras regiões do mundo. Os documentos da UNAIDS (2007) referem-se a esta população como estando entre as populações com maior risco de exposição (UNAIDS, 2007; ONUSIDA, 2006).

Cáceres (2002) também apresentou um estudo onde fez um levantamento dos dados de prevalência da AIDS entre os HSH na América Latina e Caribe. Nesta publicação mostrou que a epidemia de HIV está concentrada em populações de HSH, a qual considerou mais vulnerável e também mais exposta ao HIV/AIDS. O autor chamou a atenção para a pouca disponibilidade de dados sobre DST e sobre ações programáticas para esta população, bem como poucas pesquisas sobre sexualidade dos HSH que leve em consideração aspectos culturais desta população, pois estas regiões além de serem caracterizadas por diferenças culturais, apresentam diferenças marcantes de classe social, idade, etnia e nível educacional, bem como uma diversidade de “subculturas homossexuais”. O autor também analisou e compilou alguns dados da OMS e OPAS e mostrou que a menor prevalência da AIDS foi de 5% e a maior foi de 20%, para os grandes centros urbanos nas regiões do levantamento.

Investigando a infecção por HIV em países de baixa e média renda²², Barral et al. (2007), em um estudo de revisão sistemática da prevalência do HIV na população dos HSH, encontraram associações significativas entre prevalência do HIV e estratos de nível da epidemia, regiões, prevalência do HIV e Renda dos países. A partir dos dados e estimativas da UNAIDS, os autores encontraram diferenças significativas entre as regiões das Américas,

²² Os autores usaram a metodologia do Banco Mundial para classificar os países de baixa e média renda, e selecionaram os países com renda per capita menor que US\$ 10.725 (BARRAL et al., 2007, p. 1903).

Ásia, África e Europa, onde a maior chance de infecção foi na região das Américas, na comparação com a população base do estudo (Baixa prevalência: China e Índia). Para o Brasil a chance de infecção por HIV na população dos HSH foi de 28,7, na mesma comparação.

Na comparação entre os estratos de nível de prevalência do HIV, a chance de infecção foi de 58,4 nos países de alta prevalência e 9,6 nos países de média prevalência. A Tabela 4 mostra as chances de infecção por HIV em outras estratificações utilizadas para comparar a infecção por HIV na população dos HSH no estudo de Barral et al. (2007).

Tabela 3 – Resultados da revisão sistemática da prevalência do HIV na população dos HSH

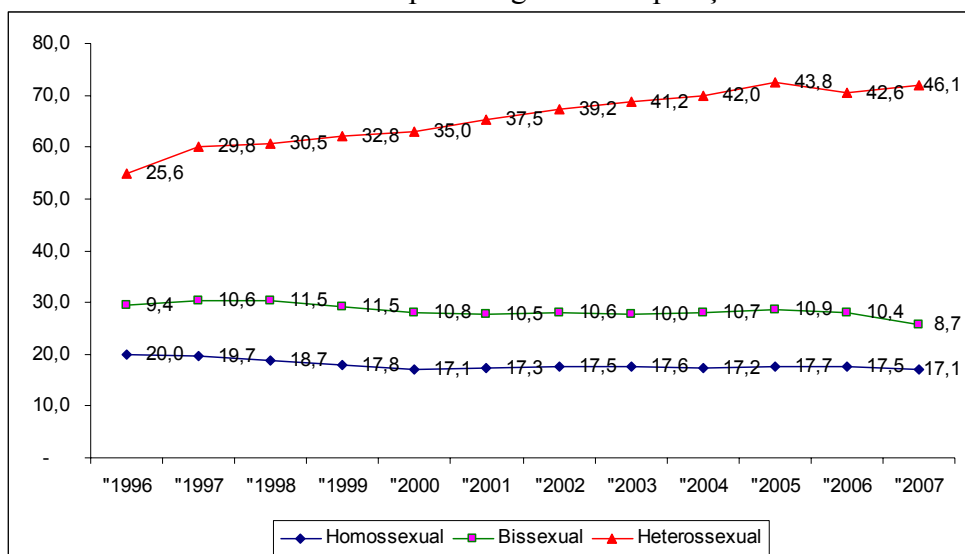
Categoria	Sub-categoria	Número de países	OR(IC95%)
Nível da epidemia	Alto nível	11	24,5 (22,8-26,3)
	Concentrada	21	23,5 (24,1-22,9)
	Generalizada	9	10,8 (10,3-11,4)
Região	Américas	15	33,3 (32,3-34,2)
	Ásia	7	18,7 (17,7-19,7)
	Europa	12	1,3 (1,06-1,6)
	África	4	3,8 (3,3-4,3)
Prevalência	Países de prevalência muito alta	23	58,4 (56,3-60,6)
	Países de prevalência alta	8	14,4 (13,9-14,9)
	Países de prevalência média	7	9,6 (9,0-10,2)
Renda	Países de alta renda	7	7,8 (7,2-8,4)
	Países de baixa e média renda		23,4 (22,8-24,0)

Fonte: BARRAL et al. (2007, p. 1907).

Com estes e outros resultados os autores concluíram que a prevalência de infecção por HIV é alta entre os HSH na comparação com a população geral, para adultos em idade reprodutiva nos países de média e baixa renda. E que existe a necessidade urgente de ações de prevenção junto a estes homens.

No Brasil, estima-se que 3,2% da população seja de HSH, isto para a faixa etária entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2005), correspondendo a 1.538.600 indivíduos. A situação da epidemia do HIV e AIDS nesta população não é completamente conhecida. A informação oficial é que para o ano de 2006, 27,9% dos casos de AIDS ocorreram entre homossexuais e bissexuais, sendo 17,5% entre os homens homossexuais e 10,4% entre os bissexuais (BRASIL, 2008). Os casos de AIDS por categoria sexual são apresentados a seguir no gráfico 1.

Gráfico 1 - Transmissão sexual por categoria de exposição



Fonte: Brasil, 2007.

Quanto ao risco de ter AIDS, as estimativas são proporcionalmente maiores na população dos homens homossexuais quando comparados com a população dos homens heterossexuais. O risco de ter AIDS na população dos homossexuais é 40 vezes maior do que na população dos homens heterossexuais, como no Distrito Federal. Na cidade de Salvador o risco é 38 vezes maior na comparação entre a população dos homens homossexuais e heterossexuais (BELOQUI, 2006), assim pode-se observar que a epidemia de AIDS está configurada de maneira diferenciada entre os homossexuais. Para a população das travestis e homens bissexuais não foram encontradas estimativas do risco que situem a epidemia do HIV ou AIDS.

A partir dos resultados dos documentos oficiais, pesquisas e estudos publicados, apresentado neste capítulo, pode-se verificar que a epidemia do HIV/AIDS na população dos HSH e travestis é diferenciada. O retorno às práticas sexuais desprotegidas também pode ser identificado em vários estudos, nos EUA, na Europa e na América Latina e no Brasil. Os desafios para se desenvolver ações de prevenção junto a estas populações são muitos e permeados por diversas dificuldades, inclusive a falta de dados e informações sobre as interações sexuais entre estes homens. Portanto pesquisas que produzam conhecimentos sobre suas vulnerabilidades e práticas sexuais são importantes para nortear ações de prevenção que possibilitem que estes indivíduos se exponham menos à infecção por HIV e outras DSTs.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é um inquérito sócio-epidemiológico realizado com homens homossexuais, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens e travestis que responderam um questionário auto aplicado na cidade ou na região metropolitana de Salvador no ano de 2003, e foi estruturado a partir do Projeto Convida²³, que desenvolveu uma pesquisa de campo em Salvador, Bahia e na Parada Gay de São Paulo em 2003, com HSH e também as travestis e transexuais (DOURADO et al., 2004). Portanto trata-se de um olhar específico sobre a população dos HSH e travestis que participaram do inquérito.

A pesquisa na cidade de Salvador foi antecedida pela seleção e treinamento de uma equipe que trabalhou no “campo”. Para este trabalho especificamente, os critérios de seleção da equipe foram: ser estudante de graduação da área de ciências sociais da UFBA; homem ou mulher (gay ou não), com alguma afinidade com o tema da pesquisa; com disponibilidade de tempo para trabalho noturno e no final de semana. Assim se selecionou quatro estudantes (dois homens e duas mulheres) e um coordenador de campo (homem). O pessoal de campo era identificado com uma camiseta e sacola com logomarca do projeto, do ISC e da UFBA.

Ocorreu também um estudo piloto que possibilitou a adequação do questionário e programou as atividades a serem desenvolvidas. Houve a preocupação em incorporar os espaços de maior concentração e circulação dos HSH, visando acessar lugares representativos de encontros GLS, buscando-se formar uma rede de circulação dos atores sociais. Na fase da pesquisa piloto, houve o preenchimento de 80 questionários que não fizeram parte da amostra deste estudo, isso porque continham questões diferentes do questionário aplicado nas fases seguintes da pesquisa.

Os locais de encontro GLS que compunham a rede de circulação da população dos HSH foram mapeados, tendo sido selecionados locais adequados para a abordagem de indivíduos e distribuição dos questionários da pesquisa. A lista dos locais que fizeram parte da pesquisa de campo, como boates, saunas, bares e barracas de praia encontram-se em anexo a este projeto. O trabalho de campo teve início em junho de 2003, precedido da divulgação do projeto que ocorreu através da distribuição de cartazes e cartões postais em diversos locais de circulação da população dos HSH, em Salvador. Convites formais foram feitos aos donos dos estabelecimentos e algumas instituições da comunidade gay de Salvador para permissão do trabalho de campo. Após consentimento, utilizou-se o trabalho do pessoal de campo visando

²³ Projeto CONVIDA - Estudo sobre conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas de risco para a infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens no ano de 2003.

incentivar o preenchimento dos questionários. A equipe de campo visitava periodicamente (uma vez na semana e outra no fim de semana com duas pessoas por estabelecimento) para levar questionários e motivar potenciais participantes.

A distribuição dos questionários também ocorreu na Parada Gay de São Paulo em 2003, com deslocamento da equipe para trabalhar neste evento. Após a experiência com este último evento decidiu-se pelo contato face a face com a população alvo nos locais GLS. A pesquisa “Enquête Presse Gay, 2000”, realizada na França (Adam, Hauet e Caron, 2000) demonstrou que a atuação de uma equipe de intervenção que estimulou as pessoas a responderem ao questionário aumentou em 10% o número de devoluções do mesmo. No caso brasileiro, em que a pesquisa buscou englobar estratos da população com baixa escolaridade, é tanto mais importante a atuação de “entrevistadores” que estimularam o preenchimento do questionário (DOURADO et al., 2004).

Os questionários foram distribuídos nos lugares que compõem a “cena gay” da cidade de Salvador e duas ONG/AIDS, de junho a novembro de 2003. Áreas investigadas: Centro da cidade (Barris, Carlos Gomes, Aflitos, Dois de Julho, Garcia) e área da Orla Marítima (Barra, Rio Vermelho, Boca do Rio, Imbuí e Stella Maris). Depois de preenchidos, os questionários eram devolvidos diretamente a um membro da equipe de campo ou ainda devolvidos em urnas disponibilizadas nos locais selecionados e recolhidos periodicamente pelos componentes da equipe.

Alguns problemas foram relatados pela equipe de pesquisa de campo quanto a dificuldade de acesso às saunas, com pouco retorno dos questionários distribuídos nestes locais comparado aos outros espaços de realização da pesquisa. A equipe ainda encontrou dificuldade de preenchimento do questionário nas boates (horário e dispersão do público). Os estabelecimentos não considerados completamente gays foram outro tipo de limitação para acessar a população. Também a reposição de questionários em bar de localização isolada dos demais estabelecimentos limitou uma maior participação dos frequentadores destes locais.

As estratégias implantadas para solucionar os problemas e diminuir as dificuldades foram a sensibilização para o preenchimento de questionários, do lado de fora de algumas boates, onde há maior concentração de HSH no mesmo território (o uso da abordagem face a face), e a utilização dos próprios proprietários e gerentes como sensibilizadores indiretos para a adesão à pesquisa, esta última mostrou-se uma estratégia muito importante.

Foram distribuídos 18.317 questionários, sendo que 13.000 em revistas, 920 na Parada Gay de São Paulo, 4.397 em Salvador. Destes foram respondidos 165 de revistas, 465 da Parada Gay de São Paulo, e 2.226 da pesquisa de campo em Salvador. Na Internet foram

respondidos 2.052 questionários. Como o questionário foi preenchimento individualmente por cada participante, e muitos depositados em urnas, não foi possível controlar algumas características dos participantes, como por exemplo, a idade, embora houvesse o cuidado quanto a distribuição dos questionários para os maiores de idade, muitos destes instrumentos ficaram disponíveis em diversos lugares como apresentado anteriormente.

Foram digitados 2.391 questionários da pesquisa usando-se o programa Microsoft Access, e encontram-se agregados numa base de dados. Essa base foi convertida para um banco de dados do programa Stata 7.0, seguida da limpeza e organização do banco de dados final utilizado para as análises deste trabalho. No momento das análises observou-se que alguns participantes que responderam o questionário tinham idade inferior a 18 anos, no momento do preenchimento, porém optou-se em manter estes participantes. Entre as razões é que os homossexuais com idade entre 13 e 19 anos estão mais vulneráveis a infecção pelo HIV e ao adoecimento por AIDS, como apresentado no “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis” e no “Boletim Epidemiológico” de 2007, apresentado em janeiro de 2008. Logo é muito importante obter informações sobre estes homens jovens quanto a suas práticas e comportamentos sexuais, bem como informações sócio-demográficas.

4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi de HSH e travestis que freqüentaram a “cena gay” na cidade de Salvador no ano de 2003. A amostra deste estudo foi obtida por conveniência, porém houve a preocupação em se obter dados de uma amostra que fosse a mais representativa possível da população dos HSH, do ponto de vista da sexualidade e comportamento sexual. Sendo assim, buscaram-se diversos locais da “cena gay” da cidade de Salvador, e desta forma tentou-se produzir uma amostra com ampla diversidade sócio-demográfica e sexual (PARKER, 1994; KERR-PONTES, 1998).

Um total de 2.391 HSH e travestis participaram da pesquisa de campo. Dentre esses, foram selecionados os que atendiam ao critério de inclusão; morar em Salvador e região metropolitana.

Os critérios de exclusão dos HSH são apresentados a seguir:

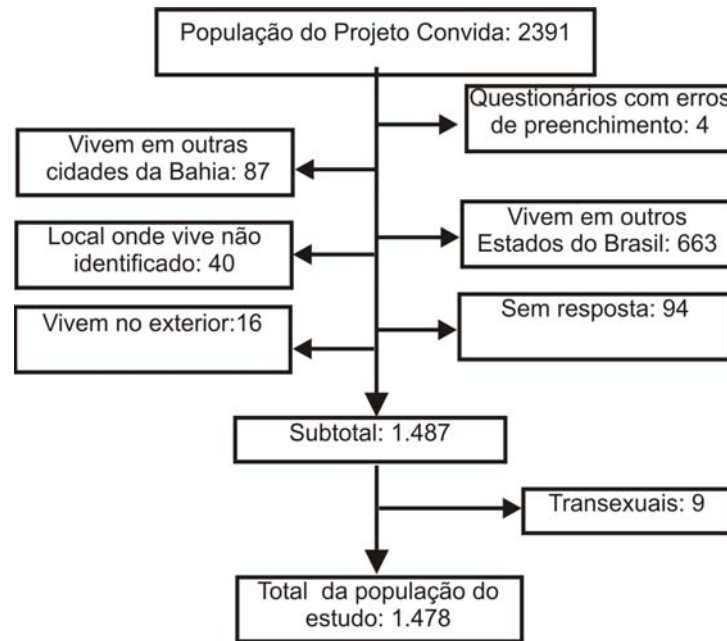


Figura 1: Critérios de exclusão da amostra

Assim a amostra final ficou composta de 1.478 HSH e travestis. Após as exclusões a amostra se manteve com uma grande diversidade sócio-demográfica e sexual, ou seja, não houve perdas significativas na caracterização da amostra.

4.2 INSTRUMENTO

O instrumento foi um questionário anônimo, padronizado e estruturado, auto-aplicável, com 68 perguntas fechadas e semi-abertas do tipo simples e múltipla escolha. As questões foram adaptadas da pesquisa sobre a sexualidade da população brasileira (BRASIL, 2005b), e de um inquérito semelhante realizado na França chamado *Barometre* (ADAM, HAUET e CARON, 2000). O questionário foi composto pelas seguintes seções: 1) características socioeconômicas e demográficas; 2) identidade gay; 3) práticas sexuais 4) história de sorologia para HIV; 5) relato de DST; 6) questões gerais de acesso a sítios (sites) e revistas de conteúdo gay, instituições culturais e sociais; 7) opinião, sugestões e acesso ao questionário do Projeto Convida (em anexo). Realizou-se a seleção das variáveis a partir do conceito de vulnerabilidade para atender aos objetivos do estudo. As variáveis selecionadas foram agrupadas nos seguintes blocos: 1) macro-sociais, questões 06, 08, 09/09a, 10, 13/13a, 14, 16 e idade²⁴; 2) identidade gay, questões 17, 18, 19, 20 e 25; 3) história de vida, questões 26, 26i e 27; 4) comportamentos, questões 28, 29, 30, 44, 45, 46, 47, 50, 51 e 53; 5)

²⁴ Variável criada a partir da data de nascimento e da data do preenchimento do questionário, informada pelos participantes.

risco, questões 50, 51 e 53; 6) sorologia, questões 34, 55, 56, 57, 58, 59, e 62; 7) sexo desprotegido, questões 32, 37, 39, 40, 48, 52 e 54; 8) prazer/atração, questões 21,22, 23,e 24; 9) atividade e participação política, questões 64, 65, 66 e 67. A rotulação das variáveis, os ajustes na codificação e a criação de novas variáveis foram realizados a partir da combinação das questões existentes e, quando necessário, atendendo a critérios e definições teóricas como, por exemplo, a classe social e raça.

O Indicador Econômico Nacional (IEN) foi proposto por Barros e Victora (2005), para a elaboração de um indicador econômico para o Brasil. Este indicador foi construído com base em bens de consumo, a escolaridade do chefe de família e dados da amostra do Censo Demográfico Brasileiro de 2000. Tal índice possui distribuições de referência, para capitais, Estados, Regiões, e Brasil. Uma vantagem é poder comparar os resultados deste indicador da amostra do estudo com e as distribuições municipais, estaduais e nacionais. Como o questionário do “Projeto Convida” tinha questões relacionadas à escolaridade e número de bens na residência dos entrevistados, optou-se por tal metodologia para a estruturação do IEN e posteriormente se fez a divisão das três classes sociais (alta, média e baixa) apresentadas neste estudo. Ao se analisar a distribuição do IEN na amostra dos HSH e travestis, se observou uma similaridade com a distribuição da cidade de Salvador apresentada pelos autores da proposta metodológica.

As práticas sexuais desprotegidas foram classificadas para o sexo anal desprotegido, identificado a partir do relato do número de vezes que o indivíduo praticou o sexo anal (ativo ou passivo) sem o uso do preservativo nos últimos 12 meses (nenhuma vez, uma vez, duas vezes, de duas a cinco vezes, mais de cinco vezes). Para o sexo oral desprotegido, utilizou-se a questão do uso do preservativo para esta modalidade sexual com base nas seguintes categorias: sempre usa o preservativo, usa a maior parte das vezes, usa poucas vezes e ainda não usa.

4.3 DEFINIÇÃO DOS FATORES DE VULNERABILIDADE

A vulnerabilidade para HIV/AIDS, classificada como social, programática e individual (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1996), foi utilizada para agrupar as variáveis investigadas neste estudo, ver item 3.2.1.2 (Figura 2). A vulnerabilidade social foi composta por: identidade sexual, renda, classe social, raça, religião, faixa etária, escolaridade, trabalho atual e local de sociabilidade homossexual (sauna, quarto escuro, vídeo locadoras, bares, barracas de praia, boates, banheiros públicos e cinema de pegação). A vulnerabilidade

programática foi composta por duas variáveis: ter feito o teste para HIV e fazer parte de alguma associação ou grupo (cultural, social, político, etc). A vulnerabilidade individual foi composta pelos fatores pessoais (situação conjugal atual, com quem reside, atitude em relação à identidade sexual); fatores da percepção de risco ao HIV/AIDS (status sorológico do parceiro eventual com quem praticou sexo anal, status sorológico do parceiro sexual fixo, prazer em situações de perigo, justificativa para não usar o preservativo, sentir-se em risco de contrair HIV/AIDS); fatores relacionados à sexualidade e sentir prazer (o que dá maior prazer na relação sexual, por quem sente maior atração sexual); fatores da história sexual (primeira experiência homossexual com penetração, primeira experiência homossexual sem penetração, idade da primeira experiência homossexual com penetração, primeira experiência homossexual com penetração sem camisinha, transou com homens que conheceu pela Internet, status sorológico atual); fatores relacionados à habilidade de negociar o sexo seguro (foi convencido a praticar sexo desprotegido, atitude ao ser convencido, ter convencido um parceiro a praticar sexo desprotegido, atitude após ter convencido um parceiro a esta prática).

4.4 CATEGORIAS DE REFERÊNCIA

As categorias “solteiro”, sentir-se com “Pouco” risco de contrair o HIV, sorologia negativa para HIV “HIV negativos”, e “Fez teste” para HIV, foram utilizadas como categorias de referência para a modelagem estatística, com base em informações da literatura. Porém algumas categorias exigiram uma maior atenção e foram escolhidas a partir da análise descritiva dos dados, pois não se localizou nos estudos sobre práticas sexuais desprotegidas para DST e HIV/AIDS. Assim a categoria “não refere prática religiosa”, indivíduo “sociável”, “sem preferência” por alguma prática sexual e por algum tipo de parceiro homossexual, “protegidos” que são convencidos à prática do sexo anal sem proteção com atitudes que indicam proteção, foram as categorias utilizadas como referência para as práticas sexuais desprotegidas para os fatores sócio-econômicos, sócio-culturais, parceria e práticas sexuais, e negociação da práticas desprotegidas.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

Os procedimentos iniciais foram: limpeza e organização da base de dados com um recorte no banco de dados original, visando atender aos objetivos deste projeto, como já

exposto anteriormente. Para a análise dos dados foram realizadas três etapas distintas. A primeira etapa exploratória, para identificar as características socioeconômicas e demográficas, identidade sexual, os contextos e comportamentos onde ocorrem às práticas desprotegidas entre os HSH e travestis. Na segunda etapa realizou-se uma análise de correspondência preliminar para identificar as variáveis que estavam contribuindo pouco para explicar a variabilidade global, as quais foram retiradas e repetiu-se a análise de correspondência. Na terceira etapa utilizou-se a análise de cluster, sendo esta última seguida da regressão logística para estimar a associação entre os grupos de fatores de vulnerabilidade e a prática do sexo anal e oral desprotegidos.

A análise multivariada é uma abordagem analítica que permite descrever o comportamento de um grande conjunto de variáveis ou características de forma simultânea, e tem por objetivo diminuir a dimensão dos dados. A disponibilidade de um conjunto de técnicas apropriadas²⁵ para a análise de dados agrupados em categorias – dados categóricos - permitem ao pesquisador combinar diferentes variáveis para obter uma medida mais efetiva para suas análises. Estas técnicas tiveram um maior desenvolvimento a partir das novas tecnologias computacionais, que permitem o trabalho com grandes bases de dados. Porém o trabalho intelectual e a base teórica do pesquisador são fundamentais para saber considerar simultaneamente todas as informações obtidas a partir do uso das técnicas de Análise Multivariada (PEREIRA, 2001). Neste trabalho, utilizamos a análise de correspondência, seguida de análise de cluster para identificação dos grupos de indivíduos e variáveis que descrevem o envolvimento nas práticas sexuais desprotegidas.

4.5.1 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

A análise de correspondência é uma das técnicas da estatística multivariada, utilizada na análise de um grande conjunto de variáveis simultaneamente, procurando identificar relações que não seriam possíveis de serem identificadas habitualmente na presença deste grande número de variáveis e categorias. Esta técnica analisa a distribuição das frequências marginais das tabelas de contingência. O foco pode ser a distribuição de frequência de linhas, de colunas ou simultaneamente as duas distribuições, caracterizando-se assim os “perfis

²⁵ Análise de Agrupamentos (Cluster Analysis), Escalonamento Multidimensional (Multidimensional Scaling), Análise Fatorial (Fatorial Analysis) e Análise de Correspondência (Correspondence Analysis).

linha”²⁶ (*row profile*) e os “perfis coluna”²⁷ (*column profile*) e ainda a média dos perfis (PEREIRA, pág. 133-135, 2001; CARVALHO, STRUCHINER, 1992). É apropriada quando se tem um conjunto de variáveis ou matriz de dados, com muitas categorias que podem apresentar inter-relações que não são percebidas no primeiro momento da análise. Com ênfase nas representações geométricas, revela a estrutura dos dados a partir da representação das distâncias χ^2 (qui-quadrado). A distância do qui-quadrado é calculada entre os indivíduos e entre as categorias ou modalidades das características observadas. Esta distância “neutraliza todas as distorções na representação da informação da tabela de contingência” (PRESTA, 1998, p. 37). As distâncias são projetadas em planos fatoriais compostos por eixos (vertical e horizontal), sendo que cada eixo corresponde a uma porcentagem da variância total da matriz de dados. Desta forma é possível avaliar a capacidade de cada eixo e representar a variância global do conjunto de dados.

A seguir Valentin (2000) descreve como a apresentação gráfica dos “Planos Fatoriais” deve ser interpretada:

É com a projeção gráfica dos pontos-variável e pontos-observação no primeiro plano (formado pelos eixos I e II) que se deve iniciar a interpretação. É neste plano que deve ser possível explicar a maior parte da variabilidade dos dados e descrever as grandes linhas da sua estrutura. Os planos sucessivos (por exemplo, I-III, II-III, III-IV) deverão ser projetados para descrever estruturas mais finas, e tentar identificar fatores de menos importância, mas que somente este tipo de análise poderia colocar em evidência (VALENTIN, 2000, p. 91 e 92).

A Análise de Correspondência é considerada um algoritmo de redução de dados que fornece imagens simplificadas da realidade multidimensional, favorecendo assim a busca de uma melhor representação simultânea que indica a dependência dos conjuntos de categorias compreendidos pelas linhas e colunas da tabela de contingência (AGUAYO, 1993; CARVALHO, STRUCHINER, 1992).

A Análise de Correspondência Múltipla (ACM) ainda é uma técnica pouco explorada nos estudos epidemiológicos, mesmo com suas amplas possibilidades de aplicação nos estudos transversais. Algumas das razões que interferem na expansão do uso dessas técnicas são que esta é frequentemente apresentada sem qualquer referência a outros métodos de tratamento estatístico de dados categóricos que validem sua utilidade. (CARVALHO e STRUCHINER, 1992; PANAGIOTAKOS e PITSAVOS, 2004). Os resultados da análise de

²⁶ Um perfil linha expressa as proporções de indivíduos que apresentam cada característica da variável na coluna, dentro do subgrupo da população que apresenta a característica correspondente numa linha. É comparado com o perfil marginal ou perfil médio.

²⁷ Expressa as proporções de indivíduos que apresentam cada característica da variável na coluna, isto para o subgrupo da população com a característica correspondente numa linha.

correspondência são apresentados basicamente na forma de gráficos, e as relações são identificadas a partir das distâncias entre os pontos dos gráficos apresentados, permitindo visualizar a distribuição das variáveis em relação a outras (PEREIRA, 2001; CARVALHO e STRUCHINER, 1992). Esta técnica de análise (ACM) utiliza a distância qui-quadrado como um critério de proximidade entre pontos ou categorias, esta distância indicada quando temos variáveis categóricas, tornando possível o agrupamento de unidades com perfil semelhante, ou seja, unidades que se localizam em pontos relativamente próximos ao se considerar tal distância, que se baseia na frequência relativa das categorias das variáveis sob análise. As relações multidimensionais das distâncias qui-quadrado entre as categorias das variáveis estudadas são representadas graficamente em projeções planas (o plano fatorial), e permitem examinar simultaneamente as relações entre linhas e colunas de uma tabela de contingência e entre todas as categorias de todas as variáveis importantes para o estudo. Desta forma podemos identificar aproximações e distanciamentos entre categorias de uma mesma variável ou entre categorias de variáveis diferentes. A aproximação entre muitas categorias de uma variável pode servir para reduzir o número destas, quando estas aparecerem próximas na projeção gráfica sugerindo a agregação de categorias. Esta possibilidade é apontada como um fator que facilita a interpretação dos resultados quando o número de categorias é muito grande. A possibilidade de se estabelecer novas categorias é outra vantagem da análise de correspondência e deve ser feita segundo um modelo teórico conhecido do pesquisador e não baseada simplesmente na aproximação geométrica oferecida pela técnica estatística. A aproximação de categorias de variáveis diferentes pode ainda indicar associação entre estas variáveis (BATISTA, ESCULDER e PEREIRA, 2004, 2004; CARVALHO e STRUCHINER, 1992).

Para a análise de dados sócio-demográficos, Greenacre e Pardo (2004) indicam o uso da ACM para a formação de subgrupos particulares e específicos em análises em que associações entre estas variáveis sejam importantes para as interpretações dos resultados encontrados. As aproximações podem ser de grande utilidade ao se pensar sob a ótica dos determinantes de vulnerabilidade que nem sempre estão em evidência nos estudos que investigam as práticas e comportamentos sexuais no contexto da epidemia do HIV.

Neste trabalho, o estudo das características sócio-econômicas, demográficas, práticas sexuais, e aspectos relacionados à cultura da população dos HSH e de travestis, são estudados de forma simultânea para traçar um perfil destas características na população do estudo. A opção pelo uso desta técnica ocorreu naturalmente diante das dificuldades em se analisar a

grande quantidade de variáveis e categorias, presentes no questionário utilizado na pesquisa de campo do Projeto Convida, e selecionadas para este trabalho.

As análises resultantes da análise de correspondência são de natureza descritiva e não comportam inferências de causa e efeito como nas interpretações epidemiológicas de risco (BATISTA, ESCULDER e PEREIRA, 2004). Na análise de correspondência nenhuma distribuição a priori é assumida, e nenhum modelo hipotético é apresentado. As informações são obtidas do estudo e da estrutura dos dados, logo as conclusões não podem ser generalizadas ao nível da população.

Em revisão de literatura, na área da saúde, sobre os estudos que usaram as técnicas multivariadas, verificou-se que seu uso ainda é limitado e sua ampliação depende do conhecimento das técnicas e da divulgação dos métodos. Entre as publicações internacionais, foram encontrados 34 estudos que utilizaram estas técnicas, sendo que apenas um utilizou sequencialmente a regressão logística. Nas publicações nacionais encontramos 10 (dez) estudos que utilizaram em suas análises a análise de correspondência ou análise de cluster. Ressalta-se que entre estas publicações nenhuma abrangia a temática HIV/AIDS, práticas ou comportamento sexual dos HSH e travestis.

4.5.2 ANÁLISE DE CLUSTER

A análise de cluster ou de agrupamentos é um conjunto de técnicas multivariadas cuja finalidade principal é agregar, ou agrupar²⁸, objetos com base nas características que eles possuem, ou seja, classifica estes objetos (indivíduos, características ou mesmo comportamentos), de maneira que cada um deles seja muito semelhante aos outros no agrupamento, em relação a algum critério de seleção pré-estabelecido, esclarece Belfiore e Fávero (2006). Assim formam-se grupos ou conglomerados homogêneos.

A análise de agrupamentos, também conhecida como análise de conglomerados ou cluster, tem como objetivo dividir os elementos da amostra, ou população, em grupos de forma que os elementos pertencentes a um mesmo grupo sejam similares entre si com respeito às variáveis (características) que neles foram medidas, e os elementos em grupos diferentes sejam heterogêneos em relação a estas mesmas características (MINGOTI, 2005, p. 155).

²⁸ “Agrupar objetos consiste em reconhecer entre eles um grau de similaridade suficiente para reuni-los num mesmo conjunto” (VALENTIN, 2000).

Roses e Leis (2002) explicam que os objetos dentro de cada conglomerado “tendem a ser semelhante entre si, porém diferentes dos demais objetos dos outros conglomerados”. Os conglomerados formados apresentam tanto uma homogeneidade, que é uma característica interna ao grupo, como uma heterogeneidade que caracteriza a diferença entre os grupos encontrados. Espera-se que os agrupamentos resultantes tenham uma elevada homogeneidade interna e grande heterogeneidade externa.

Usamos esta técnica para atender o objetivo de agrupar ou classificar as unidades de uma amostra, visando estudar os grupos, neste estudo em particular, quanto à prática do sexo desprotegido.

A análise de correspondência múltipla (ACM) precedeu a análise de cluster utilizada neste trabalho, e gerou os resultados apresentados no artigo “Práticas sexuais desprotegidas entre homens homossexuais, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens e travestis²⁹”. O uso da ACM seguido da análise de cluster é uma metodologia utilizada para se obter uma classificação ou agrupamentos a partir da distância qui-quadrado da ACM, descrita no item 4.5.1.

Existem diferentes critérios para se estabelecer os agrupamentos dos pontos, estes podem ser chamados de classificações. Alguns critérios são definidos para variáveis contínuas e outros para variáveis categóricas. Neste trabalho optou-se pelo critério de classificação hierárquica, que inicia com a formação de n grupos, e em cada passo seguinte vai-se formando novos agrupamentos ou conglomerados, até que todos os elementos formem um único grupo. A estrutura dos conglomerados pode ser observada no dendrograma, gráfico que ilustra a formação dos agrupamentos e permite ao pesquisador decidir em quantos grupos a amostra será finalmente dividida.

As técnicas de Estatística escolhidas apresentam um grande potencial descritivo e de classificação dos elementos da amostra em grupos a partir das características investigadas neste estudo, e são indicadas para fornecerem resultados de acordo com os objetivos deste estudo, entre eles caracterizar grupos de HSH e travestis que têm uma maior envolvimento em práticas sexuais desprotegidas, e conseqüentemente tornam-se mais expostos à infecção por HIV. Destaca-se o agrupamento feito para cada fator de vulnerabilidade, o que permitiu identificar e caracterizar os grupos de HSH e travestis que se envolvem mais freqüentemente na prática do sexo oral e anal sem proteção por tipo de vulnerabilidade (social, individual e programática).

²⁹ Este artigo foi apresentado no capítulo 7 item 7.1 desta dissertação.

4.5.3 MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO – ODDS RATIO

Para verificar as associações entre os grupos de fatores de vulnerabilidade e a prática do sexo oral e anal desprotegidos será utilizada a regressão logística³⁰ multivariada, que produz a medida “odds ratio”, permitindo assim que se avalie o grau de associação entre um fator de risco na presença dos demais fatores e um desfecho, neste caso as práticas sexuais desprotegidas. A regressão logística foi utilizada, de maneira exploratória para a obtenção das estimativas, visto que a amostra não é probabilística, o que limita a interpretação dos resultados, impedindo generalizações.

³⁰ A Regressão logística – RL, é um tipo particular dentre os modelos matemáticos, não linear onde a variável dependente é categórica e dicotômica. A RL tem sido aplicada na epidemiologia como instrumento complementar da análise epidemiológica tabular ou estratificada. Após a identificação dos potenciais fatores de risco, deve ser feita a análise confirmatória – com base de dados diferente ou ainda mesmo com a mesma base de dados onde foram encontrados ou em novo estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recomendação para que sejam realizadas pesquisas na população dos HSH e travestis, no Brasil e em outras regiões da América Latina, é referenciada constantemente na literatura que aborda as práticas sexuais desprotegidas e a vulnerabilidade nestas populações, bem como nos estudos de prevalência do HIV e AIDS.

No Estado da Bahia e na cidade de Salvador existe uma ausência de dados e informações quantitativas sobre os comportamentos e práticas sexuais, bem como outras características da população dos HSH e travestis. Procurando preencher esta lacuna, este estudo buscou conhecer algumas especificidades destas populações, e as análises foram conduzidas com o objetivo de descrever as práticas sexuais desprotegidas dentro dos diferentes fatores de vulnerabilidade. Inicialmente, nas análises não houve a preocupação de identificar o grau de relação entre as variáveis e a prática do sexo oral e anal sem proteção, pois a primeira fase foi exploratória, e cuja técnica de análise de correspondência não permite quantificar o grau de associação entre os fatores de vulnerabilidade e o envolvimento dos HSH e travestis em práticas sexuais desprotegidas. Na segunda fase das análises, identificaram-se associações entre os grupos de HSH e o envolvimento na prática do sexo oral e anal sem a proteção do uso do preservativo masculino, descrevendo as características de cada grupo por fator de vulnerabilidade. A estruturação dos grupos através da análise de cluster possibilitou uma análise mais ampla e simultânea das relações encontradas entre os grupos de HSH e travestis e o envolvimento nas práticas sexuais investigadas.

Os resultados encontrados na primeira e segunda fases das análises não podem ser generalizados para a população do estudo na cidade de Salvador, pois as técnicas utilizadas não possibilitam extrapolações, e também porque este estudo apresenta limitações referentes à seleção da amostra. Porém, deve-se considerar que as relações e demais resultados aqui encontrados estão coerentes com outros resultados apresentados na literatura, no Brasil, Américas e Europa, o que reforça os achados apresentados neste trabalho, que podem ser usados para a estruturação de novas hipóteses sobre a relação entre os diferentes componentes dos fatores de vulnerabilidade e o envolvimento em práticas sexuais desprotegidas. Por não se tratar de um estudo analítico, os resultados também não permitem que se estabeleçam relações de causalidade entre os fatores investigados e a prática do sexo oral e anal sem o uso do preservativo.

Acredita-se que as amplas descrições dos grupos ilustram a diversidade dos HSH e travestis desta cidade, bem como características sócio-demográficas e comportamentais que

podem ser importantes para a formulação de políticas de saúde locais e estruturação de ações que busquem a redução do risco de infecção pelo HIV e adoecimento por AIDS.

Recomenda-se que outras técnicas de análise sejam aplicadas para a confirmação das relações identificadas, se possível numa amostra representativa da população. É recomendado também repetir a análise de correspondência para os conglomerados estruturados na análise de cluster, para verificar quais grupos se relacionam entre si com as práticas sexuais desprotegidas, caso identifique-se alguma relação, pode-se mais uma vez criar novos conglomerados a partir dos grupos dos HSH e travestis, o que refinaria a relação entre tais grupos e as práticas do sexo anal e oral sem proteção. Este tipo de refinamento também não foi localizado na literatura das práticas sexuais no contexto da epidemia do HIV/AIDS.

Também a utilização das questões abertas para estruturar novas variáveis a serem introduzidas em futuras análises da base de dados do Projeto Convida, bem como a construção de variáveis que utilizem outras informações das práticas sexuais mais prazerosas, e da preferência por determinados tipos de parceiros homossexuais. Além da caracterização dos grupos de HSH e travestis que não respondem as diversas questões que envolvem os fatores de vulnerabilidade, pode-se assim identificar características importantes destes indivíduos.

6 REFERÊNCIAS

- ABIA. Propostas para o enfrentamento da epidemia da Aids entre os homossexuais. Jun. 2007. Disponível em: <
http://www.abiaids.org.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/_abia/view.htm?inoid=12033&editionsectionid=28&user=reader>. Acesso em: 24 jun. 2007.
- ADAM, Philippe; HAUET, Eric; CARON, Caroline. **Recrudescence des prises de risque er des MST parmi les gays: Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000**. Ministère de L'emploi er de la Solidarité/ANRS/Institut de Veille Sanitaire. France, 2000.
- AGUAYO, Maria Teresa Villalobos. **Análise de Correspondência e Modelos Log-lineares: um enfoque Integrado para a Análise Exploratória de Dados Categóricos**. 1993. 147 f. Dissertação (Mestrado em Estatística) - Universidade Estadual de Campinas, Capinas, 1993.
- ANDRADE, S. M. O. de et al. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, p. 479-482, fev. 2007.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, F.C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Referência Estadual de AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Salvador, p. 3-37, dez. 2006.
- BARAL, S. et al. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000–2006: A Systematic Review. **PLoS Medicine**. v. 4, n. 12 . e339, p. 1901-1911, dec. 2007.
- BARROS, Aluísio J.D.; VICTORA, César G. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 39, p.523-529, ago. 2005.
- BASSICHETTO, K. C. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p.302-310, set. 2004.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.630-636, out. 2004.
- BELFIORE, P. P. ; FÁVERO, L. P. L. . Técnicas Estatísticas Multivariadas para Análise do Comportamento de Grupos Supermercadas Brasileiros. In: **IX SEMEAD Seminários em Administração FEA-USP**, 2006, São Paulo. Anais do IX SEMEAD, 2006 Disponível em: <
www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/21.pdf > . Acesso em: 08 mai. 2007.
- BELOQUI, J. Risco relativo para Aids dos homossexuais masculinos no Brasil. **Cadernos pela Vidda**, São Paulo, n.42, p.16-19, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil - Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. UNGASS. **Resposta Brasileira 2005-2007: Relatório de Progresso do País**. Brasília, jan. 2008. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional divulga plano inicial de combate à AIDS entre homossexuais e travestis e lança consulta pública**. Brasília, mai. 2007a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/portalaids_services/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMID5078D79B6F7D43CF85732EFC45AEF3BBPTBRIE.htm>. Acesso em: 26 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Consulta Pública: Plano inicial de combate à AIDS entre homossexuais e travestis e lança consulta pública**. Brasília, jul. 2007b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7B64E53868-8AD4-4436-B965-D296F0F5D8D5%7D/%7B9A4AF6F1-637D-419E-A1AC-72EC7960ADEF%7D/PLANOsh-CONSULTA-tudo2-web.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde do Brasil - Programa Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, ano 4, n.1, p.4-46, dez. 2007c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa entre conscritos do Exército Brasileiro: Retratos do comportamento de Risco do jovem Brasileiro à infecção pelo HIV 1996-2002**. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2008.

_____. Sistema Nacional de Monitoramento em Aids. **MonitorAIDS**, 2005a. Disponível em <<http://157.86.8.37/frames.htm>>. Acesso em 07 mai. 2007.

_____. Ministério da Saúde do Brasil - Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 e 54 anos, 2004 – PCAP**. Brasília, dez. 2005b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 21 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório: Estudo comportamental com constrictos 2002**. 2003. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>: Acesso em: 10/02/2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França: **Seminário Anual 2001: Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos Entre homens que Fazem sexo com Homens**. Brasília, 2001. Série Avaliação, n. 5. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/avalia5/bela_vista/resultados.htm>. Acesso em: 30 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids**. Série

avaliação nº. 4. Brasília, 2000. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/avalia4/home.htm> >. Acesso em: 28 mar. 2006.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E.A.;SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada, **Revista Sociologia Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p.207-217. mar/abr. 2001.

CÁCERES, C. F. HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: a hidden epidemic?, **AIDS**, n.16, suplemento 3, p.S23–S33, 2002.

CADERNOS PELA VIDA. AIDS, Tratamento e Ativismo: Homossexuais e AIDS, a epidemia negligenciada. São Paulo, n. 42, p.4-15, jun. 2006

CARRARA, S.;RAMOS, S.; CAETANO, M. **Política, direitos, violência e homossexualidade: 8ª Parada do orgulho GLBT – Rio – 2003**. Rio de Janeiro : Pallas, 2003.

CARRARA,S.; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade.Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

CARVALHO, M. S.; STRUCHINER, C. J. Análise de Correspondência: Uma aplicação do método à Avaliação de Serviços de Vacinação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro.v. 8, n. 3, p.287-301, jul/set. 1992.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL E PREVENTION – CDC. **CDC HIV/AIDS Fact Sheet: HIV/AIDS among Men Who Have Sex with Men**, United States, may. 2007a. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm/resources/factsheets/msm.htm> >. Acesso em: 22 mai. 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL E PREVENTION – CDC. **CDC HIV/AIDS Fact Sheet: HIV/AIDS among Men Who Have Sex with Men. Revised**, United States, jun. 2007b. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm/resources/factsheets/msm.htm> >. Acesso em: 10 jul. 2007.

CHEQUER, P.; ANDRADE-CASTRO, N. A. **O desafio de priorizar o HIV/Aids em países com baixa prevalência: A epidemia da Aids na América Latina está sob controle?**. Organização Panamericana de Saúde - OPAS, 2006. Disponível em : < <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B3EC331E6-707C-425E-B0F2-F32770D40074%7D/O%20desafio%20de%20priorizar%20o%20HIV%20Aids%20em%20pa%20EDses%20com%20baixa%20preval%20EAnca.doc> >. Acesso em 07 fev. 2007.

CHIASSON, M. A. et al. A Comparison of On-Line and Off-Line Sexual Risk in Men Who Have Sex With Men An Event-Based On-Line Survey. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 44. n. 2. p.235-243, feb. 2007.

CROSBY, R.; DICLEMENTE, R. J.;METTEY, A. Correlates of Recent Unprotected Anal Sex Among Men Having Sex With Men Attending a Large Sex Resort in the South. **Sexually Transmitted Diseases**. v. 30, v. 12, p.909-913, dec. 2003.

DOURADO, Inês. et al. **Projeto CONVIDA** - Estudo sobre conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas de risco para a infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, mar. 2004.

_____. AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40. suplemento, p.9-17, abr. 2006.

_____. HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.25-32, jan. 2007.

FACCHINI, FRANÇA e VENTURINI. **Sexualidade, Cidadania e Homofobia, Pesquisa da 10ª Prarada do Orgulho GLBT de São Paulo-2006**. São Paulo: APOGLBT,2007. Disponível em: < <http://www.paradasp.org.br> >. Acesso em: 01 jul. 2007.

FOLCH, C. et al. Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales, **Gac Sanit**, v. 4, n. 19, p. 294-301, 2005.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise Sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989 – 1997. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p.678-685, dez. 2002.

FONSECA , M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-fi ve years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, suplemento 3. p.S333-S344, jan. 2007.

FRANCO, E. et al. Práticas sexuais e conscientização sobre Aids: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual em São Paulo. In: PARKER, R. G.; TERTO JR., V. (Org). **Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, 1998. p.49-62.

FREITAS, K. B. Pesquisa comportamental: homens que fazem sexo com homens. In: PARKER, R. G.; TERTO JR., V. (Org). **Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, 1998. p.89-97.

GIAMI, Alan. A Construção das Categorias Homossexuais, Bissexuais e Heterossexuais No Contexto da Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França. **Novos Desafios da Prevenção da Epidemia Pelo Hiv/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens**. Brasília, 2002. p.43-45.

GODIM, R. C.; KERR-Pontes, L. R. S. Homo/bissexualidade masculinas: práticas sexuais desprotegidas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 1-3, p.38-49, abr/dez. 2000.

GREENACRE, M.; PARDO, R. **Subset Correspondence Analysis: visualizing Relationships Among a Selected Set of Response Categories from a Questionnaire Survey**. Spain. 2004.

GUTIÉRREZ, Juan-Pablo et al. Correlates of condom use in a sample of MSM in Ecuador. **BMC Public Health**, v. 6, n.152, jun. 2006.

GUZMAN, R. et al. Negotiated Safety Relationships and Sexual Behavior Among a Diverse Sample of HIV-Negative Men Who Have Sex With Men. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 38, n. 1, p.82-86, jan. 2005.

JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, C de P.; ZOBOLI, E. (Org). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p.29-45.

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

KESTEREN, Nicole M.C; HOSPERS, Harm J.;KOK, Gerjo. Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: A literature review. **Patient Education and Counseling**, n. 65, p.5-20, 2007.

LIAU, A.; MILLETT, G.; MARKS,G. Meta-analytic Examination of Online Sex-Seeking and Sexual Risk Behavior Among Men Who Have Sex With Men. **Sexually Transmitted Diseases**, v.33, n.9, p.576-584, sep. 2006.

LUIZ, Olinda do Carmo e COHN, Amélia. Sociedade de Risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.2339-2348, nov. 2006.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J.M.; NETTER, Thomas W. **AIDS and World II**. Cambridge, Harward Universit Press, 1996. p.441-476.

MEYER, D. E. E. et al.. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 335-1342, jun. 2006.

MINGOTI, Sueli Aparecida. **Análise de dados através de métodos de Estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2005.

MOTT, L. **HSH Um conceito equivocado e homofóbico que perpetua a conspiração do silêncio contra o "amor que não ousava dizer o nome"**. s/d. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/luizmott/mott3.html>>. Acesso em: 01 mai. 2007.

_____. **A cena gay de Salvador em tempos de AIDS**. Salvador, Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

_____.Evolução da ideologia e posicionamento dos homossexuais face à transmissão do Hiv/Aids no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França: Seminário Anual 2001: Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens. Brasília, 2002. p.26-36.

NEVES, M. do C. P. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, C de P.; ZOBOLI, E. (Org). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p.29-45.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.90-99, fev. 1997.

ONUSIDA. Programa Mundial das Nações Unidas Sobre Hiv e AIDS (SIDA). Estimaciones y datos sobre el VIH y el SIDA, 2005 y 2003: ANEXO 2. In: ONUSIDA. **Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2006. Edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA**, 2006. Disponível em: < <http://www.paho.org/sida> >. Acesso em: 19 jun. 2006.

OSTROW, D. et al. Prospective Study of Attitudinal and Relationship Predictors of Sexual Risk in the Multicenter AIDS Cohort Study. **AIDS and Behavior**, v. 12, n.1, jan. 2008.

PANAGIOTAKOS, D. B.; PITSAVOS, C. Interpretation of Epidemiological Data Using Multiple Correspondence Analysis and Log-linear Models. **Journal of Data Science**, v. 2. p.75-86, 2004.

PARKER, R. G ; TERTO JR., V.; MIRANDA, W. Apresentação. In: In: PARKER, R. G.; TERTO JR., V. (Org). **Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, 1998. p.5-9.

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

PARKER, R. G. Reflexões sobre a Sexualidade na Sociedade Latino-Americana: Implicações para Intervenções em Face do HIV/AIDS. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.99-108, 1997.

_____. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1994.

PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Informe sobre Desarrollo Humano 2005: La cooperación internacional ante una encrucijada ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual**, Madrid: Ediciones Mundi-Prensa, 2005.

PEREIRA, Júlio César Rodrigues. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: Edusp, 2001.

PERES, William Siqueira. Travestis: subjetividades em construção permanente. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. (Org). **Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABIA. 2004. p.115.

PIMENTA, M. C. et al. As pesquisas sociais sobre sexualidade e AIDS no Brasil: entre a demografia e a cultura sexual (1980-2000). In: **As pesquisas sociais sobre sexualidade e AIDS no Brasil: entre a demografia e a cultura sexual (1980-2000)**. Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro, 2002. p.47-56.

POPPEN, P. J. et al. Predictors of Unprotected Anal Intercourse Among HIV-Positive Latino Gay and Bisexual Men. **AIDS and Behavior**, v. 8, n. 4, p.379-389, dec. 2004.

PRESTA – Programme de Recherche et D'Enseignement en Statistique Appliquée. Seminário de métodos estatísticos multivariados aplicados às ciências humanas. Campinas, UNICAMP, Instituto de Economia, 1998.

RIOS, L. F. Desafios para o futuro e novas estratégias de intervenção. In: In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França. **Novos Desafios da Prevenção da Epidemia Pelo Hiv/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens**. Brasília, 2002. p.73-78.

ROSES, C. F.; LEIS, R. P. Um Estudo das Condições Sócio-Econômicas de Municípios Gaúchos Através da Análise de Cluster. Administração On Line, Prática - Pesquisa – Ensino. v. 3, n.3, julho,agosto,setembro, 2002, UNISINOS. Disponível em: <file:///C:/Mestrado/Mestrado%202007/analise%20correspondencia/Cluster%20Exemplo/Funda%C3%A7%C3%A3o%20Escola%20de%20Com%C3%A9rcio%20%C3%81lvares%20Pentead%20FECAP%20-%20REVISTA%20ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20ON%20LINE%20-%20V_3%C2%A0%20No_%203%20-%202002.htm>. Acesso em: 10 fev. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6a. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUSCH, M. et al. Unprotected Anal Intercourse Associated With Recreational Drug Use Among Young Men Who Have Sex With Men Depends on Partner Type and Intercourse Role. **American Sexuality Transmitted Diseases Association**, v. 31. n. 8, p.492-498. aug. 2004

SAMPAIO, M. et al. Reducing AIDS Risk Among Men Who Have Sex with Men in Salvador, Brazil. **AIDS and Behavior**, v. 6, n. 2, p.173-181, jun. 2002.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde do Salvador – SMS. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS: 1º à 52º semana epidemiológica**, jan/dez. 2004.

SANTOS, Ailton da Silva. **Percepção do risco de contrair HIV/AIDS e Práticas educativas entre travestis profissionais do sexo**. Salvador/BA, 2007, 142f. Dissertação(Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SCHILTZ, Mari-Ange; POLLAK, Michael. As pesquisas sobre bi-homossexuais masculinos na Europa. In: Loyola, M. A. **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. p.183-207.

SILVA, C. et al. Hearste. Optimistic perception of HIV/AIDS, unprotected sex and implications for prevention among men who have sex with men, São Paulo, Brasil. **AIDS**, v.19, suplento, p.31-36, oct. 2005.

SZWARCWALD, C. L. et al.. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Brasília, Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – PN DST e Aids. Ano 17, n. 1, jan/jun. 2005.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.37, n.3, p.210-214, mai/jun. 2004.

TAQUETTE et al. Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.399-407, abr./jun. 2005.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids. **Situación de la epidemia de sida : informe especial sobre la prevención del VIH**. dez. 2007. Disponível em: < <http://www.unaids.org> >. Acesso em: 06 feb. 2008.

VALENTIN, Jean Luois. **Ecologia Numérica: Uma introdução à análise multivariada de dados ecológicos**. Rio de Janeiro: Interciência, 2000.

VIEIRA de SOUZA et al. Perception of Vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/bisexual men in Rio de Janeiro, Brazil. **AIDS Care**, v. 11, n. 5, p.567-579, oct. 1999.

VIEIRA de SOUZA et al. The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. In: VIEIRA de SOUZA. **Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “projeto Rio”**. 2001, Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

YOUNG, R.; MEYER, H. The Trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the Sexual-Minority Person im Public Health discourse. **American Journal of Public Health**. v.95, n.7, p.1144- 1149, jul. 2005.

ZANCANARO, L. Bioética, Direitos Humanos e Vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, C de P.; ZOBOLI, E. (Org). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p.29-45.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A. Vulnerabilidade, bioética e Ação em enfermagem em Saúde Coletiva. In: BARCHIFONTAINE, C de P.; ZOBOLI, E. (Org). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 139-157.

WEBSTER R. et al. HIV Infection and Associated Risks Among Young Men Who Have Sex With Men in a Florida Resort Community. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Philadelphia, v.33, n.2, p.223–231, jun. 2003.