

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PERFIL DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HIV/DST
EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) A
PARTIR DO USO DA TÉCNICA DE AMOSTRAGEM TIME
SPACE SAMPLING (TSS) – PORTO ALEGRE, 2006**

LETICIA NOLDE MELO

Orientador: Prof. Dr. JAIR FERREIRA

Porto Alegre, DEZEMBRO de 2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PERFIL DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HIV/DST
EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) A
PARTIR DO USO DA TÉCNICA DE AMOSTRAGEM TIME
SPACE SAMPLING (TSS) – PORTO ALEGRE, 2006**

LETICIA NOLDE MELO

Orientador: Prof.Dr. Jair Ferreira

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2006

M528p Melo, Leticia Nolde

Perfil de comportamento de risco para HIV/DST em homens que fazem sexo com homens (HSH) a partir do uso da técnica de amostragem Time Space Sampling (TSS), Porto Alegre, 2006 / Leticia Nolde Melo ; orient. Jair Ferreira. – 2010.

154 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Doenças sexualmente transmissíveis 2. HIV 3. Assunção de riscos 4. Epidemiologia 5. Porto Alegre I. Ferreira, Jair II. Título.

NLM: WC 503

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Mary Clarisse Bozzetti, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Erno Harzheim, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof^ª. Dr^ª. Nêmora Tregnano Barcelos

Prof. Dr. Sérgio Luis Bassanesi, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

DEDICO ESSA DISSERTAÇÃO AOS MEUS AMIGOS HSH DE MUITOS ANOS, POIS ELES REALMENTE SABEM, VIVEM E ENTENDEM O REAL SIGNIFICADO DO TRECHO DA MÚSICA “DOM DE ILUDIR” DE CAETANO VELOSO ONDE DIZ: “... CADA UM SABE A DOR E A DELÍCIA DE SER O QUE É”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me incentivaram e acreditaram na realização dessa dissertação, muitas vezes até mais do que eu, compreendendo e aceitando os longos períodos de ausência do seu convívio, para que a realização desta se tornasse possível. Em especial:

Ao meu orientador prof. Dr. Jair Ferreira, pela incansável paciência e disponibilidade em todos os momentos, além do seu exemplo de profissionalismo e ética na área da saúde;

Aos meus pais Amilton e Carmen, pelo seu apoio, exemplo de vida, educação, dedicação e crença de que eu chegaria até aqui;

Ao meu irmão Daniel, mais do que nunca um grande parceiro, sempre ao meu lado com seu incentivo, até mesmo nos momentos em que pensei em parar no meio do caminho e ele permaneceu lá, dizendo: “quem chegou até aqui vai até o final “alemoa”...não vai parar agora”;

Aos meus “mais que amigos”, os verdadeiros irmãos de coração: Sonia Machado, Rodrigo Rosa, Angela Santos, Fernando Penha e Leonardo Reich, pois foram aqueles que Deus colocou no meu caminho e escolhi para estarem no meu convívio durante todos os momentos de minha vida;

A todo o pessoal que é ou foi do Ceargs, em especial a Ana Célia Siqueira, Cintia Germany, Fernanda Carvalho, Izabel Valdez, Carla Ribas, Mauro Ramos e Elenara Franzen, pelo apoio e incentivo na minha carreira profissional durante todo o período que estive com eles e mesmo depois;

Ao CAPES/CNPq, pela bolsa de incentivo a pesquisa, que possibilita tantos estudantes a realizarem seus estudos de pós-graduação;

Ao Programa Nacional de DST/Aids e CDC-Brasil, nas pessoas de Aristides Barbosa Junior, Ana Roberta P. Pascom e Célia L. Szwarcwald, pelo financiamento do projeto de pesquisa, além de todo o apoio e ensino da metodologia utilizada;

Ao Center for Aids Prevention Studies (CAPS) da University of California - San Francisco, representados por Willi McFarland, Henry R. Fisher, Sanny Chen, George Rutherford, Jeff Mandel e Ritu Sehgal, pelo convívio, pelo aprendizado proporcionado, pelo carinho recebido nos momentos longe de casa, pelas oportunidades que surgiram durante esse período, inclusive de acompanhar as pesquisas desenvolvidas com a metodologia que eles também me ensinaram a utilizar nesse projeto, e pelo excelente trabalho desenvolvido tanto nos Estados Unidos como no Brasil na área de HIV/Aids;

A minha querida equipe de pesquisa, pois sem eles esse trabalho não existiria: Aline O. Moura, Tais R. F. Franken, Jonatha R. Nunes, Christian Svoboda e Gabriela S. Kralik, pelas incontáveis saídas de campo a noite, a disposição permanente para a pesquisa e a dedicação incondicional nessa tarefa nem sempre fácil, mas de um aprendizado inigualável para seus futuros profissionais e pessoais.

Além destes, e também fazendo parte da equipe de pesquisa, a Melissa A. Sander e a Fernanda S. Oliveira, por, além de fazerem todas as tarefas que lhes cabiam na pesquisa, ainda dedicarem seu tempo a me acompanhar e participar das oficinas para treinamento da metodologia, nas quais passávamos mais de 12 horas diárias trabalhando, para aproveitar ao máximo a oportunidade de aprendizagem.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO	
2. INTRODUÇÃO	17
3. REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 A História da Aids e o Contexto Atual	19
3.2 O Movimento Homossexual e a Aids	22
3.3 A População HSH, sua Diversidade e suas Especificidades	24
3.4 Formas de Transmissão e Prevenção do HIV/Aids	28
3.5 A Vulnerabilidade Social	34
3.6 Estudos Comportamentais com HSH	38
4. OBJETIVOS	50
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
6. ARTIGO	60
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
8. ANEXOS	
a. Projeto de Pesquisa	88
b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	132
c. Questionários/Formulários	133
d. Detalhes metodológicos adicionais	146
e. Outros documentos relevantes	154

ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARV	Anti-retroviral
AZT	Azidotimidina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Center for Aids Prevention Studies
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEARGS	Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DPH	Department of Public Health
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSB	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
MSM	Men who have Sex with Men
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
TMI	Transmissão Materno-Infantil

TSS/TLS	Time Space Sampling/Time Location Sampling
UCSF	University of California San Francisco
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNAIDS	United Nations Program on Aids

RESUMO

A epidemia de HIV/AIDS demonstra evidente tendência de acometimento proporcional crescente de mulheres e homens heterossexuais. Entretanto, a transmissão entre indivíduos de populações de difícil acesso, como é o caso dos Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), permanece alta, representando aproximadamente 25% dos casos notificados de Aids no ano de 2005 no Brasil.

Pela dificuldade de atingir essa população específica, usualmente os pesquisadores optam por utilizar pesquisas não aleatórias ou de conveniência. Sendo assim, realizamos um estudo transversal, optando pela utilização da metodologia *Time Space Sampling*, inovadora no Brasil, por tratar-se de uma amostragem aleatória, baseada em locais de frequência ou concentração da população de interesse que é posteriormente tratada como conglomerado.

Buscamos nesse estudo, traçar um perfil de comportamento de risco para contaminação entre os HSH, além de estimar a prevalência de HIV através de auto-relato, descrever a população por componentes sócio-demográficos e comportamentais e verificar a aceitabilidade da testagem rápida para o HIV.

O desfecho analisado foi o resultado sorológico para o HIV dado por cada entrevistado, considerando-se como resposta os resultados: HIV positivo, negativo e desconhecido (nunca fez teste ou não sabe o resultado).

A amostra final do estudo foi de 718 homens com idade igual ou superior a 16 anos, freqüentadores de “locais HSH” em Porto Alegre (danceterias, saunas, vídeo-locadoras, bares, etc.), que referiram ter tido relação sexual com outro homem

ou identificaram a si mesmos como homossexuais, bissexuais ou travestis. Após a ponderação amostral a amostra padronizada ficou constituída como se fosse de 650 HSH e todas as análises foram realizadas com esse tamanho de amostra padronizada. Os entrevistados responderam sobre conhecimentos acerca do HIV/Aids e práticas sexuais, referindo ainda sobre seus últimos cinco parceiros mais freqüentes nos últimos seis meses.

A testagem para HIV já havia sido realizada por 77,5% (n=504) dos entrevistados, sendo que destes que realizaram a testagem a prevalência dos que não sabiam o resultado da sorologia por não terem ido buscá-lo ou pelo resultado ainda não estar disponível foi de 2,4% (n=12). A prevalência de HIV-positivo entre os HSH que conheciam a própria sorologia (n=492) foi de 4,1%.

Ao considerar o total de HSH (N=650), a sorologia desconhecida (considerando o somatório daqueles que nunca realizaram a testagem ou realizaram a testagem, porém desconheciam o resultado) foi de 24,3% (n=158).

As características sócio-demográficas e o perfil de comportamento de risco encontrado (considerando as prevalências dos HIV-positivos apenas entre os HSH que conheciam a própria sorologia), foram o de HSH com faixa-etária acima dos 40 anos (8,23%); casados (37,5%); com nível de escolaridade até o ensino médio (5,05%); que se auto-referem na orientação sexual como heterossexuais (18,18%), seguidos pelos que se consideram como travestis (11,11%); tiveram história de DST no passado (10,45%); realizaram maior número de testagem para o HIV (7,69%); e tiveram sexo anal desprotegido com parceiro casual (8,51%) e com parceiro fixo (5,78%). A aceitabilidade da testagem rápida para HIV foi de 87% entre os HSH.

As características de raça negra (9,38%) e classe econômica baixa (classes D/E) (20%) comumente apresentados entre os fatores de risco para HIV, apesar de obterem uma maior prevalência, não apresentaram significância estatística ($p=0,7456$ e $p=0,1121$ respectivamente), considerando-se assim que esses não são fatores relevantes e associados a transmissão do HIV.

Após a realização da análise multivariável por regressão logística o Sexo Anal Desprotegido (SAD), tanto com parceiros fixos como casuais, foram as únicas variáveis que se mantiveram como fator de risco independentes para HIV-positivo. O SAD com parceiro fixo obteve um $OR=9,87$ - $IC95\%$ (3,98 – 24,47); o SAD com parceiro casual obteve um $OR=6,10$ – $IC95\%$ (2,98 – 12,47).

Os resultados sugerem que a recomendação do governo brasileiro para o uso de preservativo constante em todas as relações sexuais, como estratégia para prevenção da transmissão do HIV, pode ser considerada a mais acertada até o momento.

O conhecimento sobre a própria sorologia (e fica a sugestão de que esta possa ser realizada através da testagem rápida para HIV, pela rapidez e facilidade da obtenção dos resultados) e a discussão dessa condição sorológica com os parceiros, podem ser estratégias alternativas para auxiliar no controle da epidemia. Além disso, seguem como recomendações para os programas de prevenção, a promoção de campanhas para o uso de preservativos entre os homens casados e o incentivo a testagem para o HIV mais especificamente entre os HSH.

ABSTRACT

The epidemiology of HIV/AIDS demonstrates an increase to the proportional involvement of heterosexual men and women. However, transmission between individuals of hard to reach populations, such as men who have sex with men (MSM) remains high, representing approximately 25% of AIDS cases reported in 2005 in Brazil.

Because of the difficulty found in the access to this specific population, researchers usually choose to use not random or convenience methodology. Therefore, we carried out a cross-sectional study using the Space Time Sampling methodology, very innovative in Brazil, because it is a random sampling based on local frequency or concentration of the population of interest, which is then treated as a conglomerate.

In this study, we wanted to delineate a profile of risk behavior for infection among MSM, estimate the prevalence of HIV through self-report, describe the socio-demographic population and behavioral components, and verify the acceptability of rapid testing for HIV.

We analyzed serological results for HIV given by each respondent, considering as response the results HIV positive, negative and unknown (individuals who have never been tested or who do not know the result).

The final study sample was composed of 718 men, over 16 years old, attending "MSM places" in Porto Alegre (dance clubs, saunas, video rental stores, bars, etc), who reported having had sexual intercourse with another man or who

identified themselves as homosexual, bisexual or transvestite. After weighting the sample, the final standardized sample was made up with 650 MSM and all the analysis were conducted with this standardized sample size. The respondents were questioned about their knowledge on HIV/AIDS and sexual practices; they also should mention their last five more frequent partners in the last six months.

The HIV testing had been performed by 77.5% (n = 504) of the respondents. From them, 2.4% (n = 12) did not know the serology result because they have not get it or because the result was not available yet. The prevalence of HIV-positive among MSM who knew their own serology (n = 492) was of 4.1%.

When considering the total number of MSM (n = 650), unknown serology (considering the sum of those who had never take the test or had take the test but did not know the result) was of 24.3% (n = 158).

The socio-demographic characteristics and profile of risk behavior found (only considering the prevalence of HIV-positive among MSM who knew their own serology) were: MSM with the mean age above 40 years (8.23%); married (37.5%); high school level of schooling (5.05%); self-reported heterosexual (18.18%), followed by those who consider themselves transvestites (11.11%); had history of sexual transmitted infection (STI) in the past (10.45%); underwent HIV testing more times (7.69%); and had unprotected anal intercourse (UAI) with casual partners (8.51%) and with steady partner (5.78%). The acceptability of rapid HIV testing was of 87% among the MSM.

Characteristics such as being black (9.38%) and coming from a low socioeconomic class (class D/E) (20%) were commonly related as risk factors for HIV. Although obtaining a higher prevalence, they were not statistically significant ($p = 0.7456$ and $p = 0.1121$, respectively), and so were not considered to be relevant factors associated with HIV transmission.

After the completion of the multivariable logistic regression analysis, the UAI with casual or steady partners was the variable that remained an independent risk factor for HIV-positive. The UAI with a steady partner obtained an OR = 9.87 - IC95% (3.98-24.47); the UAI with a casual partner obtained OR = 6.10 - IC95% (2.98-12.47).

The results suggest that the recommendation of the Brazilian government for the use of condoms in all sexual relations as a strategy for HIV prevention can be considered the most adequate so far.

The knowledge about their own serology (and here comes the suggestion that this may be accomplished by the rapid HIV testing, because of the speed and ease in obtaining results) and the discussion of HIV status with partners may be alternative strategies for helping in the control of this epidemic. In addition, the results can be used as recommendations for prevention programs, promotion of campaigns for condom use among married men and for the encouragement for testing HIV, specifically among MSM.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Perfil de Comportamento de Risco Para HIV/DST em Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) a partir do Uso da Técnica de Amostragem Time Space Sampling (TSS) – Porto Alegre, 2006”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 19 de dezembro de 2006. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Conforme o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS de junho de 2005, foi verificada uma variação da taxa de incidência de Aids do período de 1994 a 2004 de 12,6 para 29,2/100000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul (Ministério da Saúde do Brasil, 2005). Analisando os dados por tipo de exposição em adultos no ano de 2005, evidencia-se que nos casos de AIDS notificados, 25,0% representam os homens que fazem sexo com homens (HSH)-na soma entre homossexuais e bissexuais, 44,9% representam os heterossexuais e 10% os usuários de drogas injetáveis (UDI). Apesar da epidemia de HIV/AIDS demonstrar evidente tendência de acometimento proporcional crescente de mulheres e homens heterossexuais, se analisados os coeficientes de incidência (que levam em consideração o tamanho das populações sob risco), constata-se que continua aumentando a transmissão entre indivíduos de populações de difícil acesso, que em geral são as mais vulneráveis, como por exemplo, a população de HSH.

Populações de difícil acesso são aquelas definidas como sendo ilegais ou clandestinas, que apresentam alto nível de estigma e discriminação, negligenciados pela população em geral e governo, ou ainda, aquelas em que são difíceis de diferenciar os membros que pertencem ao grupo dos que a ele não pertencem (CDC, 2001; Muhib, 2001; Programa Nacional de DST/AIDS, 2004; Yee, 2004).

Um estudo populacional realizado em 2004 estimou que a população de HSH representaria 3,5% do total na população masculina brasileira. A partir desses dados é possível calcular o risco relativo dos HSH sofrerem a contaminação pelo HIV em

relação ao risco dos heterossexuais. Esse risco relativo é estimado em aproximadamente 16, isto é, os HSH possuem 16 vezes maior probabilidade de contaminação pelo HIV do que os homens heterossexuais (Szwarcwald, 2004).

Pesquisas com populações diversas demonstram que a transmissão do HIV está associada a inúmeros fatores. Dentre eles podem ser incluídos a presença de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), diversos comportamentos sexuais adotados incluindo a presença de parceiros eventuais e/ou múltiplos parceiros e o uso irregular de preservativo, além da situação econômica desfavorável, do desconhecimento da situação sorológica e do uso de drogas (CDC, 2001; Programa Nacional de DST/AIDS, 2004; Semaan, 2000; Szwarcwald, 2004).

É imprescindível, portanto, a realização de estudos que descrevam os comportamentos de risco para o HIV na população específica de HSH e estimem as tendências da epidemia, com o objetivo de desenvolver intervenções focadas e, especialmente, oferecer subsídios que possibilitem a avaliação das intervenções existentes em prevenção do HIV.

Tecnologias de amostragem, inovadoras no Brasil, como a amostragem Time Space Sampling (TSS) (CDC, 2001; Muhib, 2001; Programa Nacional de DST/AIDS, 2004; Yee, 2004), associadas à vigilância epidemiológica de segunda geração (que considera também o comportamento sexual das sub-populações), podem trazer informações de boa qualidade e de forma rápida, possibilitando o uso imediato dos resultados. Essas tecnologias têm a vantagem de permitir a aferição de tendências de forma mais dinâmica, evitando o retardo decorrente do longo período de latência da infecção e do atraso nas notificações.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A História da Aids e o Contexto Atual

No final da década de 70 e início de 80, surgia no mundo uma nova síndrome conhecida como Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Os primeiros casos ocorreram entre homens homossexuais que moravam no Haiti, EUA e África Central. Rapidamente a nova síndrome foi se espalhando e com ela criou-se o termo “grupo de risco”, que era composto de 4Hs (Homossexuais masculinos, Hemofílicos, Heroinômanos-usuários de drogas injetáveis e Haitianos). Dentre os 4Hs, os mais atingidos e identificados foram os homossexuais e os expostos a sangue e hemoderivados, o que fez com que a população em geral não se sentisse sob risco, tardando a adoção de medidas preventivas, inclusive por parte dos organismos governamentais (Contrera, 2000; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₁₎; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Observando-se as variações na proporção dos casos de Aids, vemos que para as pessoas expostas a sangue e hemoderivados, essa variação foi de 4,9% entre as décadas de 1980-90 para 0,9% em 2004, como reflexo do controle e testagem da qualidade do sangue utilizado nos bancos de sangue. Entre os usuários de drogas injetáveis observou-se uma redução, de 20,4% entre 1980-90 para 17,4% em 2004, porém ainda mantendo-se em patamares elevados (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

No Brasil, a Aids foi identificada através de um indivíduo que havia falecido

em 1981 e manifestado a doença em 1980. Esse fato marcou a primeira resposta do governo brasileiro ao início da epidemia, sendo que em 1985 foi criado o Programa Nacional de DST e Aids pelo Ministério da Saúde. Cabe salientar, que dentro do contexto mundial e considerando as diversas dificuldades enfrentadas pelo país, a resposta nacional a epidemia pôde ser considerada como precoce, sendo que em meados de 1983 já houve as primeiras respostas pelos governos de São Paulo e Rio Grande do Sul que iniciaram seus programas de DST e Aids antes mesmo da resposta nacional (Ministério da Saúde do Brasil, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₁₎; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Na região Sul, mesmo a epidemia não estando numa fase inicial, o número de contaminações ainda continua crescente. Conforme o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS de junho de 2005 foi verificada uma variação da taxa de incidência de Aids do período de 1994 a 2004 de 12,6 para 29,2/100000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Analisando os dados por tipo de exposição em adultos no ano de 2005, evidencia-se que nos casos de AIDS notificados, 25% representam os homens que fazem sexo com homens (entre homossexuais e bissexuais), 45% representam os heterossexuais e 10% os usuários de drogas injetáveis (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

À medida que a infecção pelo HIV/Aids dissemina-se pelo mundo, percebe-se que a epidemia não seguiu a mesma trajetória nas diferentes populações. Assim, as mulheres e conseqüentemente as crianças (através da transmissão materno-infantil), são as que apresentam maior aumento no número de casos. Além disso, observa-se

uma maior pauperização da população que vem sendo mais comumente contaminada (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₁₎; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎). Apesar disso, se analisarmos os coeficientes de incidência, constatamos que continua aumentando a transmissão entre indivíduos de populações de difícil acesso.

Populações de difícil acesso são aquelas definidas como sendo ilegais ou clandestinas, que apresentam alto nível de estigma e discriminação, negligenciadas pela população em geral e governo, ou ainda, aquelas em que é difícil diferenciar os membros pertencentes ao grupo da população em geral (CDC, 2001; Muhib, 2001; Programa Nacional de DST/AIDS, 2004; Yee, 2004). Como exemplo, podemos citar os profissionais do sexo, os Usuários de Drogas Injetáveis e a população de HSH (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

A partir da estimativa de HSH em 2004, que representaria 3,5% do total na população masculina brasileira, pode-se fazer uma estimativa do risco relativo entre HSH e heterossexuais. Esta estimativa de risco relativo é calculada em aproximadamente 16, o que significa dizer que os HSH possuem 16 vezes maior probabilidade de contaminação pelo vírus HIV do que os homens em geral (Szwarcwald, 2004). De acordo com diversas pesquisa, essa probabilidade pode variar entre 8 e 11 (Ministério da Saúde do Brasil, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Através de pesquisas com populações diversas, é sabido que a transmissão do HIV é também facilitada por outras DSTs, bem como por ter um comportamento sexual que inclua parceiros eventuais e/ou múltiplos parceiros, uso irregular de preservativo, situação econômica desfavorável, desconhecimento da situação

sorológica e uso de drogas. Esses todos são considerados fatores associados a infecção por DST/HIV (CDC, 2001; Programa Nacional de DST/AIDS; Szwarcwald, 2004).

3.2. O Movimento Homossexual e a Aids

Como foi dito anteriormente, o maior impacto da epidemia da Aids foi sobre a comunidade homossexual. No início da década de 80, os termos mais usados para se referir a epidemia eram “a peste gay” ou “o câncer gay”. Dessa forma, todo um contexto de preconceito social foi potencializado, principalmente em função dos casos que tinham maior notoriedade pública estarem relacionados aos homossexuais, o que resultava na associação direta de toda e qualquer morte por Aids com o tipo de orientação sexual (Contrera, 2000; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; Rios, 2004; Teixeira, 2002).

Um fato histórico, ocorrido uma década antes do início da epidemia de Aids, marcou o início do movimento homossexual organizado no mundo. Em junho de 1969 em Nova Iorque, após mais uma batida policial realizada no bar Stonewall Inn, os frequentadores do local decidiram dar um basta a violência a qual eram submetidos, pelo simples fato de frequentarem um local reservado ao público gay. Manifestações públicas foram realizadas em frente ao bar e arredores durante três dias. Essa reação marcou o final de uma série de humilhações e discriminações e ficou instituído esse dia (28 de junho), como o “Dia do Orgulho Gay” ou “Gay Pride” (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; Teixeira, 2002).

A criação de diversas organizações em defesa dos direitos dos homossexuais teve início no Brasil em 1978, sendo o grupo Somos de São Paulo considerado o

primeiro grupo homossexual do Brasil. Logo em seguida (1980) foi criado em Salvador o Grupo Gay da Bahia, cuja primeira ação reconhecida foi a luta pela retirada da homossexualidade do grupo de “doenças curáveis”, fato ocorrido no Brasil em 1985 e nos Estados Unidos em 1973. Em 1993 a homossexualidade saiu da Classificação Internacional de Doenças (CID) e em 1999 o Conselho Federal de Psicologia do Brasil proibiu os psicólogos de utilizarem o conceito e tentativa de “cura” dos homossexuais nos atendimentos clínicos (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Ainda no final da década de 70 e início de 80 foram criados espaços específicos de encontro e socialização - bares e boates - quase exclusivamente para o público gay. Entretanto, quando a Aids torna-se pública e vinculada a esse público, a tranqüilidade estabelecida nesses espaços e entre seus freqüentadores é subitamente perdida. A comunidade homossexual, recentemente criada, ou abandona o “gueto” (termo utilizado pelos homossexuais para definir os seus espaços de socialização) ou se une para combater a nova ameaça e desafios trazidos pela epidemia (Golin, 2002; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; Rios, 2004).

Assim, as ONGs (Organizações Não-Governamentais) recentemente formadas voltam-se especificamente para a defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids e fortalecem a luta contra o preconceito e discriminação. Ainda nessa fase, como se contavam com medicamentos para tratamento da Aids, a ampla divulgação de materiais informativos sobre prevenção foi uma das formas mais efetivas contra a contaminação pelo HIV, obrigando a sociedade brasileira a expor abertamente questões sobre sexualidade e diferentes orientações e práticas sexuais

existentes (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎). A exemplo do que já ocorria nas grandes capitais do mundo, em 1998 em São Paulo, é realizada a primeira Parada do Orgulho GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros). As Paradas passam a ocorrer em diversas cidades brasileiras e tornam-se referência para a visibilidade do movimento homossexual perante a sociedade brasileira, tornando pública a discussão sobre os direitos, dignidade e cidadania dos homossexuais. Nessa mesma década registram-se os primeiros grandes avanços sociais e políticos, advindos da luta dos homossexuais, principalmente em relação à aprovação de leis municipais e estaduais contra a discriminação com base na orientação sexual.

Cabe destacar algumas dessas conquistas, (especialmente uma delas em função de ter sido movida por uma ONG de Porto Alegre (NUANCES) e Ministério Público no Rio Grande do Sul), cuja decisão judicial obrigava o INSS a concessão do direito à pensão aos parceiros homossexuais (Teixeira, 2002). Seguida a essa conquista, temos um julgamento e condenação por assassinato de um homossexual, onde o argumento principal da acusação foi a intolerância homofóbica; o direito a guarda de uma criança, concedida a um casal homossexual (cuja paternidade biológica era de um deles); e o estabelecimento de punições aos locais comerciais que discriminassem em decorrência da orientação sexual (atualmente existem 76 municípios, 2 estados e o Distrito Federal, que possuem leis específicas nesse sentido) (Teixeira, 2002).

3.3 A População HSH, sua Diversidade e suas Especificidades

A dificuldade de responder à epidemia do HIV/Aids, particularmente entre

homossexuais, pode estar vinculada a uma relativa falta de compreensão da complexidade das interações entre as pessoas do mesmo sexo. A sexualidade humana não possui apenas um componente genético, hormonal e genital, mas tem também um componente social, psicológico e erótico, que varia dentro de uma mesma sociedade (Ministério da Saúde do Brasil, 1996). Dessa forma, a preferência erótica ou orientação sexual pode ser classificada em heterossexual, bissexual e homossexual.

Assim como a heterossexualidade compreende uma grande diversidade, representada por diversas formas de comportamento, estilos de vida e estereótipos, o mesmo acontece com a homossexualidade e a genitália feminina ou masculina não determina, por si só, a preferência sexual do indivíduo. A homossexualidade corresponde a uma atração por uma pessoa do mesmo sexo e depende, basicamente, da orientação sexual de cada um, que é a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente pela outra, não podendo ser modificada por um simples ato da vontade do indivíduo e deixando de ser vista como um distúrbio psíquico ou genético (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

Em relação aos indivíduos do sexo masculino, “Ser homossexual ou gay não é, portanto, somente sinônimo de uma maior feminização, assim como ser heterossexual não pressupõe apenas a existência de figuras masculinizadas ao extremo”. Há, portanto, diversas formas de viver a homossexualidade, já que “sentir desejo por pessoas do mesmo sexo não significa dizer que todos pensam e agem de forma idêntica” (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

A identidade sexual é formada a partir dos estereótipos criados coletivamente,

mas nem sempre estão de acordo com o sexo biológico ou com a genitália da pessoa. A identidade é o sentimento de masculinidade ou feminilidade que acompanha a pessoa ao longo da vida. Temos, por exemplo, homens que se travestem por se perceberem interiormente como mulheres ou ainda os que se mostram fisicamente super masculinizados para demonstrar que realizam as práticas de penetração ativa na relação sexual. Sendo assim, as pessoas que não se sentem identificadas com qualquer um desses estereótipos, podem não se considerar como homossexuais (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎). Tudo irá depender das especificidades do local e das características culturais das comunidades (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004).

Uma das principais conseqüências desse fato associa-se à maior vulnerabilidade dos homens e rapazes com aparência masculina, que não se assumem como gays, mas que mantêm relações sexuais com outros homens, como é o exemplo dos garotos de programa ou michês. Em função disso, ficam muito mais vulneráveis a infecção do HIV/Aids por não se sentirem sujeitos a infecção. Aqui, a divisão entre ativos e passivos, exerce sua força também na hora da negociação do uso do preservativo. É comum que os homens que se consideram ativos (e assim supostamente imunes ao HIV), se neguem a usar o preservativo com seus parceiros e parceiras (tanto os fixos como os ocasionais) (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Para dar conta dessa complexa diversidade é que foi criada a expressão HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), que é utilizada principalmente entre profissionais da área da saúde e na epidemiologia, para referirem-se a homens que

mantêm relações sexuais com outros homens, independente destes se auto-identificarem como homossexuais (Teixeira, 2002).

Relacionamos a seguir as formas mais comuns de identificarmos os HSH, segundo o padrão de conduta e/ou identidade sexual (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; Teixeira, 2002).

Homossexuais: são considerados todos os indivíduos que têm orientação sexual e afetiva por pessoas do mesmo sexo.

Gays: são aqueles indivíduos que, além de se relacionarem afetiva e sexualmente com pessoas do mesmo sexo, têm um estilo de vida de acordo com essa sua preferência, vivendo abertamente sua sexualidade.

Bissexuais: são indivíduos que se relacionam sexual e/ou afetivamente com ambos os sexos.

Transgêneros: são os indivíduos que expressam seu gênero de maneira distinta do seu sexo anatômico. Nesse caso, são homens no sentido fisiológico, mas que se relacionam com o mundo como mulheres. Nessa categoria temos outras duas subcategorias, as travestis e as transexuais.

Travestis: a travesti é um homem (fisiologicamente), mas também se relaciona com o mundo como mulher. As diferenças principais são: tem corpo moldado com formas femininas; socialmente exerce o papel da mulher, mas, entretanto, usa seu órgão genital em suas relações sexuais, podendo inclusive exercer papel sexual ativo. Além disso, a travesti ousa derrubar alguns limites sociais, utilizando silicone, por exemplo, para a transformação de seu corpo. Cabe salientar

que geralmente não existe uma definição se travesti é um homem ou uma mulher, ela é simplesmente uma travesti, o que a faz única dentro do contexto social.

Transexuais: são as pessoas que não aceitam seu sexo anatômico e possuem um desejo constante e intenso de modificar seu sexo genital. O fator psicológico predomina, sendo a psique oposta a genitália que o indivíduo apresenta.

Transformistas: são os homens que se travestem (ou se “montam”) apenas para fazer shows ou performances artísticas, mas que no cotidiano se vestem e se portam como homens. Eventualmente, as transformistas podem se travestir com o intuito do exercício da prostituição.

Drag-queens ou drag-kings: são aqueles indivíduos que se travestem em uma condição exagerada e/ou humorística da imagem feminina, para representar a mulher de forma satirizada, seja na realização de shows, ou com o sentido de divertir as pessoas.

3.4 Formas de Transmissão e Prevenção do HIV/Aids

A inexistência de cura, ou de uma previsão da mesma, para a Aids nos remetem à prioridade do controle da contaminação pelo HIV, através das mais diversas formas possíveis de disseminação de informações educativas e da adoção de práticas sexuais seguras (Ministério da Saúde do Brasil, 1997).

Como sabemos, o HIV pode ser transmitido pelo contato com sangue e hemoderivados contaminados (em transfusões, por contato com materiais perfuro

cortantes contaminados - incluindo o compartilhamento de seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis), pela transmissão materno-infantil (de mãe para filho) durante a gravidez, na hora do parto ou na amamentação e pela relação sexual desprotegida (sem o uso de preservativo) com pessoa contaminada (Gapa Bahia, s/d; Golin, 2002; Ministério da Saúde do Brasil, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; Paiva, 2003; Pechansky, 2005).

A prevenção da transmissão da Aids por transfusão de sangue e de hemocomponentes é feita através do controle da qualidade do sangue e de seus derivados pelos bancos de sangue. Para a redução da transmissão sangüínea do HIV associada ao uso de drogas injetáveis, as medidas preventivas incluem estratégias de redução de danos. Essas medidas de saúde pública, voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas sem, necessariamente, reduzir esse consumo são as seguintes: orientação educativa, disponibilidade de testes sorológicos, facilitação de acesso e horário aos serviços de tratamento da dependência de drogas, fornecimento de equipamentos estéreis de injeção, capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, além de ações que se desenvolvem na comunidade de usuários de drogas, a partir de profissionais de saúde e/ou agentes comunitários, recrutados na própria comunidade (Wodack, 1998).

A prevenção na transmissão materno-infantil pode se dar em diversos momentos, e se torna cada vez mais eficaz de acordo com a associação das seguintes medidas: pelo tratamento da mãe durante a gestação, pelo uso de AZT injetável na hora do parto (na mãe) e o uso de AZT via oral para a criança e a não amamentação da criança com leite materno nem com o leite de ama-de-leite infectada.

As infecções por relações sexuais sem preservativo, consideradas pela OMS como a forma mais freqüente de transmissão do vírus (ao longo da epidemia no Brasil até os dias de hoje) é responsável por, aproximadamente, 70% dos casos de Aids registrados (Ministério da Saúde do Brasil, 1997a). Sendo assim, o uso do preservativo se constitui um dos principais indicadores da adoção de práticas sexuais seguras.

Na década de 90, Arruda e colaboradores realizaram uma pesquisa sobre “Saúde Reprodutiva e Sexualidade dos Jovens Brasileiros”, abrangendo homens e mulheres na faixa etária dos 15 aos 24 anos, residentes nas cidades de Rio de Janeiro, Recife e Curitiba. Nesse estudo, foi detectado um elevado índice de adolescentes e jovens com experiência sexual, no entanto, poucos foram aqueles que relataram uso de preservativos na primeira relação sexual: 5% dos homens e 2,6% das mulheres no Rio de Janeiro, 8,7% e 4,0% respectivamente em Recife e 9,4% e 4,0% em Curitiba (2). Já no ano de 2004, foi realizada uma pesquisa de base populacional sobre conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira sexualmente ativa entre 15 e 54 anos e o cenário do uso de preservativo na primeira relação sexual foi completamente diferente. De acordo com a mesma faixa-etária (15 a 24 anos) o uso de preservativo na primeira relação sexual no Brasil foi referido por 52,3% dos homens e 54,3% das mulheres. Se considerarmos o uso de preservativo na primeira relação sexual por região, teremos 45,1% na região Norte, 42% na Nordeste, 59% na Sudeste, 62,2% na Sul e 55,8% na região Centro-Oeste (PCAP - Ministério da Saúde, 2006).

Segundo dados da pesquisa epidemiológica e comportamental com

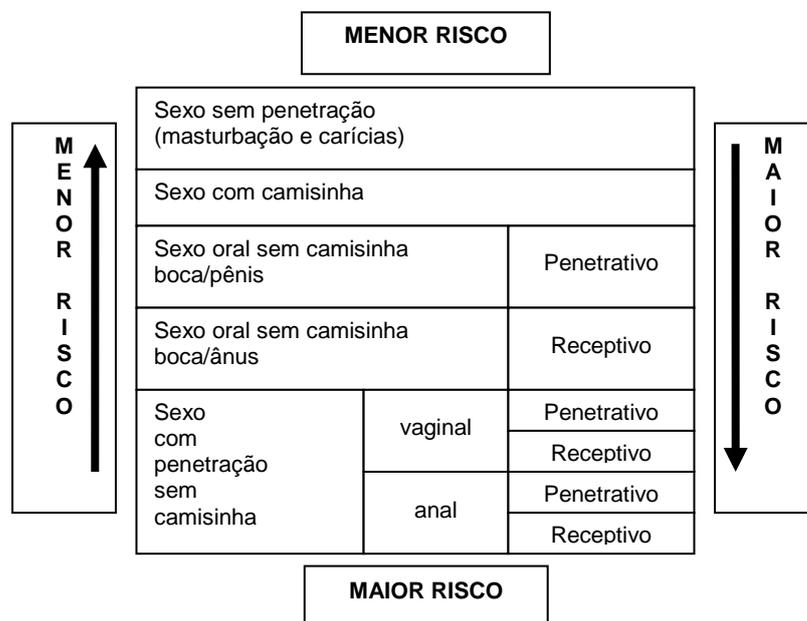
representatividade nacional, sobre sexualidade e fatores de risco ao HIV/Aids desenvolvida pelo CEBRAP em 1999, cerca de 48% da população estudada havia utilizado o preservativo na última relação sexual (Ministério da Saúde do Brasil, 2000). Já em 2004, esse percentual cai para 38,4% de uso do preservativo na última relação sexual entre a população estudada (PCAP - Ministério da Saúde, 2006).

Ainda comparando os dados da pesquisa do CEBRAP e PCAP respectivamente, dos indivíduos sexualmente ativos, aproximadamente 76% e 74,7% não utiliza o preservativo regularmente nas suas relações sexuais, sendo esse percentual de 73,9% e 71,1% entre os homens e igualmente 78,6% entre as mulheres em ambas as pesquisas (Ministério da Saúde do Brasil, 2002.⁽²⁾; PCAP - Ministério da Saúde, 2006).

Excetuando-se as medidas comportamentais tomadas no âmbito individual, na área da saúde pública, os preservativos masculinos e femininos ainda são a única barreira mecânica comprovadamente eficaz contra a transmissão do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Mesmo que não represente a garantia total de não-infecção, que só a completa abstinência sexual e a prática da fidelidade recíproca entre parceiros saudáveis (de mesma sorologia) poderia oferecer, o uso correto e sistemático do preservativo reduz efetivamente o risco de transmissão do HIV e das outras DST (Ministério da Saúde do Brasil, 1997a).

Dentre as práticas sexuais, algumas são consideradas de menor ou maior risco, de acordo com a chance de infecção. Para exemplificar a variação entre os riscos de infecção, segundo os diferentes tipos de práticas sexuais, podemos observar o diagrama abaixo: (Gapa Bahia, s/d; Golin, 2002; Ministério da Saúde do Brasil,

2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002(2); Paiva, 2003; Pechansky, 2005).



Algumas preocupações sobre a eficácia do preservativo foram levantadas por usuários inconstantes ou potenciais, ou por aqueles que desejam ver a promoção do uso do preservativo substituída por outra estratégia de saúde pública. As preocupações com a permeabilidade ou vazamento da “camisinha”, a possibilidade de rompimento durante a relação sexual e a possibilidade de a “camisinha” escorregar mostraram-se infundadas de acordo com os diversos estudos disponíveis, que concluem que esses problemas são atribuídos mais ao uso incorreto, do que ao preservativo em si (Ministério da Saúde do Brasil, 1997b). Usuários constantes de preservativos apontam como fatores de risco para a sua ruptura ou escape, a lubrificação vaginal insuficiente, a prática do sexo anal, a utilização inadequada por más condições de armazenamento, a não observação do prazo de validade, o uso de lubrificantes oleosos, a presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo, o coito excessivamente vigoroso, o

tamanho inadequado em relação ao pênis, o uso excessivo de lubrificantes adicionados no interior ou no exterior do preservativo, a perda de ereção durante o ato sexual, a contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis e a retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo (Ministério da Saúde do Brasil, 1997b).

Diversos estudos já realizados junto a indivíduos soropositivos e seus/suas parceiros/parceiras sexuais não portadores revelaram o uso do preservativo como um forte efeito protetor. Um estudo longitudinal realizado na Europa, que analisou a soro conversão junto a duzentos e cinquenta e seis casais heterossexuais discordantes, mostrou que, em dois anos, nenhum dos cento e vinte e quatro homens e mulheres HIV negativos que sempre usavam preservativos foi infectado, enquanto que doze dos cento e vinte e um parceiros que não usavam o preservativo ou que o usavam de vez em quando se tornaram soropositivos (Ministério da Saúde do Brasil, 1997a). O Comitê de Saúde Pública dos Estados Unidos revisou os dados científicos disponíveis sobre o uso do preservativo como estratégia de prevenção da infecção pelo HIV e concluiu que, considerando a população em geral, a taxa estimada de falha desse método de prevenção seria de quatro para cada cem mil usuários constantes, sendo considerada uma taxa extremamente aceitável do ponto de vista de saúde pública (Ministério da Saúde do Brasil, 1997a).

Portanto, a prioridade nas intervenções em prevenção das DST/HIV/Aids deve estar, dentre outras coisas, no reforço da necessidade de proteção e de negociação do uso da camisinha. Ainda é importante lembrar, “que não basta apenas dispor da camisinha, pois na prevenção, outros fatores têm influência direta, tais

como a pessoa estar bem, com auto-estima elevada, ter seus direitos de cidadania respeitados, estar bem consigo mesma, na família, no trabalho, no amor e na comunidade” (Godoy, 2005; Paiva, 2003).

3.5 A Vulnerabilidade Social

Uma estimativa apresentada no Relatório Kinsey, dá conta de que os homossexuais masculinos e femininos representam por volta de 10% da população total, o que significaria dizer que no Brasil existe cerca de 17 milhões de homossexuais (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎). No entanto, os homossexuais estão entre as minorias sociais mais vulneráveis na sociedade brasileira, atingindo um índice de 80% de rejeição entre os formadores de opinião. Dentro de todo esse contexto, podemos dizer que a discriminação e o preconceito contra os homossexuais constitui uma das áreas de maior índice de violação dos direitos humanos em nosso País (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004; Contrera, 2000; Jung, 2006; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; NUANCES, 2004).

Analisando alguns dados epidemiológicos sobre as pessoas infectadas pelo HIV/Aids, podemos identificar que a infecção pelo vírus, considerada em alguns estudos como estando em declínio (em HSH cai de 10,8% em 1999 para 4,7% em 2001 conforme Ministério da Saúde), continua em patamares elevados entre homossexuais e bissexuais. Como foi mencionado, a probabilidade dessa população estar infectada com o vírus do HIV pode variar de 8 até 16 vezes mais do que a de um heterossexual (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Certamente diversos fatores podem estar influenciando nessa situação, iniciando pela forma como a sociedade em geral ainda costuma ver a categoria de homossexuais, como marginal, delinqüente, pervertida, criminosa, pecadora e, mesmo quando vítimas, tratada como réu. Esse estigma age diretamente na auto-estima dos homossexuais, levando-os, a vivenciar um sentimento de inadequação social e/ou psicológica (Contrera, 2000; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Neste sentido, estudos entre adolescentes têm mostrado que os jovens homossexuais são mais suscetíveis a diversos riscos além da infecção pelo HIV, como o risco de abuso físico, problemas escolares, fuga de casa e problemas psicológicos. Já as travestis, de uma forma geral, possuem baixa escolaridade, pois em função das chacotas ou violências pelas quais passam no ambiente escolar (geradas algumas vezes pelo processo do uso de silicone que se inicia já no começo da adolescência), acabam por abandonar os estudos muito cedo, ocasionando baixa ou nenhuma qualificação educacional e profissional (Ministério da Saúde do Brasil, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

As diferenças entre as classes sociais existentes também ficam evidentes, quando uma pessoa com prática homossexual de uma classe menos favorecida acaba tendo menos acesso à informação e aos serviços de saúde do que as demais (Ministério da Saúde do Brasil, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎; Paiva, 2003).

Para avaliar o nível sócio-econômico associado à saúde da população, temos como indicadores mais importantes, o nível de instrução e a renda ou número de eletrodomésticos existentes na casa. No Brasil, o perfil socioeconômico da Aids vem

sendo avaliado indiretamente pela escolaridade. Até o ano de 1982 a totalidade dos casos notificados era de estudantes universitários ou de indivíduos com pelo menos onze anos de educação formal. Ao final do ano 2000, 73,8% dos indivíduos eram analfabetos ou tinham baixa escolaridade, denotando a “pauperização” da epidemia (Fonseca, 2000).

Ainda sob os estigmas passados pelos homossexuais, esses podem gerar uma baixa-estima, que se traduz pelo exercício de práticas sexuais pouco seguras. Assim como podem ser associados às situações de violência física, quando eles precisam buscar ambientes isolados e conseqüentemente perigosos para a prática do sexo casual, correndo o risco de violência por parte da polícia, de bandidos e, até mesmo dos próprios parceiros. Tais situações geram, também, menor possibilidade de negociação do sexo seguro, como uma medida de prevenção e de cuidado com a saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Exemplo disso é que, embora a homossexualidade não seja crime, os homossexuais são, muitas vezes, discriminados e tratados como delinqüentes. Segundo dados de Mott et al 1997, na década de 80, a cada quatro dias, um homossexual era barbaramente assassinado no Brasil. Em 1999, esse número aumentou para um assassinato a cada dois dias (Mott, 2002). A epidemia da Aids provocou um aumento na discriminação contra os gays e travestis (“aidsfobia”), incluindo insultos e expulsões de locais públicos ou privados, agressões físicas e assassinatos de homossexuais suspeitos ou confirmados soropositivos. O preconceito e a discriminação levam os homossexuais a deixar de expressar livremente a sua sexualidade, optando pelo caminho da clandestinidade. Uma vez que clandestinidade

e risco andam juntos, torna-se necessário que a luta contra a Aids seja articulada com a luta pela construção da cidadania sem discriminação e preconceito.

Também dentro do contexto familiar, quando os homossexuais decidem revelar a sua condição, a família reproduz o estigma social e acaba rejeitando-os (79% dos brasileiros dizem que ficariam tristes se tivessem um filho homossexual). Isso ocorre entre todos, mas com ainda maior ênfase entre as travestis, e a expulsão de casa, atitude bastante comum no histórico dos homossexuais, associada a dificuldade de obter emprego (dentre os que demonstram maneirismos considerados femininos) leva-os a buscar alternativas de trabalho no mercado informal, sendo o exercício da prostituição uma das opções mais frequentes (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Esse fato pode ser confirmado, quando observamos os dados de uma pesquisa realizada por Kerr-Pontes et al 1998, que afirma que 56% dos brasileiros mudariam sua conduta com o colega de trabalho se soubessem que ele é gay, 45% trocariam de médico e dentista e 36% deixariam de contratar um homossexual para sua empresa mesmo que esse fosse o candidato mais qualificado (Kerr, 1998).

Quanto a prática da prostituição, resultados de uma pesquisa realizada junto a travestis em Fortaleza, mostram que 66% delas têm a prática do sexo comercial como sua exclusiva fonte de renda e 90% fazem programas (mesmo que eventualmente) (Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎). Assim como entre as travestis, a população masculina que recorre a prática da prostituição (os garotos de programa) também passa pela clandestinidade. Como são mais marginalizados socialmente do que as mulheres profissionais do sexo, eles precisam recorrer a casas

de massagem, bordéis, saunas e serviços em domicílio como opção à rua para ponto de prostituição.

Em geral, a faixa etária desses garotos oscila entre 15 e 24 anos, sendo que os clientes desse comércio sexual têm idade média acima de 35 anos. Cabe lembrar, como já foi mencionado, que um considerável número de garotos de programa, por terem um papel mais “ativo” na relação sexual, não se consideram homossexuais, portanto não se sentem sob risco e podem não fazer uso do preservativo em função dessa condição (Ministério da Saúde do Brasil, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2002₍₂₎).

Outro fator importante a ser mencionado é o uso de drogas. A região Sul tem demonstrado que os consumidores de drogas apresentam uma prevalência de infecção por HIV de 22,5%, sendo que os principais comportamentos associados são a relação sexual desprotegida e o uso de drogas injetáveis, o que está de acordo com a literatura internacional (Pechansky, 1998; Semaan, 2000).

3.6 Estudos Comportamentais com HSH

Muitos estudos têm focado os determinantes para a adoção de comportamentos sexuais de risco, ou do sexo seguro entre homossexuais masculinos. Esses estudos têm identificado fatores como: idade, raça, status de relacionamento, uso de álcool e drogas, normas sociais, aceitabilidade do uso de preservativos, percepção de risco da gravidade da doença, como determinantes do sexo seguro ou inseguro (Hospers, 1995). Kegeles e Hart, 1998, reviram as diferentes abordagens

que vêm sendo utilizadas para modificar comportamentos sexuais de risco de HSH. Intervenções dirigidas a pequenos grupos usando apresentações audiovisuais que erotizam o sexo seguro, técnicas de negociação de sexo seguro e intensivo aconselhamento em grupo têm demonstrado efetividade em modificar comportamentos de risco por um curto período, em países desenvolvidos. (Choi, 1996; Imrie, 1996; Kelly, 1996; Peterson, 1996).

Estudos comportamentais da década de 80 têm documentado que homossexuais masculinos podem modificar seu comportamento sexual, reduzindo drasticamente a frequência de engajamento em atividades sexuais de alto risco (Carne, 1987; Catania, 1991; CDC, 1985; Emmons, 1986; Joseph, 1987; Martin, 1987; McKusick, 1985a e 1985b; Schechter, 1988; Winkelstein, 1987). No entanto, dados da década de 90 demonstraram que a manutenção de comportamento sexual mais seguro após um período prolongado tem se mostrado muito difícil (Adib, 1991; CDC, 1999; De Wit, 1993; Ekstrand, 1990; Ekstrand, 1999; Kelly, 1991; McKusick, 1990; Stall, 1990; Van de Ven, 1998).

Parker, em 1994, conduziu uma pesquisa com 503 HSH no Rio de Janeiro usando a técnica de recrutamento em bola de neve (onde cada entrevistado recruta amigos e/ou conhecidos e assim sucessivamente, para participar da pesquisa) (Biernacki, 1981). Os dados coletados revelaram informações sobre a auto-identificação sexual (24,5% deixaram de responder, 50,1% se declararam homossexuais, 12,1% bissexuais, 4,8% gays e 8,5% outros). Sobre conhecimentos e atitudes quanto à transmissão e prevenção do HIV, observou-se menos clareza, em relação às questões relacionadas ao risco do sexo oral, ao significado erótico da

relação sexual ou à negociação de práticas sexuais mais seguras e de mudanças no comportamento sexual com parceiros habituais e com parceiros casuais. 15% dos entrevistados informavam não ter adotado mudanças de comportamento em resposta à epidemia. As principais mudanças comportamentais foram as seguintes: aumento relativo das práticas sexuais sem penetração, a diminuição relativa da relação anal tanto ativa como passiva, ligeira redução no sexo oral, assim como no orgasmo durante o sexo oral e aumento geral no uso de preservativos. O sexo anal passivo no último mês foi informado por 65% dos entrevistados, sendo 47,3% sem camisinha e cerca de 35% informaram sexo anal passivo com camisinha. 67,4% revelaram sexo anal ativo, sendo 54% sem o uso de preservativo nos últimos seis meses. Dessa forma, a revisão dos comportamentos sexuais praticados pelos entrevistados sugere que a mudança de comportamento em resposta à epidemia de HIV/AIDS foi inconsistente, contrastando as atitudes preventivas com os valores sexuais, profundamente enraizados na cultura homossexual (Parker, 1994).

Utilizando-se dados obtidos a partir de pesquisas consecutivas de corte transversal, foi possível monitorar a resposta à epidemia da Aids entre homossexuais masculinos (Parker, 1994). Essas pesquisas, conduzidas no Rio de Janeiro, nos anos 1993 e 1995, mostraram mudanças na auto-identificação sexual com 56,7% dos homens se declarando homossexuais, 16,7% se identificando como gays e somente 8,7% como bissexuais. Essas mudanças na identidade sexual são importantes já que a literatura sugere uma forte correlação entre a identidade homossexual gay e o desenvolvimento de um sentido de comunidade gay, que facilita a incorporação de comportamentos preventivos em relação à Aids. Quanto aos níveis de conhecimentos sobre Aids, quase 100% dos entrevistados responderam de forma correta as questões

sobre a transmissão do HIV. Quanto às práticas sexuais, em 1995, 48% declararam redução do número de parceiros, 42,7% informaram buscar relações sexuais mais estáveis, 25,3% informaram evitar a penetração e 84% informaram o uso de camisinha. Quanto ao sexo anal, cerca de 16% relataram ter diminuído a frequência do sexo passivo, 15,3% informaram ter reduzido o sexo ativo no último mês enquanto 24% disseram que aumentaram o uso de preservativos com parceiros regulares. Com parceiros casuais, 30,7% informaram ter reduzido o sexo anal passivo e 8,7% informaram ter parado de fazer sexo anal passivo. Quanto ao sexo anal ativo, 37% relataram sua redução, e 5% informaram o abandono dessa prática. Finalmente, 25,3% afirmaram ter começado a usar camisinha, enquanto 43,3% relataram ter aumentado a frequência de uso do preservativo.

No período de 1993 a 1995, foi realizada uma pesquisa pelo PN-DST/Aids do Ministério da Saúde, na cidade de São Paulo, para avaliar intervenções educativas voltadas para homossexuais masculinos. Foi utilizada a mesma metodologia e o questionário das pesquisas do Rio de Janeiro, conduzidas pelo grupo de Parker e colaboradores (De Franco, 1998). Uma amostra de conveniência de trezentos homens foi utilizada nessa pesquisa. 53% dos entrevistados se auto-definiu como homossexual, 16% se identificaram como gays, 14% como bissexuais e 12% como “entendidos” (homossexuais assumidos que não necessariamente se mostram afeminados). O nível de conhecimento sobre a Aids e suas formas de prevenção foi elevado para a população estudada. Quando se analisam as práticas sexuais recentes, a mais frequente foi a masturbação (92%), a felação por outro homem (67%), a felação em outro homem (60%), o sexo oral-anal por um homem (41%) e num homem (38%), portanto práticas que não envolvem penetração. Dentre as práticas

com penetração, o sexo anal ativo foi informado por 55% dos entrevistados, sendo 33% sem preservativos. Quanto ao sexo anal passivo, 45% relataram essa prática, dentre os quais 29% sem o uso da camisinha. Dos entrevistados que praticaram feleção, somente 23% informaram uso do preservativo. Apenas 7% dos entrevistados referiram alguma prática sexual com mulheres, e quase a metade não usou preservativos nessas relações.

Quanto às mudanças comportamentais, 87% dos indivíduos mudaram de alguma forma, sua vida sexual, desde que ouviram falar da Aids. As alterações mais citadas foram o aumento da frequência do uso de preservativo com parceiros casuais (60%) e regulares (52%), assim como o aumento em aproximadamente 35% da frequência de masturbação a dois e da automasturbação. Houve também o relato de diminuição da frequência do sexo anal ativo ou passivo com parceiros casuais (36%) e regulares (28%) e de feleção com parceiros casuais (36%) e regulares (25%). A quase totalidade dos indivíduos (94%) afirmou que costumam usar camisinha, no entanto somente 78% usavam-na regularmente, 13% eventualmente, 4% raramente e 5% nunca usavam preservativos. Dentre os entrevistados que não usavam regularmente preservativos, notou-se que esse comportamento era mais freqüente entre 32% dos mais jovens (de 14 a 21 anos), 31% entre os com 42 anos ou mais anos de idade, 34% entre os bissexuais e 32% entre os que efetuaram pouca ou nenhuma alteração na vida sexual após o advento da Aids. Aproximadamente dois terços da população homossexual e bissexual entrevistada (63%) informaram já terem feito o exame anti-HIV. Os autores concluíram que, apesar de não poderem generalizar os dados para a população homossexual da cidade de São Paulo, foi possível descrever percepções e práticas sexuais e alguns fatores associados com

maior risco de infecção pelo HIV.

No período de maio a julho de 1995, foi conduzido um estudo com quatrocentos e um homens que assumiram ter prática homo ou bissexual, residentes na área metropolitana da cidade de Fortaleza, no Ceará (Kerr-Pontes, 1998). Os indivíduos foram recrutados utilizando-se novamente a técnica “bola de neve”. A maioria dos entrevistados possuía o segundo grau completo, mas, na amostra, havia representatividade de todos os níveis educacionais. Os resultados dessa pesquisa sobre conhecimento, atitudes, crenças e comportamento sexual mostraram achados distintos daqueles encontrados em estudos previamente realizados na região Sudeste do País: 67% dos entrevistados se auto-definiram como homossexuais ou gays, enquanto outros 6,3% utilizaram termos populares para definir sua homossexualidade (“bicha”, “baitola”, “veado”, etc). Cerca de 15% dos entrevistados se auto-definiram como bissexuais, apesar de 55,5% da amostra informarem o fato de já terem se relacionado com mulheres. Quanto ao comportamento sexual, em média, os indivíduos entrevistados tiveram 67,8 parceiros sexuais masculinos diferentes, nos últimos cinco anos, e 4,3 parceiras femininas. Nos últimos trinta dias, 44% dos entrevistados tiveram um parceiro regular e 15,7% tiveram dois ou mais parceiros regulares. Cerca de 6,3% tiveram uma parceira regular, enquanto 1,5% relatou ter tido duas ou mais parceiras. Em relação aos parceiros casuais, 16,3% referiram um parceiro sexual masculino, e 3,8% referiram uma parceira casual no último mês. Quanto ao conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV/Aids, apenas 10,2% dos homens mostraram-se bem informados, enquanto 43,1% não tinham informações básicas sobre a transmissão e a prevenção da Aids, principalmente nas classes sociais menos favorecidas. Quando se associou o nível de

conhecimento às práticas sexuais, observou-se que os indivíduos menos informados estiveram mais frequentemente envolvidos em relações sexuais com alto risco de contaminação pelo HIV. Entretanto, cerca de 48% dos indivíduos bem informados envolveram-se em práticas sexuais de alto risco, confirmando o anteriormente mencionado de que somente os conhecimentos e informações adquiridos não são suficientes para modificar um comportamento potencialmente de risco. Quanto às mudanças no comportamento sexual em resposta à epidemia foi observado que a prática da relação anal passiva com parceiros regulares (29%) e casuais (19%) não sofreu alterações na sua frequência, enquanto que 33% e 23,1% dos entrevistados referiram manter sexo anal ativo com seus parceiros sexuais regulares e casuais, respectivamente. Um percentual pequeno, entre 14,7% e 16,3%, referiu aumento de práticas de sexo seguro, como a masturbação a dois.

A UNAIDS, em conjunto com o Ministério da Saúde, iniciou uma série de pesquisas visando integrar o País no processo de desenvolvimento de uma vacina anti-HIV/Aids. Três centros foram selecionados para futuros estudos com vacinas: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. O “Projeto Bela Vista” vem congregando, desde agosto de 1994, os componentes epidemiológico e sócio-comportamental do estudo em São Paulo e seu principal objetivo foi determinar a incidência de infecção pelo HIV e seus determinantes sócio-comportamentais em uma coorte aberta de HSH (Ministério da Saúde do Brasil, 2001a). Diversas estratégias foram utilizadas para o recrutamento dos indivíduos sendo a estratégia de recrutamento em “bola de neve”, responsável por maior número de voluntários captados.

Os resultados apresentados se referiam a novecentos e sete homens que foram recrutados entre agosto de 1994 a abril de 1999, para o projeto de São Paulo. A média de idade foi de 28 e a mediana de 27 anos, com alta escolaridade (85% tinham pelo menos o segundo grau completo), e um bom nível sócio-econômico, quando comparado com a média brasileira. Em relação ao estado civil, 81% eram solteiros, 12% viviam com outro homem e 1% com mulher. Mais da metade (52%) morava com os pais e a família. Cerca de 78% dos entrevistados referiam ter parceiros fixos e casuais ao mesmo tempo, enquanto que apenas 12% referiram ter exclusivamente parceiros fixos e 9,5% apenas parceiros casuais. Quanto ao prazer com as práticas sexuais, as mais referidas foram o sexo oral genital passivo (80,7%), o sexo oral genital ativo (70,1%), o sexo anal ativo (75,9%), masturbação por parceiro (68%) ou masturbação do parceiro (61%). As relações mais praticadas com parceiros fixos e casuais foram as mesmas, porém em diferente ordem de preferência. O sexo anal passivo e ativo e o sexo oral genital ou oral anal foram mais freqüentemente realizados com os parceiros fixos. Quinhentos e noventa e nove voluntários referiram de um a doze parceiros fixos nos seis meses anteriores a realização da entrevista. Dentre as práticas sexuais com esse tipo de parceria, as mais freqüentes foram a masturbação, o sexo oral genital e o sexo anal ativo (todos acima de 80%). O sexo anal receptivo foi referido por 74% dessa amostra. O sexo oral genital foi informado por cerca de metade dos indivíduos. Mais de 88% dos entrevistados relataram sexo oral, freqüentemente sem o uso do preservativo. O sexo anal desprotegido receptivo ou ativo foi realizado pelo menos uma vez, por cerca de um terço dos voluntários que referiram ter tido algum parceiro fixo nos últimos seis meses. Quanto às práticas sexuais com parceiros ocasionais, mais da metade (55%) referiu ter feito sexo oral

desprotegido, porém sem ejaculação. Aproximadamente 85% dos entrevistados com parceria ocasional relataram uso de preservativos em todas as relações anais ou não tiveram essa prática. Dentre os que tiveram relação anal desprotegida (13,7% receptivo e 15,5% insertivo), a maioria ocorreu uma ou duas vezes. Quanto ao uso do preservativo, apenas 7,5% referiram sempre usar a “camisinha” nas relações sexuais. Os principais motivos para não usar o preservativo foram parceria fixa confiável, paixão/ “tesão”, do momento, a falta de “camisinha” disponível no momento da transa ou “ter apenas sexo oral”. Cerca de 12% dos voluntários informaram que o preço do preservativo era um fator impeditivo para a sua compra (Ministério da Saúde do Brasil, 2001a).

O “Projeto Horizonte” iniciou suas atividades de recrutamento em 1994, na cidade de Belo Horizonte, com os objetivos de determinar a incidência de infecção pelo HIV em uma coorte de HSH, avaliar o impacto de intervenções educativas, a factibilidade de acompanhamento em longo prazo e a utilização de uma coorte para ensaios clínicos de vacinas (Ministério da Saúde do Brasil, 2001b). A metodologia utilizada foi a mesma do Projeto Bela Vista. No período de setembro de 1994 a setembro de 2000, quinhentos e oitenta e cinco indivíduos foram considerados elegíveis para participar do estudo. Lignani et al 2000, utilizando dados coletados dessa coorte, demonstraram um número elevado de ocorrências de doenças sexualmente transmissíveis (condiloma genital, soroconversão para a infecção pelo HIV, uretrites inespecíficas, sífilis, gonorréia, herpes simples e pediculose) em um período de seis meses de acompanhamento, demonstrando em que proporção os homossexuais estavam se engajando em comportamentos sexuais de risco para essas infecções (Ministério da Saúde do Brasil, 2001b).

Um outro sítio desse mesmo estudo foi também conduzido no Rio de Janeiro, sendo denominado “Projeto Praça Onze”. Foram recrutados setecentos e cinquenta e três homossexuais masculinos e, após um ano e meio de acompanhamento, trinta e quatro indivíduos soroconverteram para a infecção pelo HIV (3,1%). Os fatores de risco identificados para a soroconversão foram idade menor que 25 anos, soropositividade para infecção pelo vírus da hepatite B, relação sexual no primeiro encontro e história de gonorréia ou condiloma, nos seis meses anteriores à soroconversão (Harrison, 1999).

Perisse et al, 2000, confirmaram a viabilidade de estudos de coorte entre homossexuais, visando promover ações preventivas dirigidas a essa população. Dados dessa mesma coorte evidenciaram que o conhecimento sobre os riscos de transmissão e a “percepção de vulnerabilidade” para a infecção pelo HIV não se traduziam em comportamentos sexuais mais seguros, devido à elevada proporção de indivíduos que relataram intercurso anal sem o uso de preservativos, com parceiros regulares e casuais (Semaan, 2000). O status sócio-econômico (renda inferior a duzentos e cinquenta reais por mês, baixa escolaridade) e o uso de drogas ilícitas (cocaína e “crack”) também foram associados a essa prática de risco com parceiros casuais, demonstrando a necessidade contínua de programas preventivos específicos para homossexuais (De Souza, 1999).

Na Bahia, Moreira et al 1993, estudaram uma amostra consecutiva de cento e onze pacientes com Aids (cento e dois homens e nove mulheres) e verificaram que 60% desses pacientes relatavam atividades homo/bissexuais. (Moreira, 1993)

E enfim, em Porto Alegre, outros dados foram obtidos a partir de uma pesquisa desenvolvida pelo NUANCES – Grupo pela Livre Orientação Sexual - com homossexuais masculinos, durante a realização do “Mix Brasil”, uma mostra internacional de cinema e vídeo, direcionados ao público homossexual. No evento, foram distribuídos trezentos questionários em envelopes fechados, já selados. Houve um retorno de 40,3% do total de questionários, e o público presente representava uma amostra com alta escolaridade e renda. Dentre os participantes, 72,7% se consideravam homossexuais, 17,4% preferiram não definir sua sexualidade, 9,1% se consideravam bissexuais e 0,8%, heterossexuais. Quanto à orientação sexual, 23,1% preferiam ser chamados de gays, 22,3% de “entendidos”, 21,5% e homossexuais, enquanto que 5,8% responderam “tanto faz”. Quando se associou o nível de conhecimento às práticas sexuais, apenas 36,4% dos entrevistados afirmaram que “nunca” tinham se exposto a práticas sexuais de risco no último ano, enquanto 24,4% informaram até uma vez, 26,4% até cinco vezes, 5% até dez vezes e 5% mais de dez vezes. Essa frequência de exposição a práticas de risco foi maior entre os indivíduos de 17 a 25 anos (67,1%), ou entre os indivíduos de 36 a 53 anos (62,6%). Em relação ao uso do preservativo, 69,4% afirmaram uso sempre e/ou às vezes quando realizavam sexo anal ativo, 61,1% quando realizavam sexo anal passivo, 24,8% quando tinham sexo oral ativo e 17,3% quando tinham sexo oral passivo. Mudanças no comportamento sexual em resposta à epidemia da Aids foram informadas por 90,1% dos entrevistados: 68,6% afirmaram ter diminuído o número de parceiros, 71,9% informaram seleção maior de parceiros, 36,3% passaram a evitar locais de “pegação”, 71,1% passaram a praticar apenas sexo seguro, 28,9% somente fazendo masturbação mútua, 71,9% procurando parceiro fixo e 36,4% afirmaram que ele e o

parceiro não faziam sexo com outros homens. Essa pesquisa investigou ainda a ocorrência de violência pela orientação sexual e encontrou 43,1% da amostra relatando violência moral e 3,3% violência física. Mais da metade (55%) dos entrevistados afirmou não ter conhecimento da existência de leis federais que garantam os direitos dos homossexuais e somente 5,8% registraram ocorrência policial (Freitas; 1998).

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Traçar um perfil de comportamentos de risco para contaminação por DST/HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), freqüentadores de locais HSH, tais como bares, saunas, boates, danceterias, vídeo-locadora, etc, na cidade de Porto Alegre.

Objetivos Específicos

Descrever por componentes sócio-demográficos e comportamentais a população de HSH, freqüentadora de bares, saunas, boates, danceterias, etc, na cidade de Porto Alegre;

Descrever a presença de comportamentos preventivos para a infecção das DST/HIV entre HSH freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, na cidade de Porto Alegre;

Verificar a aceitabilidade da testagem rápida para HIV, através de questionamento próprio, na população de HSH, freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, na cidade de Porto Alegre;

Estimar a prevalência de HIV através do auto-relato entre a população estudada;

Identificar e avaliar a cobertura dos programas e ações de prevenção em DST/HIV estabelecidos pelas ONGs, entre os freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, na cidade de Porto Alegre.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adib SM, Joseph JG, Ostrow DG, Tal M, Schwartz SA. Relapse in Sexual Behavior among homosexual men: a 2-year follow-up from the Chicago MACS/CCS. *AIDS* 1991; 5: 757-60.
2. Arruda JM, Ferraz E. Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem (Rio de Janeiro, Recife e Curitiba – 1990). Rio de Janeiro: BEMFAM 1992; 133-146.
3. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling. Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods Research* 1981; 10: 141-63.
4. Carne CA, Johnson AM, Pearce F, Smith A et al. Prevalence of Antibodies to Human Immunodeficiency Virus, gonorrhea rates, and changed sexual behavior in homosexual men in London. *Lancet* 1987; 1: 1429-30.
5. Catania JA, Coates TJ, Stall R, Bye L et al. Changes in Condom Use Among Homosexual Men in San Francisco. *Health Psychology* 1991; 10 (3): 190-99.
6. Center for Disease Control (CDC). HIV Incidence among Young Men Who Have Sex with Men – Seven U.S. Cities 1994-2000. *MMWR* 2001; Disponível em: <http://www.cdc.gov>
7. Center for Disease Control (CDC). Increases in unsafe and rectal gonorrhea among men who have sex with men- San Francisco, California, 1994-1997. *MMWR* 1999; 3: 48.
8. Center for Disease Control (CDC). Self-reported behavioral changes among homosexual and bisexual men. *Journal of the American Medical Association* 1985; 254: 2537-8.
9. Choi K-H, Lew S, Vittinghoff E, Catania JA et al. The efficacy of brief group counseling in HIV risk reduction among homosexual Asian and Pacific Islander

men. AIDS 1996; 10: 81-8.

10. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde 2004.
11. Contrera WF. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. GAPAS: Uma resposta comunitária à epidemia da Aids no Brasil – Brasília 2000.
12. De Franco E, D'Angelo LA, Fernandes MEL, Parker. Práticas Sexuais e Conscientização sobre AIDS: Uma Pesquisa sobre o Comportamento Homossexual e Bissexual em São Paulo. In: Parker R, Terto-Jr V. Entre Homens: Homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA 1998; 49-62.
13. De Souza CTV, Bastos FI, Lowndes CM, Szwarcwald CL et al. Perception of vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/bisexual men in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS Care 1999; 11(5): 567-79.
14. De Wit JB, van Griensven GJ, Kok G, Sandfort TG. Why do homosexual men relapse into unsafe sex? Predictors of resumption of unprotected anogenital intercourse with casual partners. AIDS 1993; 7(8): 1113-8.
15. Emmons CA, Joseph JG, Kessler RC, Wortman CB et al. Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for AIDS. Health Education Quarterly 1986; 13: 331-45.
16. Ekstrand ML, Coates TJ. Maintenance of safer sexual behaviors and predictors of risky sex: the San Francisco men's health study. American Journal of Public Health 1990; 80 (8): 973-7.
17. Ekstrand ML, Stall RS, Paul JP, Osmond DH et al. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. AIDS 1999; 13: 1525-33.
18. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT et al. AIDS e escolaridade no

Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos Saúde Pública 2000; 16 (1):77-87.

19. Freitas KB. Pesquisa Comportamental: Homens que Fazem Sexo com Homens. In: Parker R, Terto-Jr V. Entre Homens: Homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA 1998; 89-97.
20. Gapa Bahia. Manual para Educadores Comunitários em Aids. Salvador: GAPA-BA. s/d. (Nascimento HH – org.).
21. Godoy AMM. Uso do Preservativo e Comportamento Sexual entre Homens que Fazem Sexo com Homens do Distrito Federal. Apresentação Oral. Disponível em "<http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdst/aids/documentosepublicações>". Acessado em 30 Julho de 2005.
22. Golin C, Pokay F, Lorensi G, Muller LS. (org). Projeto POA Noite Homens. NUANCES – Grupo pela Livre Expressão Cultural (coord.) 2002.
23. Harrison LH, do Lago RF, Friedman RK, Rodrigues J et al. Incident HIV infection in a high-risk, homosexual, male cohort in Rio de Janeiro, Brazil. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 1999; 21: 408-12.
24. Hospers HJ, Kok G. Determinants of safe and risk-taking sexual behavior among gay men: a review. AIDS Education and Prevention 1995; 7(1): 74-94.
25. Imrie JCG, Stephenson J. Is group work-based intervention within a STD clinic a feasible and appropriate intervention for high-risk gay men? XI International Conference on AIDS, Vancouver, July 1996.
26. Joseph JG, Montgomery SB, Emmons CA, Kessler RC et al. Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: Longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS. Psychology and Health 1987; 1: 73-95.
27. Jung B. Heterossexuais em Eventos Públicos Gay: A “Parada Livre” em Porto Alegre, 2006. Atlanta, Geórgia/EUA. (Mimeo).

28. Kegeles SM, Hart GJ. Recent HIV-prevention interventions for gay men: individual, small group and community-based studies. *AIDS* 1998; 12(A): S209-15.
29. Kelly J, Kalichman SC, Rompa DJ. Outcomes of a randomized intervention trial to promote HIV risk reduction behavior change maintenance in an ethnically diverse cohort of gay and bisexual men. XI International Conference on AIDS, Vancouver, July 1996.
30. Kelly JA, St. Lawrence JS, Brasfield TL. Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59(1):163-6.
31. Kerr-Pontes LRS, Gondim R, Mota RMS, Martins TA. Conhecimento, Atitudes, Crenças sobre AIDS e Comportamento Sexual entre Homossexuais e Bissexuais Masculinos no Município de Fortaleza. In: Parker R, Terto-Jr V. *Entre Homens: Homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA 1998; 63-88.
32. Lignani L Jr, Oliveira EI, Carneiro M, Greco M et al. Sexually transmitted diseases in homosexual and bisexual males from a cohort of human immunodeficiency virus negative volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2000; 95: 783-5.
33. Martin JL. The impact of AIDS on gay male sexual behavior patterns in New York City. *American Journal of Public Health* 1987; 77: 578-81.
34. McKusick LM, Coates TJ, Morin SF, Pollack L et al. Longitudinal predictors of reductions in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: the AIDS behavioral research project. *American Journal of Public Health* 1990; 80 (8): 978-83.
35. McKusick L, Horstman W, Coates TJ. AIDS and sexual behavior reported by gay men in San Francisco. *American Journal of Public Health* 1985a; 75: 685-689.

36. McKusick L, Wiley JA, Coates TJ, Stall R et al. Reported changes in the sexual behavior of men at risk for AIDS. San Francisco, 1982-1984 - the AIDS Behavioral Research Project. Public Health Reports 1985b; 100: 622-9.
37. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília (DF) 2005 Jan/Jun; 1ª a 26ª semanas epidemiológicas.
38. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília (DF) 2001 Jul/Set; 27ª-40ª semanas epidemiológicas.
39. Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Nacional de DST e Aids. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/biblioteca/destaques>. Acessado em 17 Julho de 2005.
40. Ministério da Saúde do Brasil. Parte 1: Projeto Bela Vista. In: Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que Fazem Sexo com Homens. Ministério da Saúde, Brasília 2001a; 11-89p.
41. Ministério da Saúde do Brasil. Parte 2: Projeto Horizonte. In: Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que Fazem Sexo com Homens. Ministério da Saúde, Brasília 2001b; 90-216p.
42. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. A camisinha como preventivo ao HIV. In: Preservativo Masculino: Hoje, mais necessário do que nunca! 1ª Edição. Ministério da Saúde, Brasília 1997a; 49-58p.
43. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Preocupações mais comuns quanto à eficácia do preservativo. In: Preservativo Masculino: Hoje, mais necessário do que nunca! 1ª Edição. Ministério da Saúde, Brasília 1997b; 59-64p.
44. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa

- Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Manual do Multiplicador Homossexual. Ministério da Saúde, Brasília 1996; 60p.
45. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais/Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, Brasília 2002.⁽¹⁾
 46. Ministério da Saúde do Brasil. 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 do HIV/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com os Homens. Ministério da Saúde, Brasília 2002.⁽²⁾
 47. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP. Ministério da Saúde, Brasília 2000; 248p.
 48. Moreira Jr ED, Silva N, Brites C, Carvalho EM et al. Characteristics of the Acquired Immunodeficiency Syndrome in Brazil. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 1993; 48 (5): 687-92.
 49. Mott L. A Cena Gay de Salvador em Tempos de AIDS. Grupo Gay da Bahia, Salvador, 2000b; 140p.
 50. Mott L. A Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil - 1999. Boletim do Grupo Gay da Bahia, março de 2000, Grupo Gay da Bahia, Salvador, 2000a; 118p.
 51. Mott L. Homofobia: A Violação dos Direitos Humanos de Gays, Lésbicas e Travestis no Brasil. Relatório elaborado pelo Grupo Gay da Bahia e Comissão Internacional de Direitos Humanos de Gays, Lésbicas, San Francisco 1997; 84p.
 52. Mott L, Cerqueira M, Almeida C. O Crime Anti-Homossexual no Brasil. Grupo Gay da Bahia, Salvador 2002; 180p.

53. Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL et al. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. *Public Health Rep* 2001; 116 (1): 216-22.
54. NUANCES - Análise da Pesquisa da Parada Livre. Porto Alegre 2004 (Mimeo).
55. Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de Preservativos: Pesquisa Nacional MS/IBOPE, Brasil, 2003. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdstd/aids/documentosepublicações>. Acessado em 17 Julho de 2005.
56. Parker R. Sexo entre Homens: Consciência da AIDS e Comportamento Homossexual no Rio de Janeiro. In: *A Construção da Solidariedade. AIDS, Sexualidade e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará 1994; 67-83p.
57. Parker R, Mota M, Almeida V, Terto-Jr T et al. Práticas Sexuais e Mudança de Comportamento entre Homens que fazem Sexo com Homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: Parker R, Terto-Jr V. *Entre Homens: Homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA 1998; 15-48p.
58. PCAP - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004/Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde: Brasília 2006. (Pascom ARP – org.).
59. Pechansky F. Modelo Teórico de exposição ao risco de transmissão do vírus HIV em usuários de drogas da cidade de Porto Alegre [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Curso de Pós-graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul 1998.
60. Pechansky F. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre. *Cadernos de Saúde Pública* 2005 Jan/Fev; 21(1).
61. Perisse AR, Schechter M, Moreira RI, do Lago RF et al. Willingness to

- participate in HIV vaccine trials among men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. Projeto Praça Onze Study Group. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2000; 25: 459-63.
62. Peterson JL, Coates TJ, Catania J, Hauck WW et al. Evaluation of an HIV risk reduction intervention among African-American homosexual and bisexual men. *AIDS* 1996; 10: 319-25.
 63. Programa Nacional de DST/AIDS – CDC/GAP-Brasil. Amostragem de Populações de Difícil Acesso. Brasília 2004.
 64. Rios LF (org) et al. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro, ABIA 2004.
 65. Schechter MT, Craib KJP, Math M, Willoughby B et al. Patterns of sexual behavior and condom use in a cohort of homosexual men. *American Journal of Public Health* 1988; 78 (12): 1535-8.
 66. Semaan S, Lauby J, Liebman J. Street and Network Sampling in Evaluation Studies of HIV Risk-Reduction Interventions. *AIDS Rev* 2000; 4:213-223.
 67. Sherman SG, Latkin CA. Intimate relationship characteristics associated with condom use among drug users and their sex partners: a multilevel analysis. *Drug Alcohol Depend* 2001.
 68. Stall RD, Hays RB, Waldo CR, Ekstrand M et al. The gay '90's: A review of research in the 1990's on sexual behavior and HIV risk among men who have sex with men. *AIDS* 2000; 14(3): S1-14.
 69. Stall RS, Ekstrand M, Pollack L, McKusick L et al. Relapse from safer sex: the next challenge for AIDS prevention efforts. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 1990; 3:1181-7.
 70. Szwarcwald C.L. in Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST* 2004 Jan/Jun; 1ª a 26ª semanas epidemiológicas.
 71. Teixeira AB. Arco Íris: Sexualidades e Direitos Humanos. Caderno Vivo 2002.

72. Van de Ven P, Prestage G, French J, Knox S et al. Increase in unprotected anal intercourse with casual partners among Sydney gay men in 1996-1998. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998; 22 (7): 814-8.
73. Winkelstein W, Samuel M, Padian NS, Wiley JA et al. The San Francisco Men's: III. Reduction in Human Immunodeficiency Virus transmission among homosexual/bisexual men, 1982-86. *American Journal of Public Health* 1987; 77: 685-9.
74. Wodack, A. Redução de Danos e Programas de Troca de Seringas. In: Coordenação Nacional de DST/Aids. Troca de Seringas, Drogas e Aids. Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília 1998; 55-69p.
75. Yee LJ. Effective sampling methods for studies targeting "hidden populations" in HIV research and prevention. Disponível em: <http://apha.confex.com>. Acessado em 15 Dezembro de 2004.

6. ARTIGO

A TÉCNICA DE AMOSTRAGEM *TIME SPACE SAMPLING* UTILIZADA ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS NO SUL DO BRASIL, PARA ESTABELEECER O RISCO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, 2006

THE *TIME SPACE SAMPLING* USED AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN SOUTH OF BRAZIL TO STABLISH RISK OF CONTAMINATION BY HIV, 2006

Letícia Nolde Melo, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao “Aids and Behavior Journal”

**A TÉCNICA DE AMOSTRAGEM *TIME SPACE SAMPLING*
UTILIZADA ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS
NO SUL DO BRASIL, PARA ESTABELEECER O RISCO DE
CONTAMINAÇÃO PELO HIV, 2006**

Melo LN¹, Ferreira J¹, Chen S², Fisher-Raymond H², Pascom ARP³, Oliveira FS, Ramos MC^{4,5}, McFarland W^{2,5}

¹ UFRGS

² DPH-San Francisco-California

³ MS – PN-DST/Aids

⁴ CEARGS

⁵ CAPS

Endereço para Correspondência:

Letícia Nolde Melo

Av. Eng. Antonio Carlos Tibiriçá, 470 apto. 201

Porto Alegre, RS - Brasil - CEP.: 90690-040

(e-mail: leticianolde@yahoo.com.br)

Telefone: (55) (51) 9123-8318

Palavras chave: Aids, Comportamento Sexual, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Time Space Sampling (TSS)

ABSTRACT

Background: “HIV serosorting” is a prevention strategy that entails selecting sex partners of the same serostatus or having unprotected sex only with partners of the same serostatus. A few studies measure the extent of serosorting to gauge its potential impact on HIV transmission.

Methods: We conducted a cross-sectional study through a randomized time-space sampling survey with men who have sex with men (MSM) at diverse venues (e.g., dance clubs, bars, streets, saunas, etc) in Porto Alegre, Brazil. Among 1,083 men ≥ 16 years-old, 650 of them reported male-male sexual behavior. In this study, 49 venues were evaluated, from which 10,298 men were selected and 81% eligible were interviewed. The prevalence for HIV was measured by self-report and other factors associated with HIV. Data on behavior were collected partner-by-partner. Analysis was adjusted for the survey design.

Results: 77.5% of the men reported that they had previously tested for HIV; 3.1% self-report HIV; 24% of them denied have access to the results. Factors associated with self-reported HIV-positive were unprotected anal insertive and receptive intercourse with HIV serodiscordant couples.

Discussion: HIV testing should be encouraged in this high-risk population as a strategy to reduce HIV acquisition and transmission. Results suggest that programs encouraging HIV testing can result in a substantial reduction in HIV transmission via serosorting. Future surveys and behavioral surveillance need to measure partner-by-partner serostatus and condom use in order to gauge the extent of risk in the population

Key Words: Aids, Sexual Behavior, Men Who Have Sex with Men, Time Space Sampling

INTRODUÇÃO

O HIV/Aids tem aumentado entre os indivíduos heterossexuais e a prevalência de HIV na população adulta é estimada em 0,7% no Brasil. No entanto, estudos envolvendo sexo desprotegido e a incidência de HIV demonstram que a infecção entre os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) permanece alta, representando aproximadamente 25% dos casos de Aids notificados no Brasil no ano de 2005. Considera-se que a estimativa da população de HSH em 2004 era de 3,5% do total da população masculina. Sendo assim, as estimativas de risco relativo de infectar-se com o HIV entre HSH e heterossexuais podem variar de 8 a 16. (9,10,11,14,22)

Os HSH são considerados no Brasil como uma população de difícil acesso, assim como os profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, entre outros. Populações de difícil acesso são aquelas difíceis de distinguir da população em geral, além de apresentarem alto nível de discriminação ou estigma, podendo ser clandestinas ou ilegais (como no caso dos usuários de drogas) ou ainda serem negligenciadas pela população em geral ou governo. Por essa dificuldade de acesso à população de interesse, os pesquisadores em geral acabam utilizando amostras não aleatórias em seus estudos. É necessário, portanto, utilizar metodologias inovadoras que permitam acessar estas populações específicas e ter o importante conhecimento das mesmas. (1,16,19,27)

Nesse estudo, foi utilizada a técnica de amostragem Time-Space Sampling (TSS) (1,2,6,16,27,24,25) para acessar os HSH e descrevê-los por componentes sócio-demográficos e comportamentais. Além disso, foi estabelecido um perfil de

comportamento de risco para contaminação pelo HIV, estimada a prevalência de HIV entre essa população, através do serostatus auto referido e foi verificada a aceitabilidade da testagem rápida para HIV.

METODOLOGIA

A presente pesquisa utilizou um delineamento de estudo transversal com componentes descritivos e analíticos, realizada com HSH em Porto Alegre, Brasil. De agosto de 2005 a janeiro de 2006 os HSH foram recrutados utilizando-se a amostragem TSS, baseada nos locais, dias e horários em que a população de interesse se encontra. Essa metodologia foi desenvolvida pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) para uma pesquisa com a população jovem masculina e foi introduzida pela primeira vez no Brasil nesse presente estudo.

Para padronizar os dados de modo que todos os conglomerados visitados estivessem proporcionalmente representados, foi aplicada (primeiramente nesse estudo) uma técnica de ponderação amostral baseada no número de pessoas entrevistadas em cada local e uma contagem de pessoas freqüentadoras do local no mesmo período das entrevistas. Os detalhes sobre a forma de abordagem dos entrevistados estão publicados em diversos estudos. (1,2,6,7,8,16,19,21,24,25). De forma resumida, primeiramente foi conduzida uma fase da pesquisa chamada “pesquisa formativa” onde foram identificados os locais freqüentados por HSH. As informações sobre esses locais foram dadas por pessoas da própria população de HSH, informantes chaves que têm conhecimento sobre a população, membros de Organizações Não-Governamentais que trabalham com HSH, travestis, profissionais do sexo masculinos, proprietários de locais freqüentados por HSH, além de folders, revistas, internet e diversas publicações afins direcionadas para o público alvo. A equipe de pesquisa visitou todos os potenciais locais de entrevistas em momentos diversos, efetuando contagens do número de homens freqüentadores de cada local e,

quando necessário, realizando uma abordagem com poucas perguntas para certificar-se de que o local era freqüentado realmente pela população de interesse. Baseado nessas informações, foi construída uma planilha com todos os locais possíveis a serem visitados, associando a cada local os dias e horários em que era possível encontrar pelo menos 8 HSH elegíveis para o estudo num período de 4 horas. Durante todo o período da pesquisa foram acrescentados e eliminados locais e períodos de dia/hora da planilha sempre que algum deles não preenchesse o critério de oito homens elegíveis durante o período de 4 horas.

No final de cada mês os locais, associados com os seus respectivos períodos de dia/hora, foram sorteados aleatoriamente e dispostos em uma nova planilha de agendamento de visitas mensal, composto por 14 visitas ao mês. Cada dia possuía uma possibilidade de substituição de local e horários (também randomizados) para circunstâncias em que fosse necessária essa troca, tais como, local fechado por qualquer motivo, falta de segurança para a equipe de pesquisa, etc. Além disso era permitido a cada mês, além do sorteio aleatório dos locais, até três “eventos especiais” que fossem relevantes para a inclusão da população HSH (tais como a “parada gay” ou a “festa dos ursos” - festa particular de HSH que sofrem discriminação entre a própria população por serem “gordinhos” e acabam não freqüentando outros locais públicos de encontro). Todo o processo de randomização foi repetido mensalmente até o final da pesquisa.

Durante a pesquisa foram identificados 49 diferentes locais em Porto Alegre que eram freqüentados por HSH. Os locais incluíram bares, boates, saunas, vídeo-locadoras, cinemas, cafés, pontos de prostituição, danceterias, etc. Durante cada

evento do mês, os homens freqüentadores dos locais eram abordados consecutivamente sempre que entravam na “área de abordagem” ou cruzavam a “linha de abordagem” (1,2,6,7,8,16,19,21,24,25). Os que aceitavam a abordagem eram questionados sobre sua idade, raça, cidade de residência e se já haviam participado do estudo anteriormente.

A orientação sexual não foi questionada durante a abordagem ou recrutamento. Os homens eram considerados elegíveis se fossem moradores de Porto Alegre ou da região metropolitana, tivessem 16 anos ou mais e não tivessem respondido anteriormente o questionário. Depois disso o termo de consentimento livre e esclarecido era lido e explicado a cada participante e, depois do aceite e assinatura do termo, prosseguia-se então com a entrevista.

Os dados foram coletados a partir de um questionário padronizado que foi adaptado de instrumentos semelhantes utilizados em outros estudos nacionais e internacionais (6,22,25) e que foram preenchidos pelos entrevistadores. As perguntas incluíam características demográficas, testagem para a HIV/Aids e comportamentos sexuais de risco. Os comportamentos sexuais de risco foram coletados a partir de informações dos entrevistados com relação a cada um dos seus últimos 5 parceiros mais freqüentes nos últimos 6 meses. Neste processo era registrado o status sorológico de cada parceiro, o tipo de relação sexual praticada (vaginal, anal passivo e anal ativo) e o uso de preservativo nessas relações.

A análise principal concentrou-se no comportamento sexual que poderia resultar em transmissão ou aquisição do HIV. Para os homens que informaram que a própria sorologia era de HIV-positivo, o risco principal era a transmissão do vírus

pelo sexo anal desprotegido (SAD) para os parceiros de sorologia HIV-negativo ou HIV-desconhecido. Para os homens com sorologia HIV-negativo, o risco era de aquisição do vírus por SAD com parceiros de sorologia HIV-positivo ou HIV-desconhecido. Para os homens que não conheciam a própria sorologia qualquer SAD poderia resultar em transmissão ou aquisição do HIV.

A amostra final do estudo foi de 718 homens que referiram ter tido relação sexual com outro homem ou identificaram a si mesmos como homossexuais, bissexuais ou travestis. Após a ponderação amostral a amostra padronizada ficou constituída como se fosse de 650 HSH e todas as análises foram realizadas com esse tamanho de amostra padronizada. Os testes estatísticos utilizados foram o chi-quadrado para comparar proporções e o Kruskal-Wallis para diferenças em variáveis contínuas.

Como limitações do estudo foram consideradas as situações das prevalências apresentadas serem apenas por auto-relato, devido a falta de insumos financeiros para a realização de testagem, as classes econômicas menos favorecidas (classes D/E) ficarem pouco representadas e a limitação metodológica de atingir os extratos da população que não freqüentam locais públicos.

O projeto desta pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do "Grupo Hospitalar Conceição", recebendo a aprovação em 12 de agosto de 2005, sob número 0415.0.000.164-05 FR060188.

RESULTADOS

Durante os seis meses de pesquisa de campo 10.298 homens foram contados nos 88 locais visitados. Foram interceptados 2.465 homens, dos quais 1.581 (64,1%) aceitaram a abordagem e, dentre esses, 1.340 (84,8%) eram elegíveis para o estudo. Daqueles que eram elegíveis, 1.083 (80,8%) aceitaram participar do estudo.

Entre os 650 participantes que referiram relação com outros homens, a testagem para HIV foi realizada por 77,5% (n=504) dos entrevistados, sendo que destes que realizaram a testagem a prevalência dos que não sabiam o resultado da sorologia por não terem ido buscá-lo ou pelo resultado ainda não estar disponível foi de 2,4% (n=12). A prevalência de HIV-positivo entre os HSH que conheciam a própria sorologia (n=492) foi de 4,06%. A sorologia desconhecida (considerando o somatório daqueles que nunca realizaram a testagem ou realizaram a testagem, porém desconheciam o resultado) foi de 24,3% (n=158).

Quanto questionados sobre a aceitabilidade da realização do testagem rápida para sorologia HIV, caso esta estivesse disponível para realização no momento da entrevista, o resultado foi de 87% (n=565), considerando o total de 650 entrevistados.

Na Tabela 1 é possível visualizar as características sócio-demográficas de maior risco para HIV, considerando as prevalências dos HIV-positivos apenas entre os HSH que conheciam a própria sorologia (sorologias HIV-positivo e HIV-negativo). O maior risco para sorologia HIV-positiva foi encontrado entre os HSH com faixa-etária acima de 40 anos (82,3/1000), moradores de Porto Alegre (45,8/1000), casados (375/1000) e com nível de escolaridade até o ensino médio (50,5/1000). As características de raça negra (93,8/1000) e classe econômica baixa

(classes D/E) (200/1000), apesar de obterem uma maior prevalência, não apresentaram significância estatística ($p=0,7456$ e $p=0,1121$ respectivamente). É possível perceber ainda a crescente prevalência de HIV de acordo com o acréscimo de idade.

A Tabela 2 apresenta o perfil de comportamento de risco para HIV-positivo a partir das prevalências dos HIV-positivos que tinham conhecimento da própria sorologia. Esse perfil é composto pelos HSH que auto-referiram sua orientação sexual como heterossexuais (prevalência de 181,8/1000), seguidos pelo que se consideraram travestis, com uma prevalência de 111,1/1000, tiveram história de DST no passado (prevalência de 104,5/1000), realizaram maior número de testagem para HIV (prevalência de 76,9/1000), tiveram SAD com parceiro casual (prevalência de 85,1/1000) e tiveram SAD com parceiro fixo (prevalência de 57,8/1000).

Na Tabela 3 foram considerados os percentuais de HIV-positivo, HIV-negativo e HIV-desconhecido do total da amostra, considerando algumas das características sócio-demográficas e comportamentais. Dentro desse contexto, os HSH que se consideraram travestis apresentaram maior percentual de HIV-positivo (10,5%), entretanto eles também possuíam o menor percentual de sorologia desconhecida (5,3%). Os que se consideram como heterossexuais apresentaram o segundo maior percentual de HIV-positivo, porém o maior índice de sorologia desconhecida (47,6%). Apesar da prevalência de HIV auto-referida permanecer aumentando de acordo com a idade, o grupo pertencente a faixa-etária mais jovem (de 16 a 20 anos) apresentou o percentual mais alto de HIV-desconhecido (50,4%). Pelo estado civil o percentual mais baixo de HIV-desconhecido foi entre os HSH

casados com mulheres (11,1%).

Ao realizar a análise multivariável por regressão logística o SAD, tanto com parceiros fixos como casuais, foram as únicas variáveis que se mantiveram como fator de risco independentes para HIV-positivo. O SAD com parceiro fixo obteve um OR=9,87 - IC95% (3,98 – 24,47); o SAD com parceiro casual obteve um OR=6,10 – IC95% (2,98 – 12,47).

Em relação ao risco de transmissão e/ou aquisição do HIV, foram consideradas as respostas em relação a forma de sexo praticada pelos respondentes e suas parcerias e o conhecimento da sorologia do próprio entrevistado e dos parceiros. No total foram 987 parcerias descritas pelos participantes nos últimos 6 meses. Essas parcerias resultaram na Figura 1 que mostra o SAD referido pelos entrevistados com sorologia potencialmente discordante em 59 casos de parcerias com sorologia HIV-desconhecido, 33 casos de sorologia HIV-negativo e 3 casos de sorologia HIV-positivo. Então, as situações de risco foram observadas em 95 casos, representando 9,63% do total das parcerias descritas.

Na Figura 2 examinou-se o risco de transmissão potencial de HIV, entre os HSH, de acordo com o tempo de realização da última testagem e o SAD ocorrido após essa testagem. Como resultado, dentre um total de 733 parcerias, observou-se um potencial risco de transmissão em 6 casos de parcerias com testagem a menos de 6 meses e 24 casos de parcerias ocorridas a mais de 6 meses.

DISCUSSÃO

Nesse estudo foi possível evidenciar que a técnica de amostragem *Time Space Sampling* pode ser utilizada no contexto brasileiro, assim como já vem sendo utilizada no contexto internacional (2,6,7,8,24,25), por ser efetiva na busca de resultados confiáveis, por ser relativamente rápida e fácil de ser executada e ainda contar com baixos custos de operacionalização. A ponderação amostral, implementada a partir desse estudo, complementa e ratifica a aleatoriedade da seleção da amostra, garantindo uma maior fidedignidade dos dados e respondendo as antigas críticas referentes a aleatoriedade amostral (21,27).

As perguntas referentes não apenas ao próprio indivíduo, mas também sobre seus parceiros, podem auxiliar na descoberta dos focos de maior risco de transmissão ou aquisição para o HIV. Pelo comportamento sexual e a sorologia, foi possível identificar nesse estudo especificamente onde havia possível risco de transmissão ou aquisição do HIV. Nessa população de HSH aqueles que desconheciam a própria sorologia prestaram contas do potencial mais alto para transmissão ou aquisição do HIV. Os HSH que sabiam da própria condição de HIV-positivos apresentaram o menor risco de transmissão. Sendo assim, é possível considerar que o conhecimento da própria sorologia e a discussão da mesma com os parceiros sexuais, pode auxiliar na redução da aquisição ou transmissão do HIV.

De qualquer modo, dentre os HSH que conheciam a própria sorologia a prevalência de HIV foi bastante alta (40,6/1000), considerando que na população em geral ela fica em menos de 1% (9) e que as respostas foram dadas por auto-relato. Se for considerada a situação de que muitos entrevistados talvez não tenham relatado

sua real condição sorológica por receio de preconceito ou discriminação (3), talvez essa prevalência possa ser ainda maior numa situação real de testagem.

Como visto a partir dos dados, a aceitação da testagem rápida foi alta (87%), portanto essa situação de testagem pode ser idealizada em momentos de pesquisa ou até mesmo em campanhas na qual as pessoas possam obter o resultado imediatamente após a realização do teste. Dessa maneira, evita-se a demora do resultado dos testes, podendo-se obter dados mais reais de prevalência e até mesmo de incidência, se for adotada uma sistemática de realização de re-testagem para aqueles sujeitos que já a realizaram em algum outro momento.

Referente aos dados sócio-demográficos é importante salientar que diferentemente de outros estudos (1,2,6,7,8,14,15,20,24,25,26) que mencionam o pertencimento a raça negra e a classe econômica menos favorecida (classe D/E) como condições de risco para contaminação pelo HIV, nesse estudo foi possível comprovar que essas características não apresentaram significância estatística capaz de apontá-las como risco.

Independente das diversas características apresentadas como pertencentes ao perfil de comportamento de risco, a única variável que se manteve como real fator de risco independente foi o SAD (sexo anal desprotegido) tanto com parceiro fixo como com parceiro casual. Portanto, esse fator ratifica as orientações de diversos autores quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, independente do tipo de parceria, como única ferramenta realmente eficaz para evitar a contaminação pelo HIV durante a relação sexual (4,5,12,13,14,17,18,23).

Atenção especial precisa ser dada aos HSH que são casados com mulheres e

aos que se identificam como heterossexuais. A alta prevalência (375/1000 e 181,8/1000 respectivamente) de HIV-positivo existente nessas duas categorias demonstra o risco que essa população representa, tanto para seus parceiros homens, quanto para suas parceiras mulheres. Considerando para isso que os homens que referiram ser casados mantêm essa condição com mulheres e aqueles que se auto-definiram como heterossexuais estão entre os “garotos de programa” ou “michês” (que consideram essa situação como profissão e por isso não se reconhecem como homossexuais). É necessário portanto, um amplo trabalho de conscientização com essas populações, para que se percebam sob risco e possam, a partir daí, adotarem práticas sexuais mais seguras com seus parceiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse presente estudo apresentou achados importantes em relação aos riscos de contaminação pelo HIV. O mais importante a ser considerado é o fato de que ainda que outros estudos apresentem como fatores associados à transmissão do HIV o fato de ter parceiro eventual, múltiplos parceiros, uso irregular de preservativo, situação econômica desfavorável, desconhecimento da própria sorologia e uso de drogas, foi possível constatar que, de acordo com a análise multivariável, apenas a relação sexual anal desprotegida (ou uso inconstante de preservativo), independentemente do parceiro ser fixo ou casual, permanece como fator de risco independente. Dessa forma, a recomendação do governo brasileiro para o uso de preservativo constante em todas as relações sexuais, como estratégia para prevenção da transmissão do HIV, pode ser considerada a mais acertada até o momento.

As perguntas sobre os parceiros mais freqüentes precisam ser incluídas em estudos de natureza comportamental, pois auxiliam no conhecimento dos comportamentos mais usuais e, conseqüentemente, na descoberta dos focos de maior risco para contaminação pelo HIV.

O conhecimento sobre a própria sorologia (e aqui fica a sugestão de que seja realizada através da testagem rápida para HIV, como um facilitador de acesso a testagem e a seus resultados) e a discussão dessa condição sorológica com os parceiros, podem ser estratégias alternativas para auxiliar no controle da epidemia. Além disso, seguem como recomendações para os programas de prevenção, a promoção de campanhas para o uso de preservativos entre os homens casados, o incentivo a testagem para o HIV mais especificamente entre os HSH e a discussão e

esclarecimento sobre a percepção da condição de HSH entre os “garotos de programa”, para que possam ter maior clareza quanto aos riscos que correm pela aquisição e/ou contaminação pelo HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CDC. MMWR. HIV Incidence among Young Men Who Have Sex with Men – Seven U.S. Cities, 1994-2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov>
2. Choi K, McFarland W, Neiland T, et al. An Opportunity for Prevention. Prevalence, Incidence, and Sexual Risk for HIV Among Young Asian and Pacific Islander Men Who Have Sex With Men, San Francisco. Sexually Transmitted Disease 2004; 31:475-480.
3. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Contrera WF. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. GAPAS: Uma resposta comunitária à epidemia da Aids no Brasil – Brasília: 2000.
5. Gapa Bahia. Manual para Educadores Comunitários em Aids.
6. Katz MH, McFarland W, Guillin V, et al. Continuing high prevalence of HIV and risk behaviors among young men who have sex with men: the Young Men's Survey in the San Francisco Bay Area in 1992 to 1993 and 1994 to 1995. JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr 1998; 19:178-181.
7. Lemp GL, Hirozawa AM, Givertz D, et al. Seroprevalence of HIV and risk behaviors among young homosexual and bisexual men: the San Francisco/Berkeley Young Men's Survey. JAMA 1994; 272:449-54.
8. MacKellar D, Valleroy L, Karon J, Lemp G, Janssen R. The Young Men's Survey: methods for estimating HIV seroprevalence and risk factors among young men who have sex with men. Public Health Rep 1996; 111(Suppl 1):138-144
9. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim

Epidemiológico AIDS. Brasília (DF) 2001 Jul/Set; 27^a-40^a semanas epidemiológicas.

10. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília (DF) 2005 Jan/Jun; 1^a a 26^a semanas epidemiológicas.

11. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/biblioteca/destaques> Acessado em 17 Julho de 2005.

12. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. A camisinha como preventivo ao HIV. In: Preservativo Masculino: Hoje, mais necessário do que nunca! Ministério da Saúde, Brasília 1997a; 49-58p.

13. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Manual do Multiplicador Homossexual. Ministério da Saúde, Brasília 1996; 60p.

14. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais/Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde: Brasília 2002.

15. 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 do HIV/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com os Homens. Brasília 2002.

16. Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL et al. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. Public Health Rep 2001; 116 (1): 216-22.

17. Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de Preservativos:

Pesquisa Nacional MS/IBOPE, Brasil, 2003. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdstd/aids/documentosepublicações>
Acessado em 17 Julho de 2005.

18. Pechansky F. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre. *Cadernos de Saúde Pública* 2005 Jan/Fev; 21(1).

19. Programa Nacional de DST/AIDS – CDC/GAP-Brasil. Amostragem de Populações de Difícil Acesso. Brasília 2004.

20. Rios LF (org) et al. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro, ABIA, 2004.

21. Semaan S, Lauby J, Liebman J. Street and Network Sampling in Evaluation Studies of HIV Risk-Reduction Interventions. *AIDS Rev* 2000; 4:213-223.

22. Szwarcwald C.L. in Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST* 2004 Jan/Jun; 1ª a 26ª semanas epidemiológicas.

23. Teixeira AB. Arco Íris: Sexualidades e Direitos Humanos. *Caderno Vivo* 2002.

24. Valleroy LA, MacKellar D, Karon JM, et al. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. *JAMA* 2000; 284:198-204.

25. Waldo C, McFarland W, Katz MH, MacKellar D, Valleroy LA. Very Young Gay and Bisexual Men Are at Risk for HIV Infection: The San Francisco Bay Area Young Men's Survey II. *JAIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2000; 24:168-174.

26. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Stephens M, Nutland W and Boakye P. HIV, sexual risk, and ethnicity among men in England who have sex with

men *Sex. Transm. Inf.* 2004; 80:443-450.

27. Yee LJ. Effective sampling methods for studies targeting “hidden populations” in HIV research and prevention. Disponível em: <http://apha.confex.com>. Acessado em 15 Dezembro de 2004.

Tabela 1. Prevalências HIV+ de acordo com características sócio-demográficas entre HSH que conhecem a própria sorologia, em POA-Brasil, 2006 - selecionados pela técnica de amostragem TSS*

Características	Total N	HIV+ n (prevalência)	HIV- n	HIV desconhecido	P-value
Faixa Etária	650	20 (40,6/1000)	472	158	<0,001
16-20	125	1 (16,1/1000)	61	63	
21-25	212	5 (30,9/1000)	157	50	
26-30	114	2 (20,6/1000)	95	17	
31-35	63	3 (57,7/1000)	49	11	
36-40	36	2 (58,8/1000)	32	2	
>40	100	7 (82,3/1000)	78	15	
Cidade Residência	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,0058
Porto Alegre	500	18 (45,8/1000)	375	107	
Região Metropolitana	150	2 (20,2/1000)	97	51	
Cor ou raça	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,7456
Branco	501	13 (34,5/1000)	364	124	
Negro	43	3 (93,8/1000)	29	11	
Pardo/mulato	81	3 (47,6/1000)	60	18	
Outra	25	1 (50,0/1000)	19	5	
Estado Civil	650	20 (40,6/1000)	472	158	<0,001
Solteiro	620	15 (31,7/1000)	458	147	
Casado	9	3 (375/1000)	5	1	
Outro	21	2 (181,8/1000)	9	10	
Escolaridade	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,027
Até Ensino Médio Completo	310	11 (50,5/1000)	207	92	
Ensino Superior ou mais	340	9 (32,8/1000)	265	66	
Classe Econômica	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,1121
Alta (A/B)	432	10 (30,3/1000)	320	102	
Média (C)	201	8 (52,6/1000)	144	49	
Baixa (D/E)	17	2 (200/1000)	8	7	

* todas análises são ponderadas e ajustadas de acordo com o desenho do estudo

Tabela 2. Prevalências HIV+ de acordo com características comportamentais entre HSH que conhecem a própria sorologia, em POA-Brasil, 2006 - selecionados pela técnica de amostragem TSS*

Características	Total N	HIV+ n (prevalência)	HIV- n	HIV desconhecido	P-value
Orientação Sexual (auto-referida)	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,0012
Homossexual	435	12 (34,4/1000)	337	86	
Travesti	19	2 (111,1/1000)	16	1	
Bissexual	137	4 (44,9/1000)	85	48	
Heterossexual	21	2 (181,8/1000)	9	10	
Outro	38	0	25	13	
História DST	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,006
Não	568	13 (30,6/1000)	412	144	
Sim	82	7 (104,5/1000)	60	14	
Quantas vezes fez teste HIV	650	20 (40,6/1000)	472	158	<0,001
1	136	1 (7,5/1000)	132	3	
2	124	7 (56,9/1000)	116	1	
3	80	6 (76,9/1000)	72	2	
≥4	161	6 (38,7/1000)	149	6	
Não se aplica	149	0	3	146	
Sexo anal desprotegido com parceiro casual	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,0166
Não	362	8 (29,5/1000)	263	91	
Sim	76	4 (85,1/1000)	43	29	
Não se aplica	212	8 (45,9/1000)	166	38	
Sexo anal desprotegido com parceiro fixo	650	20 (40,6/1000)	472	158	0,031
Não	223	4 (24,5/1000)	159	60	
Sim	214	10 (57,8/1000)	163	41	
Não se aplica	213	6 (38,5/1000)	150	57	

* todas análises são ponderadas e ajustadas de acordo com o desenho do estudo

Tabela 3. Características Sócio-Demográficas e Comportamentais Associadas com o auto-relato da sorologia HIV entre HSH em POA-Brasil, 2006 selecionados pela técnica de amostragem Time Space Sampling (N=650)*

Características	Total N (%)	HIV + n (%)	HIV - n (%)	HIV desconhecido n (%)	p-value
Idade (anos)	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	<0,000
16-20	125 (19,2)	1 (0,8)	61 (48,8)	63 (50,4)	
21-25	212 (32,6)	5 (2,3)	157 (74,1)	50 (23,6)	
26-30	114 (17,5)	2 (1,8)	95 (83,3)	17 (14,9)	
31-35	63 (9,8)	3 (4,8)	49 (77,8)	11 (17,4)	
36-40	36 (5,5)	2 (5,6)	32 (88,9)	2 (5,5)	
>40	100 (15,4)	7 (7,0)	78 (78,0)	15 (15,0)	
Cidade Residência	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	0,0058
Porto Alegre	500 (76,9)	18 (3,6)	375 (75,0)	107 (21,4)	
Área Metropolitana	150 (23,1)	2 (1,3)	97 (64,7)	51 (34,0)	
Raça ou Cor auto-referida	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	0,7456
Branco	501 (77,1)	13 (2,6)	364 (72,7)	124 (24,7)	
Negro	43 (6,6)	3 (7,0)	29 (67,4)	11 (25,6)	
Pardo	81 (12,5)	3 (3,7)	60 (74,1)	18 (22,2)	
Outros	25 (3,8)	1 (4,0)	19 (76,0)	5 (20,0)	
Status Marital	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	<0,000
Solteiro	620 (95,4)	15 (2,4)	458 (73,9)	147 (23,7)	
Casado	9 (1,4)	3 (33,3)	5 (55,6)	1 (11,1)	
Outros	21 (3,2)	2 (9,5)	9 (42,9)	10 (47,6)	
Educação	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	0,027
Segundo grau completo ou menos	310 (47,7)	11 (3,5)	207 (66,8)	92 (29,7)	
Acima segundo grau	340 (52,3)	9 (2,7)	265 (77,9)	66 (19,4)	
SSE (Status Sócio Econômico)	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	0,1121
Classe Alta (A/B)	432 (66,5)	10 (2,3)	320 (74,1)	102 (23,6)	
Classe Média (C)	201 (30,9)	8 (4,0)	144 (71,6)	49 (24,4)	
Classe Baixa (D/E)	17 (2,6)	2 (11,8)	8 (47,0)	7 (41,2)	
Orientação Sexual Auto-referida	650 (100)	20 (3,08)	472 (72,58)	158 (24,34)	0,0012
Homossexual	435 (66,9)	12 (2,7)	337 (77,5)	86 (19,8)	
Travesti	19 (2,9)	2 (10,5)	16 (84,2)	1 (5,3)	
Bissexual	137 (21,1)	4 (3,0)	85 (62,0)	48 (35,0)	
Heterossexual	21 (3,2)	2 (9,5)	9 (42,9)	10 (47,6)	
Outros	38 (5,9)	0 (0)	25 (65,8)	13 (34,2)	

* todas análises são ponderadas e ajustadas de acordo com o desenho do estudo

Figura 1. Risco de transmissão HIV entre parcerias HSH conforme sorologia e sexo anal desprotegido (SAD)

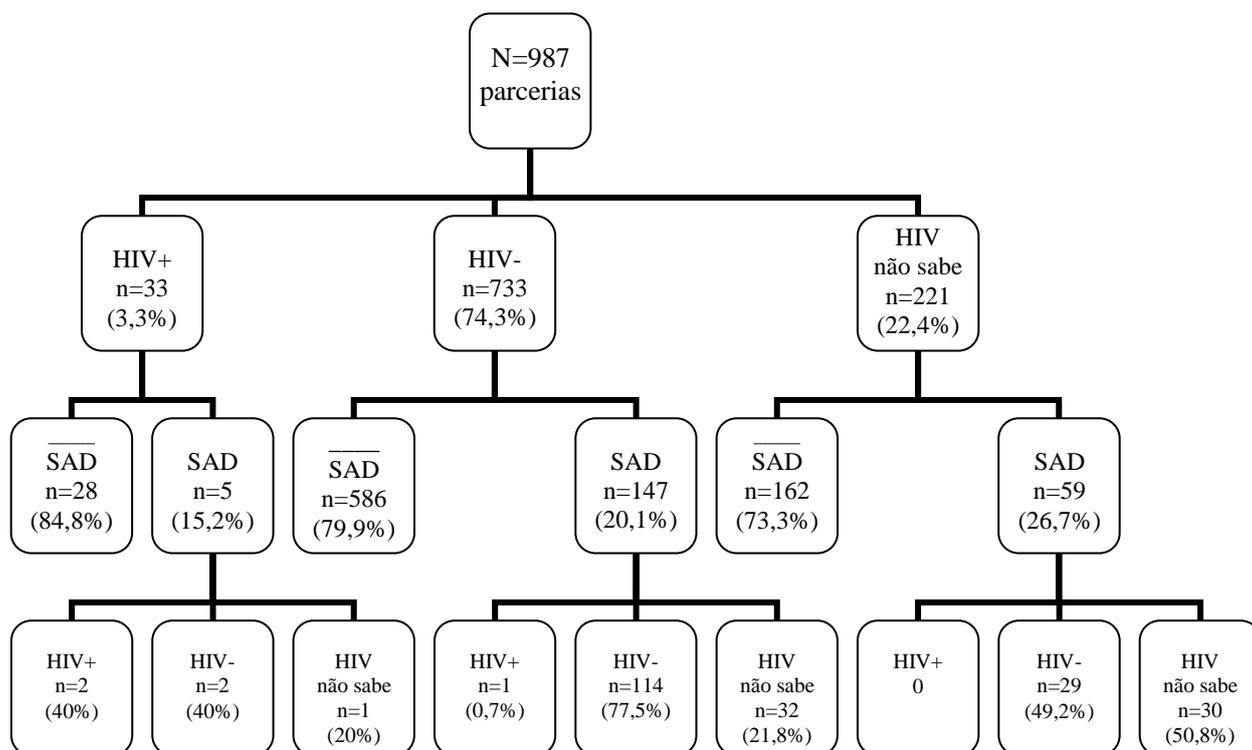
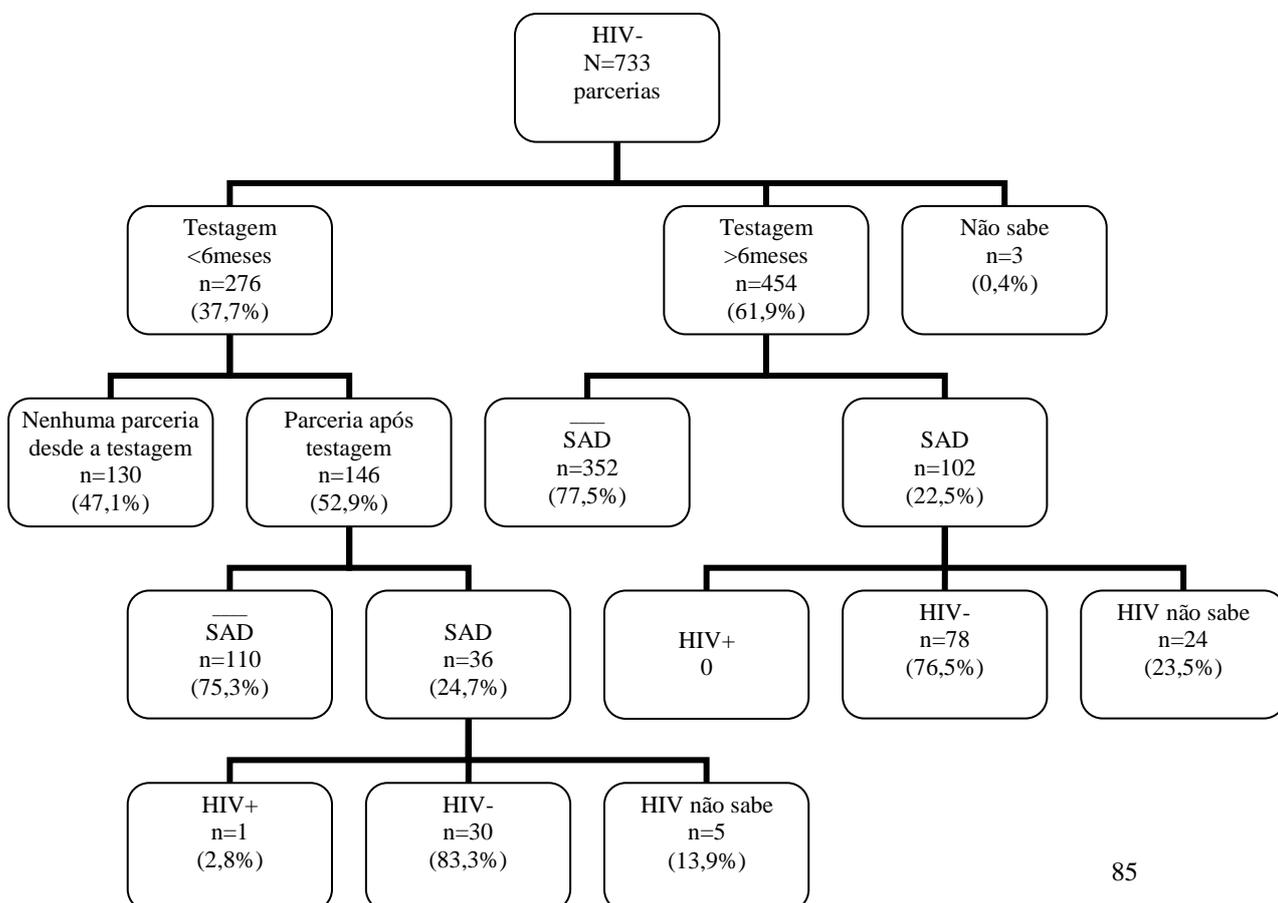


Figura 2. Risco de transmissão HIV entre parcerias HSH com tempo de testagem, sorologia HIV-negativa e sexo anal desprotegido (SAD)



7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo pudemos evidenciar, que perguntas não apenas sobre o próprio indivíduo, mas sobre seus parceiros, podem auxiliar na descoberta dos focos de maior risco de transmissão ou aquisição para o HIV.

Particularmente, percebemos que o conhecimento do status sorológico também pode ser utilizado como forma de proteção. Uma vez sabendo a própria sorologia, o indivíduo passa a ter um maior cuidado nas relações sexuais com os parceiros. Aqueles que apresentaram um maior risco de transmissão ou aquisição do HIV, foram justamente os indivíduos que desconheciam a própria sorologia. Isso talvez de conta da alta prevalência de HIV/Aids nessa população específica (4,1%).

Os fatores encontrados que apresentaram associação com a sorologia de HIV positiva, foram o sexo anal ativo e passivo (ou receptivo) desprotegido entre os parceiros com sorologia discordante. Por isso, recomendamos a discussão do próprio status sorológico com o parceiro sexual além do uso do preservativo constante.

Fator importante a ser mencionado é que a prevalência medida de HIV foi apenas através do auto-relato. Essa foi uma das limitações do estudo, mas, exatamente por esse motivo, consideramos que esses valores de prevalência sejam ainda maiores, visto que, as pessoas em geral, ainda têm o receio de informar sua real sorologia por medo de sofrer preconceito.

Outras limitações referem-se a metodologia, mesmo ela tendo se mostrado muito eficaz para pesquisas epidemiológicas e comportamentais, deve-se a

dificuldade em atingir extratos da população HSH que não freqüentam locais públicos. Além disso, os extratos da população que se concentram na classe econômica menos favorecida também ficam subestimados pelo desenho metodológico.

Os serviços de saúde devem dar uma atenção e cuidado especial aos homens casados, que mantêm relações sexuais com outros homens, mas não se reconhecem como HSH. Isso porque eles apresentaram alta prevalência de HIV/Aids, o que pode estar contribuindo para o número crescente de infecções entre as mulheres.

Os programas de prevenção devem incentivar a testagem para o HIV amplamente na população, mas precisam dar um enfoque direcionado especificamente aos HSH. A testagem rápida pode ser uma alternativa, pois apresentou uma boa aceitação entre a população (87%) e apresenta resultados de forma rápida e segura para o controle da epidemia.

8. ANEXOS

ANEXO A – Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS/RS)

MINISTÉRIO DA SAÚDE/PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS –

CDC/GAP-BRASIL

CENTRO DE ESTUDOS EM AIDS/DST DO RIO GRANDE DO SUL (CEARGS)

**PERFIL DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HIV/Aids EM
HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) A PARTIR DO USO
DA TÉCNICA DE AMOSTRAGEM *TIME SPACE SAMPLING* (TSS) –
PORTO ALEGRE, 2005**

Orientador: Jair Ferreira

Mestranda: Letícia Nolde Melo

Porto Alegre, 2005

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1 A HISTÓRIA DA AIDS E O CONTEXTO ATUAL.....	7
2.2 O MOVIMENTO HOMOSSEXUAL E A AIDS.....	9
2.3 A POPULAÇÃO HSH, SUA DIVERSIDADE E SUAS ESPECIFICIDADES ...	13
2.4 FORMAS DE TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS.....	16
2.5 A VULNERABILIDADE SOCIAL.....	17
3. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	20
3.1 OBJETIVO GERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4. HIPÓTESE DO ESTUDO.....	21
5. METODOLOGIA.....	22
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	23
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	23
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	23
5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
5.5 CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA.....	23
5.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO.....	24
6. VARIÁVEIS	25
6.1 VARIÁVEIS PREDITORAS.....	25
6.2 VARIÁVEL DE DESFECHO.....	25
7. EQUIPE DE TRABALHO.....	26
7.1 TREINAMENTO DA EQUIPE.....	27

7.2 MONITORAMENTO E PERFORMANCE DA EQUIPE.....	27
8. AMOSTRAGEM <i>TIME SPACE SAMPLING</i> (TSS).....	27
8.1 PESQUISA FORMATIVA.....	28
8.2 OBSERVAÇÃO DO TIPO I.....	28
8.3 OBSERVAÇÃO DO TIPO II	29
8.4 ETAPAS DA PESQUISA FORMATIVA	29
8.5 DETERMINAÇÃO DA ÁREA DE ABORDAGEM, CONTAGEM E RECRUTAMENTO..	30
8.6 ETAPAS DA RANDOMIZAÇÃO DOS LOCAIS.....	32
8.7 SITUAÇÕES EM QUE SE UTILIZA A SEGUNDA OPÇÃO DE HORÁRIO.	32
8.8 REGRAS PARA A UTILIZAÇÃO DA SEGUNDA OPÇÃO DE HORÁRIO..	33
8.9 REGRAS PARA UTILIZAÇÃO DE EVENTOS ESPECIAIS.....	33
8.10 REVISÃO E ENTRADA DE DADOS.....	33
8.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
10 CRONOGRAMA.....	37
11 ORÇAMENTO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXOS.....	46
ANEXO 1	47
ANEXO 2.....	48
ANEXO 3.....	49
ANEXO 4.....	51
ANEXO 5	52
ANEXO 6.....	53

ANEXO 7.....	54
ANEXO 8.....	55

1 INTRODUÇÃO

Conforme o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS de junho de 2005⁴, foi verificada uma variação da taxa de incidência de Aids do período de 1994 a 2004 de 11,9 para 31,4/100000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul. Analisando os dados por tipo de exposição em adultos no ano de 2004, evidencia-se que nos casos de AIDS notificados, 25,3% representam os homens que fazem sexo com homens (entre homossexuais e bissexuais), 42,1% representam os heterossexuais e 13,1% os usuários de drogas injetáveis. Apesar da epidemia de HIV/AIDS demonstrar evidentes tendências de acometimento proporcional crescente de mulheres e homens heterossexuais, se analisados os coeficientes de incidência (que levam em consideração o tamanho das populações sob risco), constata-se que continua aumentando a transmissão entre indivíduos de populações de difícil acesso, que em geral são as mais vulneráveis, como por exemplo a população de HSH.

Populações de difícil acesso^{7,8,9,10} são aquelas definidas como sendo ilegais ou clandestinas, as que apresentam alto nível de estigma e discriminação, as negligenciadas pela população em geral e governo, ou ainda, aquelas em que são difíceis de diferenciar os membros que pertencem ao grupo dos que a ele não pertencem.

A partir da estimativa de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) em 2004, que representam 3,5% do total na população masculina brasileira¹¹, podemos fazer uma estimativa do risco relativo entre HSH e heterossexuais. Esta estimativa é calculada em aproximadamente RR=16, isto é, HSH possuem 16 vezes maior probabilidade de contaminação pelo vírus HIV do que os homens em geral.

Através de diversas pesquisas com populações diversas, é sabido que a transmissão do HIV é também facilitada por outras DSTs, bem como por ter um comportamento sexual que inclua parceiros eventuais e/ou múltiplos parceiros, uso irregular de preservativo, situação econômica desfavorável, desconhecimento da situação sorológica e uso de drogas. Esses todos são considerados fatores associados a infecção por DST/HIV^{11,7,9,13}.

É imprescindível, portanto, que possamos conhecer os comportamentos de risco nessa população específica de HSH, com o objetivo de desenvolver intervenções focadas e, especialmente, possibilitar a avaliação das intervenções existentes em prevenção das DST/HIV.

Tecnologias inovadoras de amostragem, como a amostragem *Time Space Sampling (TSS)*^{7,8,9,10} associadas à vigilância epidemiológica de segunda geração, podem trazer informações de boa qualidade e de forma rápida, possibilitando o uso imediato dos resultados. Essas tecnologias têm a vantagem, ainda, de permitir a aferição de tendências de forma mais dinâmica, evitando o retardo decorrente do longo período de latência de infecção e do atraso nas notificações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A História da Aids e o Contexto Atual

No final da década de 70 e início de 80, surgia no mundo uma nova doença, identificada pouco tempo depois como uma síndrome. Essa nova síndrome passou a ser conhecida como Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Os primeiros casos ocorreram entre os homens homossexuais que moravam no Haiti, EUA e África Central. Rapidamente a nova síndrome foi se espalhando e com ela criou-se o termo “grupo de risco”, que era composto de 4Hs (Homossexuais masculinos, Hemofílicos, Heroinômanos (usuários de drogas injetáveis) e Haitianos), mesmo que os mais atingidos e identificados fossem os homossexuais. Essa composição fez com que a população em geral não se sentisse sob risco, tardando a adoção de medidas preventivas, inclusive por parte dos organismos governamentais.^{1,2,3}

Ainda no início da epidemia, as populações mais atingidas foram os indivíduos expostos a sangue e hemoderivados que gradativamente foram diminuindo (4,9% entre 1980-90 para 0,9% em 2004),^{4,5} pelo controle e testagem da qualidade do sangue nos bancos de sangue; e os usuários de drogas injetáveis (20,4% entre 1980-90 para 17,4% em 2004)^{4,5}, que apresentaram uma redução apenas aparente, como consequência do aumento gradativo de outras sub-categorias. Atualmente as mulheres e conseqüentemente as crianças (através da transmissão materno infantil), são as que mais estão sofrendo com a epidemia.^{1,3}

No Brasil, a Aids foi identificada apenas em 1983, através de um indivíduo que havia falecido em 1981 e manifestado a doença em 1980. Esse fato foi o que

marcou a primeira resposta do governo ao início da epidemia, sendo que dois anos depois (em 1985) foi criado o Programa Nacional de DST e Aids pelo Ministério da Saúde. Cabe salientar, que dentro do contexto mundial e considerando as diversas dificuldades enfrentadas pelo país, a resposta nacional a epidemia pôde ser considerada como precoce (mesmo que as medidas preventivas tenham tardado).^{1,3,6}

No início, restrita apenas as grandes capitais (RJ e SP), a epidemia foi tendo a sua expansão para outras grandes capitais e principalmente nos municípios menores, com menos de 50000 habitantes. Cabe salientar entretanto, que na região Sul, mesmo a epidemia não estando numa fase inicial, ainda continua em fase de crescimento da contaminação. Além dessa interiorização, a epidemia também foi se direcionando para uma feminilização, pauperização e também atingindo pessoas com menor grau de escolaridade.^{1,3}

Conforme o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS de junho de 2004⁴, foi verificada uma variação da taxa de incidência de Aids do período de 1993 a 2003 de 11,9 para 31,4/100000 habitantes no estado do Rio Grande do Sul. Analisando os dados por tipo de exposição em adultos no ano de 2004, evidencia-se que nos casos de AIDS notificados, 25,3% representam os homens que fazem sexo com homens (entre homossexuais e bissexuais), 42,1% representam os heterossexuais e 13,1% os usuários de drogas injetáveis.

Apesar da epidemia de HIV/AIDS demonstrar evidentes tendências de acometimento proporcional crescente de mulheres e homens heterossexuais (como já mencionado), se analisarmos os coeficientes de incidência (que levam em consideração o tamanho das populações sob risco), constatamos que continua

aumentando a transmissão entre indivíduos de populações de difícil acesso. Populações de difícil acesso^{7,8,9,10} são aquelas definidas como sendo ilegais ou clandestinas, as que apresentam alto nível de estigma e discriminação, as negligenciadas pela população em geral e governo, ou ainda, aquelas em que são difíceis de diferenciar os membros que pertencem ao grupo dos que a ele não pertencem. Como exemplo, podemos citar os profissionais do sexo, os Usuários de Drogas Injetáveis e a população de HSH.⁶

A partir da estimativa de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) em 2004, que representavam 3,5% do total na população masculina brasileira¹¹, podemos fazer uma estimativa do risco relativo entre HSH e heterossexuais. Esta estimativa é calculada em aproximadamente $RR=16$, isto é, HSH possuem 16 vezes maior probabilidade de contaminação pelo vírus HIV do que os homens em geral. De acordo com cada pesquisa, essa probabilidade ainda varia entre 8 e 11.^{3,6}

Através de pesquisas com populações diversas, é sabido que a transmissão do HIV é também facilitada por outras DSTs, bem como por ter um comportamento sexual que inclua parceiros eventuais e/ou múltiplos parceiros, uso irregular de preservativo, situação econômica desfavorável, desconhecimento da situação sorológica e uso de drogas. Esses todos são considerados fatores associados a infecção por DST/HIV^{11,7,9,13}.

2.2. O Movimento Homossexual e a Aids

Como dito anteriormente, o maior impacto da epidemia da Aids foi sobre a comunidade homossexual. No início da década de 80, os termos mais usados para se referir a epidemia eram “a peste” ou “o câncer” gay. Dessa forma, todo um contexto

de preconceito social foi gerado, principalmente em função dos casos que tinham maior notoriedade pública estarem relacionados aos homossexuais, o que resultava na associação direta de toda e qualquer morte por Aids com o tipo de orientação sexual.^{1,2,3,14,31}

Entretanto, para compreendermos melhor a história da Aids relacionada com o movimento homossexual no Brasil é necessário entendermos também o contexto político e social que vivíamos nas décadas de 70 e 80, quando estávamos mergulhados em plena ditadura militar. Quando a epidemia do HIV/Aids se iniciava com uma forte associação aos homossexuais, a suposta liberdade que se estabelecia no Brasil, é progressivamente eliminada e a censura retorna ainda mais acirrada após o AI5 (Ato Institucional nº 5).^{1,2,3,14,31}

Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos, a situação era completamente oposta. A população vivia sob influências diversas conquistadas a partir dos reflexos dos movimentos juvenis contraculturais e dos movimentos de esquerda ocorridos na década de 60.^{1,14}

Nesse contexto de maior liberdade ocorreu um fato histórico que marcou o início do movimento homossexual organizado no mundo. No dia 28 de junho de 1969, no bairro Greenwich Village de Nova Iorque, após mais uma batida policial realizada no bar *Stonewall Inn*, os frequentadores do local decidiram dar um basta a violência a qual eram submetidos, pelo simples fato de frequentarem um local reservado ao público gay. Manifestações públicas com palavras de ordem como “sou homossexual e me orgulho disso” foram gritadas em frente ao bar e arredores durante três dias. Essa reação marcou o final de uma série de humilhações e discriminações e

ficou instituído esse dia (28 de junho), como o “Dia do Orgulho Gay” ou “Gay Pride”^{1,3,14}.

Uma das grandes conquistas decorridas desse processo foi o fato da Associação Psiquiátrica Americana oficializar, em 1973, que a homossexualidade não se tratava de doença psíquica, nem distúrbio de conduta sexual. Fato esse que só veio a ocorrer no Brasil em 1985, quando o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da lista dos desvios/transtornos sexuais curáveis. Seguindo essa linha, em 1993, a homossexualidade saiu da Classificação Internacional de Doenças (CID) e em 1999, o Conselho Federal de Psicologia proíbe os psicólogos de utilizarem nos atendimentos clínicos o conceito e tentativa de “cura” dos homossexuais. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina autoriza as cirurgias de mudança de sexo.^{1,15}

No Brasil, após o início de um processo de abertura política e sob a influência das conquistas nos Estados Unidos, velhos tabus começam a ser derrubados. Em 1978 surge o jornal “O Lâmpião da Esquina”, que abordava temas diversos associados à sexualidade, e que dá início a criação de diversas organizações em defesa dos direitos dos homossexuais, sendo o grupo Somos - o Grupo de Afirmação Homossexual de São Paulo, considerado o primeiro grupo homossexual do Brasil. Logo em seguida (1980) é criado em Salvador o Grupo Gay da Bahia, cuja primeira ação reconhecida foi a luta pela retirada da homossexualidade do grupo de “doenças curáveis”, já mencionado anteriormente.¹

São criados também, nesse período, espaços específicos de encontro e socialização - bares e boates - quase exclusivamente para o público gay. Entretanto,

quando a Aids torna-se pública e vinculada a esse público, a tranqüilidade estabelecida nesses espaços e entre seus freqüentadores é subitamente suprimida. A recentemente criada comunidade homossexual, ou abandona o “gueto” (termo utilizado pelos homossexuais para definir os seus espaços de socialização) ou se une para combater a nova ameaça e desafios trazidos pela epidemia.^{1,31,34}

Assim, começam a surgir no País, as ONGs (Organizações Não-Governamentais) voltadas especificamente para a defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids e a luta contra o preconceito e discriminação. Ainda nessa fase, como não contávamos com medicamentos para tratamento da Aids, a ampla divulgação de materiais informativos sobre prevenção foi uma das formas mais efetivas de prevenção contra a contaminação pelo HIV. A sociedade brasileira, antes tão fechada e rígida, é obrigada a expor abertamente questões sobre a sexualidade, explicitando também as diferentes orientações e práticas sexuais existentes.¹

A exemplo do que já ocorria nas grandes capitais do mundo, em 1998 em São Paulo, é realizada a primeira Parada do Orgulho GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros). As Paradas passam a ocorrer em diversas cidades brasileiras e tornam-se referência para a visibilidade do movimento homossexual perante a sociedade brasileira, tornando pública a discussão sobre os direitos, dignidade e cidadania dos homossexuais.^{1,2,14} Nos anos 90 registram-se os primeiros grandes avanços sociais e políticos, advindos da luta dos homossexuais, principalmente em relação à aprovação de leis municipais e estaduais contra a discriminação com base na orientação sexual.¹

Cabe destacar algumas dessas conquistas, (especialmente uma delas em função de ter sido movida por uma ONG de Porto Alegre (NUANCES) e Ministério Público no Rio Grande do Sul), cuja decisão judicial obriga o INSS a concessão do direito à pensão aos parceiros homossexuais.^{14,42}

Seguida a essa conquista, temos um julgamento e condenação por assassinato de um homossexual, onde o argumento principal da acusação foi a intolerância homofóbica; o direito a guarda de uma criança concedida a um casal homossexual (cuja paternidade biológica era de um deles); e o estabelecimento de punições aos locais comerciais que discriminarem em decorrência da orientação sexual (atualmente contando com 76 municípios, 2 estados e o Distrito Federal, que possuem leis específicas nesse sentido).^{1,2,14,31}

2.3 A População HSH, sua Diversidade e suas Especificidades

Assim como a heterossexualidade compreende uma grande diversidade, representada por diversas formas de comportamento estilos de vida e estereótipos, o mesmo acontece com a homossexualidade. Essa, trata-se de uma atração por uma pessoa do mesmo sexo e que não apresenta uma explicação específica, assim como a heterossexualidade também não apresenta. A homossexualidade depende, basicamente, da orientação sexual de cada um, que é a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente pela outra, não podendo ser modificada por um ato da vontade, já que, na psicologia, não se considera que essa seja uma opção consciente de cada indivíduo.¹⁵

Conforme Rossi et al, “Ser homossexual ou gay não é, portanto, somente sinônimo de uma maior feminização, assim como ser heterossexual não pressupõe apenas a existência de figuras masculinizadas ao extremo”¹. Há, portanto, diversas formas de viver a homossexualidade, já que “sentir desejo por pessoas do mesmo sexo não significa dizer que todos pensam e agem de forma idêntica”¹. Um ponto importante a salientar é o fato de muitos homens que mantêm relacionamentos sexuais com outros homens, não se reconhecerem como homossexuais ou bissexuais, já que a identidade não é apenas uma construção pessoal.¹

A identidade sexual é formada a partir dos estereótipos criados coletivamente, mas nem sempre estão de acordo com o sexo biológico ou com a genitália da pessoa. A identidade é o sentimento de masculinidade ou feminilidade que acompanha a pessoa ao longo da vida. Temos, por exemplo, homens que usam roupas consideradas femininas, os que se travestem por se perceberem interiormente como mulheres ou ainda os que se mostram fisicamente super masculinizados para demonstrar que realizam as práticas de penetração ativa na relação sexual. Sendo assim, as pessoas que não se sentem identificadas com qualquer um desses estereótipos, podem não se considerar como homossexuais, por exemplo. Tudo irá depender das especificidades do local e das características culturais das comunidades.¹⁵

Uma das principais conseqüências desse fato associa-se à maior vulnerabilidade dos homens e rapazes com aparência masculina, que não se assumem como gays, mas que mantêm relações sexuais com outros homens, como é o exemplo dos garotos de programa ou michês. Em função disso, ficam muito mais vulneráveis

a infecção do HIV/Aids por não se sentirem sujeitos a infecção. Aqui, a divisão entre ativos e passivos, exerce sua força também na hora da negociação do uso do preservativo. É comum que os homens que se consideram ativos (e assim supostamente imunes ao HIV), se neguem a usar o preservativo com seus parceiros e parceiras (tantos os fixos como os ocasionais).¹

Para dar conta dessa complexa diversidade é que foi criada a expressão HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), que é utilizada principalmente na epidemiologia (entre profissionais área da saúde), para referirem-se a homens que mantêm relações sexuais com outros homens, independente destes terem identidade sexual homossexual.¹⁵

Relacionamos a seguir as formas mais comuns de identificarmos os HSH, segundo o padrão de conduta e/ou identidade sexual^{1,14,15}:

Homossexuais: são considerados todos os indivíduos que têm orientação sexual e afetiva por pessoas do mesmo sexo.

Gays: são aqueles indivíduos que, além de se relacionarem afetiva e sexualmente com pessoas do mesmo sexo, têm um estilo de vida de acordo com essa sua preferência, vivendo abertamente sua sexualidade.

Bissexuais: são indivíduos que se relacionam sexual e/ou afetivamente com ambos os sexos.

Transgêneros: são os indivíduos que expressam seu gênero de maneira distinta do seu sexo anatômico. Nesse caso, são homens no sentido fisiológico, mas

que se relacionam com o mundo como mulheres. Nessa categoria temos outras duas subcategorias, as travestis e as transexuais.

Transexuais: são as pessoas que não aceitam seu sexo anatômico e possuem um desejo constante e intenso de modificar seu sexo genital. O fator psicológico predomina, sendo a psique oposta a genitália que o indivíduo apresenta.

Travestis: a travesti é um homem (fisiologicamente), mas também se relaciona com o mundo como mulher. As diferenças principais são: tem corpo moldado com formas femininas; socialmente exerce o papel da mulher mas, entretanto, usa seu órgão genital em suas relações sexuais, podendo inclusive exercer papel sexual ativo. Além disso, a travesti ousa derrubar alguns limites sociais, utilizando silicone por exemplo, para a transformação de seu corpo. Cabe salientar que geralmente não existe uma definição se travesti é um homem ou uma mulher, ela é simplesmente uma travesti, o que a faz única dentro do contexto social.

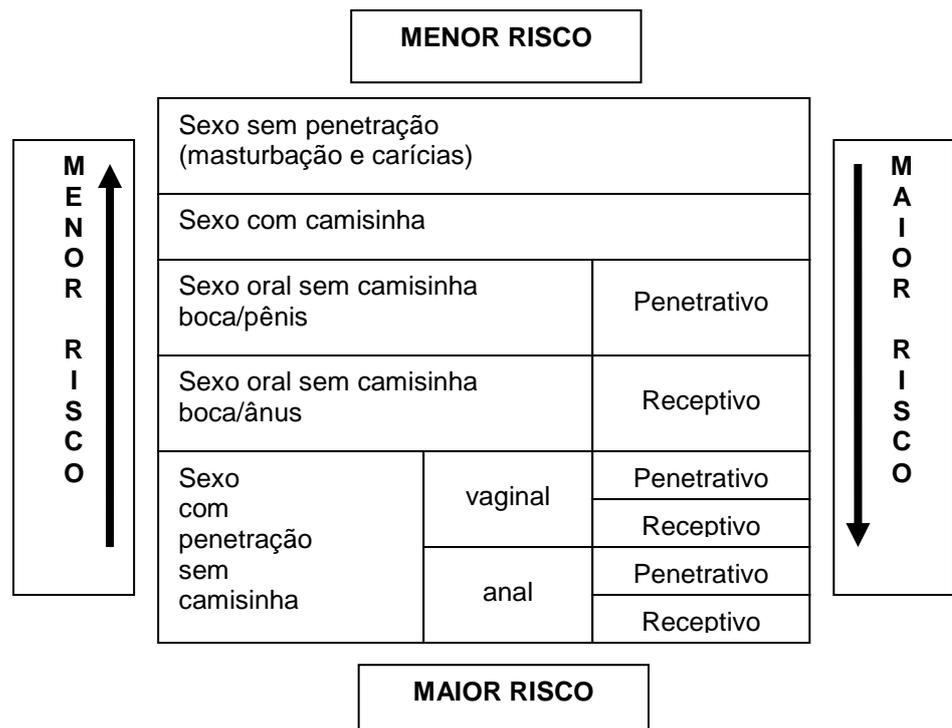
Transformistas: são os homens que se travestem (ou se montam) apenas para fazer *shows* ou performances artísticas, mas que no cotidiano se vestem e se portam como homens. Eventualmente, as transformistas podem se travestir com o intuito do exercício da prostituição.

Drag-queens ou drag-kings: são aqueles indivíduos que se travestem em uma condição exagerada e/ou humorística da imagem feminina, para representar a mulher de forma satirizada, seja na realização de *shows*, ou com o sentido de divertir as pessoas.

2.4 Formas de Transmissão e Prevenção do HIV/Aids

Como sabemos, o vírus do HIV pode ser transmitido pela relação sexual desprotegida com pessoa contaminada, pelo contato com sangue e hemoderivados contaminados, por contato com materiais perfuro cortantes contaminados (incluindo o compartilhamento de seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis) e pela transmissão materno infantil (de mãe para filho) durante a gravidez, na hora do parto ou na amamentação.^{3,6,16,18,26,34}

Ao longo da epidemia no Brasil, até os dias de hoje, aproximadamente 70% dos casos de Aids foram decorrentes da infecção por relações sexuais sem preservativo. Dentre as práticas sexuais, algumas são consideradas de menor ou maior risco, de acordo com a chance de infecção. Para exemplificar a variação entre os riscos de infecção, segundo os diferentes tipos de práticas sexuais, podemos observar o diagrama abaixo:^{3,6,16,18,26,34}



Podemos observar, a partir do diagrama, o quanto o uso do preservativo (camisinha) durante as relações sexuais, pode barrar o caminho de entrada do vírus no corpo humano. Portanto, a prioridade nas intervenções em prevenção das DST/HIV/Aids deve estar, dentre outras coisas, no reforço da necessidade de proteção e de negociação do uso da camisinha. Ainda é importante lembrar, “que não basta apenas dispor da camisinha, pois na prevenção, outros fatores têm influência direta, tais como a pessoa estar bem, com auto-estima elevada, ter seus direitos de cidadania respeitados, estar bem consigo mesma, na família, no trabalho, no amor e na comunidade”^{17,18}.

2.5 A Vulnerabilidade Social

Uma estimativa apresentada no Relatório Kinsey^(in 1), dá conta de que os homossexuais masculinos e femininos representam por volta de 10% da população, o que significaria dizer que no Brasil existe cerca de 17 milhões de homossexuais. No entanto, os homossexuais estão entre as minorias sociais mais vulneráveis na sociedade brasileira, atingindo um índice de 80% de rejeição entre os formadores de opinião.^{1,2,15,32,38}

Dentro de todo esse contexto, podemos dizer que a discriminação e o preconceito contra os homossexuais constitui uma das áreas de maior índice de violação dos direitos humanos em nosso País.^{1,2,15,32,38}

Analisando dados epidemiológicos sobre as pessoas infectadas pelo HIV/Aids, podemos identificar que a infecção, considerada em alguns estudos como estando em declínio (em HSH cai de 10,8% em 1999 para 4,7% em 2001)⁶, continua em patamares elevados entre homossexuais e bissexuais. A probabilidade dessa

população estar infectada com o vírus do HIV varia de 8 até 12 vezes mais do que a de um heterossexual.^{1,3,6}

Certamente diversos fatores podem estar influenciando nessa situação, iniciando pela forma como a sociedade em geral ainda costuma ver a categoria de homossexuais, como marginal, delinqüente, pervertida, criminosa, pecadora e, mesmo quando vítimas, tratada como réu. Esse estigma age diretamente na auto-estima dos homossexuais, levando-os, a vivenciar um sentimento de inadequação social e/ou psicológica.^{1,2}

Neste sentido, estudos entre adolescentes têm mostrado que os jovens homossexuais são mais suscetíveis a diversos riscos além da infecção pelo HIV, como o risco de abuso físico, problemas escolares, fuga de casa e problemas psicológicos. Já as travestis, de uma forma geral, possuem baixa escolaridade, pois em função das chacotas ou violências pelas quais passam no ambiente escolar (geradas pelo processo do uso de silicone que se inicia já no começo da adolescência), acabam por abandonar os estudos muito cedo, ocasionando baixa ou nenhuma qualificação educacional e profissional.^{1,6}

As diferenças entre as classes sociais e as relações raciais existentes também ficam evidente, quando uma pessoa com prática homossexual de uma classe menos favorecida ou negra acaba tendo menos acesso à informação e aos serviços de saúde do que as demais.^{1,6,18,12}

Esses estigmas passados pelos homossexuais, podem gerar uma baixa-estima, que se traduz pelo exercício de práticas sexuais pouco seguras. Assim como podem ser associados às situações de violência física, quando eles precisam buscar

ambientes isolados e conseqüentemente perigosos para a prática do sexo casual, correndo o risco de violência por parte da polícia, de bandidos e, até mesmo dos próprios parceiros. Tais situações geram, também, menor possibilidade de negociação do sexo seguro, como uma medida de prevenção e de cuidado com a saúde.¹

Também dentro do contexto familiar, quando os homossexuais decidem revelar a sua condição, a família reproduz o estigma social, e acaba rejeitando-os (79% dos brasileiros dizem que ficariam tristes se tivessem um filho homossexual). Isso ocorre entre todos, mas com ainda maior ênfase entre as travestis, e a expulsão de casa, atitude bastante comum no histórico dos homossexuais, associada a dificuldade de obter emprego (os que demonstram maneirismos considerados femininos) leva-os a buscar alternativas de trabalho no mercado informal, sendo o exercício da prostituição uma das opções mais freqüentes.¹

Esse fato pode ser confirmado, quando observamos os dados de uma pesquisa realizada pelo Ibope em 1993, que afirma que 56% dos brasileiros mudariam sua conduta com o colega de trabalho se soubessem que ele é gay, 45% trocariam de médico e dentista e 36% deixariam de contratar um homossexual para sua empresa mesmo que esse fosse o candidato mais qualificado.

Quanto a prática da prostituição, resultados de uma pesquisa realizada junto a travestis em Fortaleza¹, mostram que 66% delas têm a prática do sexo comercial como sua exclusiva fonte de renda e 90% fazem programas (mesmo que eventualmente).

Assim como entre as travestis, a população masculina que recorre a prática da prostituição (os garotos de programa) também passa pela clandestinidade. Como são mais marginalizados socialmente do que as mulheres profissionais do sexo, eles precisam recorrer a casas de massagem, bordéis, saunas e serviços em domicílio como opção à rua para ponto de prostituição.¹

Em geral, a faixa etária desses garotos oscila entre 15 e 24 anos, sendo que os clientes desse comércio sexual têm idade média acima de 35 anos. Cabe lembrar, como já mencionado anteriormente, que um considerável número de garotos de programa não se consideram homossexuais, portanto não se sentem sob risco e podem não fazer uso do preservativo em função dessa condição.^{1,4}

Outro fator importante a ser mencionado é o uso de drogas. A região Sul, têm demonstrado que os consumidores de drogas apresentam uma prevalência de infecção por HIV de 22,5%, sendo que os principais comportamentos associados são a relação sexual desprotegida e o uso de drogas injetáveis¹⁹, o que está de acordo com a literatura internacional.²⁰

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivo Geral

- Traçar um perfil de comportamentos de risco para contaminação por DST/HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, da cidade de Porto Alegre.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever por componentes sócio-demográficos e comportamentais a população de HSH, freqüentadora de bares, saunas, boates, danceterias, etc, da cidade de Porto Alegre;
- Descrever a presença de comportamentos preventivos para a infecção das DST/HIV entre freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, da cidade de Porto Alegre;
- Verificar a aceitabilidade da testagem rápida para HIV, através de questionamento próprio, na população de HSH, freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, da cidade de Porto Alegre;
- Estimar a prevalência de HIV através do auto-relato entre a população estudada;
- Identificar e avaliar a cobertura dos programas e ações de prevenção em DST/HIV estabelecidos pelas ONGs, entre os freqüentadores de bares, saunas, boates, danceterias, etc, da cidade de Porto Alegre;

4 HIPÓTESE DO ESTUDO

- Ter parceiro eventual, múltiplos parceiros, uso irregular de preservativo, situação econômica desfavorável, desconhecimento da situação sorológica e uso de drogas são fatores associados a infecção por DST/HIV.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do Estudo

O delineamento utilizado será o de um estudo transversal com componentes descritivos e analíticos.

5.2 População em Estudo

A população em estudo será a de HSH (incluindo os profissionais do sexo), moradores de Porto Alegre/RS e da região metropolitana, freqüentadores de parques, bares, boates, saunas, etc.

5.3 Critérios de Inclusão

Homens que fazem sexo com homens, com idade igual ou superior a 16 anos, residentes em Porto Alegre e na região metropolitana.

5.4 Critérios de Exclusão

Não existe critério de exclusão para o estudo.

5.5 Cálculo de Tamanho de Amostra

O tamanho da amostra é obtido pela estimativa da prevalência de HIV entre HSH em Porto Alegre. Assumindo uma prevalência estimada de 16%, com 95% de confiança e um intervalo de +/-3%, o tamanho da amostra para um poder de 80% é de 564 HSH. Esperando que aproximadamente 10% dos sujeitos entrevistados freqüentem os locais sorteados, mas não sejam HSH, definimos a amostra final em 620 HSH.

Considerando a técnica TSS e a necessidade de uma maior diversidade que seja realmente representativa da amostra, esperamos recrutar um mínimo de 8 HSH por local visitado, com uma freqüência de 14 locais/mês, perfazendo um período de 6 meses para a coleta dos dados.

5.6 Instrumentos Utilizados no Estudo

- Formulário de locais e contatos (anexo 1)
- Formulário de Observação Tipo I (anexo 2)
- Formulário de Observação Tipo II (anexo 3)
- Formulário geral de locais e horários para visitas (anexo 4)
- Calendário de Visitas (anexo 5)
- Formulário de Recrutamento (anexo 6)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 7)
- Formulário de Entrevista (anexo 8)

6 VARIÁVEIS EM ESTUDO

6.1 Variáveis Predictoras

Variáveis sócio-demográficos (idade, raça, cidade residência, estado conjugal, escolaridade, renda) e comportamentais (conhecimento de prevenção e controle em DST/HIV/Aids, percepção de risco, conhecimento da condição sorológica para HIV, uso de drogas lícitas e ilícitas, práticas sexuais, número de parceiros, discriminação, violência e cobertura de atividades de ONGs).

6.2 Variável de Desfecho

Ter um resultado positivo de teste de detecção anti-HIV no auto-relato.

7 Equipe de trabalho

A equipe de pesquisa será formada pelo coordenador do projeto, um assistente de coordenação, 02 supervisores de campo de pesquisa e 4 entrevistadores.

O coordenador e o assistente do projeto serão responsáveis pelo planejamento de pesquisa, o acompanhamento do desenvolvimento do trabalho de campo, pela capacitação dos supervisores e entrevistadores e ainda pelo acompanhamento do trabalho dos supervisores. Caberá exclusivamente ao coordenador a elaboração do banco de dados e a consolidação, análise e divulgação dos resultados.

Os supervisores serão responsáveis por conduzir a contagem dos homens elegíveis para o estudo, monitorar o trabalho dos entrevistadores, fazer a checagem das informações coletadas e encaminhar os formulários de entrevista para o coordenador.

Os entrevistadores realizarão a abordagem inicial para a verificação e preenchimento do formulário de recrutamento, para obter o termo de consentimento livre e esclarecido e para o preenchimento do formulário de entrevista.

Para o preenchimento do formulário de entrevista será utilizado um “*palmzire*” cedido pelo PN-DST/Aids para o desenvolvimento do projeto de pesquisa e que será devolvido ao final do mesmo. Além do preenchimento eletrônico (que excluirá o tempo e gastos com a digitação de dados) será realizado também o preenchimento do formulário em papel, para garantia da obtenção dos dados caso ocorram eventuais problemas técnicos com o equipamento.

Conforme a técnica *TSS*, utiliza-se apenas uma equipe de trabalho em campo e preferencialmente sempre a mesma.

7.1 Treinamento da Equipe

Após a seleção da equipe de entrevistadores, estes serão treinados quanto à segurança pessoal (de acordo com cada local em que estarão realizando as entrevistas), a sensibilização para identificação dos possíveis entrevistados, a forma de abordagem adequada e o preenchimento do formulário de entrevista no modo eletrônico e manual.

7.2 Monitoramento e performance da equipe

Durante o período de coleta de dados entre os 14 eventos (visitas) previstos no mês, espera-se que o número de homens que aceitem participar do estudo seja maior que 80% dos homens abordados. Dos homens que aceitarem participar e preencherem os critérios de elegibilidade, espera-se que as entrevistas sejam completas em mais de 70% dos casos.

O monitoramento da performance da equipe será realizado semanalmente, a partir dessa frequência esperada e do formulário de recrutamento, preenchido pelos entrevistadores. Eles anotam todas as abordagens realizadas (com ou sem sucesso) e é realizada uma avaliação do desempenho individual e/ou em grupo conforme o resultado obtido.

8. AMOSTRAGEM *TIME SPACE SAMPLING* (TSS)

A técnica de amostragem *Time Space Sampling* requer uma etapa específica a ser cumprida, antes da pesquisa de campo, para obter-se um bom êxito na sua execução.

Essa etapa consiste no período chamado de **Pesquisa Formativa**, na qual procura-se conhecer todos os locais freqüentados pela população em estudo. A Pesquisa Formativa requer dois tipos de observações, chamadas de **Observação do Tipo I** (na qual se realiza uma observação direta dos locais a serem visitados) e a **Observação do Tipo II** (onde se faz uma estimativa do mínimo de entrevistas a serem realizadas em cada local).

A Pesquisa Formativa com as Observações do Tipo I e II^{7,8,9,10} requerem a participação de toda a equipe de trabalho de pesquisa e um mínimo de um mês para o conhecimento geral dos conglomerados antes de iniciar a pesquisa de campo propriamente dita.

8.1 Pesquisa Formativa

Na pesquisa formativa procura-se identificar conglomerados onde possivelmente encontra-se a população de interesse, através de mapeamento etnográfico^{23,24}. Esse mapeamento é realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica em revistas, folders e internet, para identificar os primeiros locais. Nesse mesmo momento são identificadas e contatadas as Organizações Não-Governamentais (ONGs) identificadas com a clientela para que, em parceria, possa-se conhecer e ter acesso aos conglomerados pretendidos (parques, bares, boates, saunas, etc). De posse

dessas informações, constrói-se um universo de conglomerados onde se encontra a população alvo de interesse.

8.2 Observação do Tipo I (ver anexo 2)

De posse do universo de conglomerados inicia-se a identificação dos mesmos conforme local e tempo. É realizada uma observação de cada local, identificando proprietários dos mesmos (quando for o caso) ou conversando com a própria população, buscando saber os dias e horários de maior movimento e trânsito da população alvo. Observa-se ainda as condições de segurança para a equipe no local, avalia-se a possibilidade das entrevistas e delimita-se a área de abordagem dos sujeitos.

8.3 Observação do Tipo II (ver anexo 3)

Na Observação de Tipo II, realiza-se uma contagem durante 15 a 30 minutos nos horários informados ou observados de maior movimento, para que se obtenha uma estimativa do número de possíveis entrevistas em cada conglomerado. O período de permanência em cada local será de 4 horas, portanto, nessa contagem espera-se que, nesse período estimado de 4 horas, possam ser realizadas um mínimo de 8 entrevistas. Os conglomerados (locais) em que não houver esse mínimo de entrevistas estimadas serão automaticamente excluídos da amostra.

Se no local informado houver dúvida em relação à população do estudo, isto é, se a população pretendida estiver muito dispersa e não for possível identificá-la e fazer a contagem, a equipe de entrevistadores faz uma breve abordagem com perguntas gerais (idade, cidade de residência, já teve relação sexual e comportamento

sexual – ver anexo 3) que identifiquem se a população é realmente a de interesse e procede-se então a contagem dos mesmos pela abordagem inicial.

As etapas de Observação do Tipo I e II devem ser refeitas sempre que houver um esgotamento de locais a serem visitados ou sempre que novos locais forem sendo identificados.

8.4 Etapas da Pesquisa Formativa (Escolha dos Locais de Estudo)

- 1) Identificar as pessoas e maneiras de indicar os locais a serem visitados (ONGs, pessoas identificadas com a população, folders, revistas e jornais direcionados ao público HSH, etc.);
- 2) Avaliar as ruas e locais indicados verificando os dias e horários de maior movimento, a partir de visitas aos locais, observação e, quando possível, conversa com os proprietários dos locais;
- 3) Nos dias e horários mencionados de maior movimento avaliar o número de possíveis HSH que freqüentam o local, fazendo uma contagem durante um período de 15 minutos e estimando o total possível de entrevistas a serem realizadas no período de 4 horas;
- 4) Se não houver certeza do número de HSH que freqüentam o local, passar para o seguinte passo:
 - a. Usando o supervisor e os entrevistadores, ir ao local em que se tem dúvida. O supervisor deve fazer uma contagem durante 30 minutos. Simultaneamente, os entrevistadores vão abordando os possíveis entrevistados e fazendo um rastreamento de quantos são realmente elegíveis para a população em estudo. Nos locais que também houver possibilidade de obter um mínimo de 8 entrevistas (no período de maior movimento), entram então na programação mensal de visitas.

- 5) Repetir todos os passos sempre que for necessário ou quando novos lugares são identificados.

8.5 Determinação da área de abordagem, contagem e recrutamento

Para a pesquisa de campo será realizado um sorteio dos locais a serem visitados. Em cada um desses locais deverá ser determinada uma área (no caso de bares, saunas e danceterias) ou linha (em praças ou ruas) de abordagem dos entrevistadores. Os participantes serão convidados a responder um questionário com elementos sócio-demográfico-comportamentais e a coletar material (sangue em papel filtro) para detecção de anticorpos anti-HIV

A **área de abordagem** para entrevistas deverá ser pequena o suficiente para abordar as pessoas que realmente entrarão no local escolhido e não aquelas que estão apenas passando em frente ao local, mas que não entrarão no mesmo. A determinação dessa área vai depender muito de cada local, da permissão que o proprietário der para que se fique na porta do local sem que atrapalhe o movimento e da distância que o supervisor possa observar os entrevistadores.

A **linha de abordagem** será imaginária e dependerá do movimento ou trânsito das pessoas nesse local.

Tanto na área como na linha de abordagem, os entrevistadores serão posicionados de maneira que o possam abordar os participantes e que o supervisor possa observá-los e auxiliar em qualquer situação necessária. Caberá ao supervisor, fazer uma contagem de todos os homens que atravessam essa área ou linha imaginária, possuindo assim uma estimativa do número de homens potencialmente elegíveis para abordagem e entrevista.

Os entrevistadores devem abordar seqüencialmente tantos homens quanto forem possíveis dentro desse período de quatro horas e, após um breve recrutamento para saber se ele se encaixa nos critérios de elegibilidade, deve prosseguir para a entrevista.

A entrevista deve ser realizada em um local um pouco mais afastado do movimento (da área de abordagem), para que se mantenha a privacidade do entrevistado, porém, ainda é necessário lembrar que este local deve ficar no raio de visão do supervisor para que este possa atender ao entrevistador em qualquer chamado ou eventualidade.

8.6 Etapas da Randomização dos Locais

De posse do universo de locais possíveis para entrevistas faz-se uma randomização dos mesmos para garantir que todos terão a mesma chance de entrarem no calendário de visitas mensal, independentemente do número de dias e horários que cada um está aberto para funcionamento. Para isso seguem-se as seguintes etapas:

- 1) Construir uma tabela geral com todos os locais e horários possíveis de serem visitados;
- 2) Agendar eventos especiais (ex.: parada gay, festas particulares, etc);
- 3) Sortear 14 locais para serem visitados;
- 4) Sortear os locais por dias possíveis de serem visitados;
- 5) Organizar os locais por ordem dos mais difíceis de serem agendados (com apenas uma opção de horário) até os mais fáceis (com maior diversidade de horários disponíveis);

- 6) Se houver vários locais possíveis para cada horário, sortear dois entre todas as possibilidades para se ter uma segunda opção de local em cada evento;
- 7) Usar sempre a primeira opção de local, a segunda opção só será usada se necessário;

8.7 Situações em que se utiliza a segunda opção de horário:

- a) falta de segurança;
- b) local fechado;
- c) não ter movimento de pessoas;
- d) movimento muito baixo.

8.8 Regras para a utilização da segunda opção de horário:

- a) se houver algum risco para a segurança da equipe com situações específicas e não esperadas (ex.: brigas no local, polícia atendendo algum chamado, etc.)
- b) se ao chegar no local sorteado para visita no horário, este estiver fechado por qualquer motivo;
- c) se após 45 minutos de espera para recrutamento não houver pelo menos uma entrevista;

Se ocorrer qualquer uma das situações acima citadas, parte-se então para o local sorteado como segunda opção para visita. Permanecendo ainda a mesma situação pode-se ter uma terceira opção de local.

8.9 Regras para utilização de eventos especiais:

Os eventos especiais como parada gay, festas particulares, etc., só poderão ser utilizados em até 3 vezes no mês. A prioridade é sempre para os locais

randomizados, mas se houver muitos problemas dentro do mesmo mês com vários desses locais, opta-se por uma das possibilidades de eventos agendados.

8.10 Revisão e entrada de dados

Os formulários de entrevistas serão preenchidos em “*palmzire*”, o que eliminará a etapa de digitação dos dados. Mesmo assim, independentemente da entrada de dados eletrônica, os formulários também serão preenchidos em papel, os quais serão revisados pelo supervisor de campo. Se houver algum problema de preenchimento ou dúvida o questionário volta para o entrevistador para ser corrigido. Após essa revisão do supervisor, ele o envia ao coordenador da pesquisa.

O banco de dados será elaborado no programas EpiData 3.0 e, se necessário, será realizada a dupla entrada de dados dos formulários preenchidos em papel. Para a análise de dados será utilizado o software SPSS 12.0 para Windows.

8.11 Análise Estatística

Para a análise estatística serão utilizados: “Teste exato de Fisher” para variáveis dicotômicas e categóricas; “Teste T de Student” (distribuição normal) e “Teste de Wilcoxon” (distribuição não normal) para as variáveis contínuas, “Modelos Lineares” para desfechos contínuos e “Regressão Logística” para desfechos dicotômicos.

9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Serão observados e respeitados todos os princípios éticos em pesquisa com seres humanos, garantindo-se o sigilo, anonimato, a equidade, a igualdade e a justiça de todos os participantes.

Os participantes poderão abandonar o estudo em qualquer etapa da pesquisa. Essas informações serão fornecidas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será obrigatoriamente lido e explicado a todos os participantes.

As entrevistas serão realizadas perto da entrada dos locais sorteados, mas mantendo-se uma distância mínima para que as perguntas e respostas não sejam ouvidas por quem estiver próximo. Se alguma pessoa aproximar-se da dupla de entrevistador e entrevistado, os questionamentos serão interrompidos imediatamente, aguardando-se até que a pessoa afaste-se novamente (garantindo-se assim a manutenção do sigilo).

Sabendo-se do grande volume de adolescentes entre 16 e 18 anos, frequentadores de bares e danceterias e que fazem parte da população de HSH, considera-se imprescindível a participação dos mesmos no estudo. Entretanto, conforme as condições do local e a técnica de amostragem utilizada, não será possível obter a autorização dos pais. Desta forma, tomamos como base os moldes dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids (que segue as orientações do Ministério da Saúde)¹³ onde afirma que adolescentes a partir de 12 anos completos podem realizar o exame para testagem anti-HIV anonimamente e sem

autorização dos pais, desde que tenham condições de compreensão e avaliação do problema.

“9.2.2 - Ofício do CFM nº 1.865/96

Resposta à consulta solicitada pelo PN-DST/AIDS do MS.

Aborda a testagem anti-HIV para menores de 18 anos. Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito.”²⁵

Tendo essa condição mencionada consideramos que, se o adolescente tem condições de realizar uma testagem para HIV, avaliar o que representa uma testagem com resultado positivo em sua vida e atuar a respeito dessa situação, é compreensível que possua conhecimento e saiba falar sobre suas práticas sexuais, informações gerais de conhecimento sobre formas de prevenção e seus conhecimentos em relação ao trabalho de ONGs com essa população específica.

Ainda para garantir todos os cuidados devidos com essa população específica, sempre que o adolescente assim o desejar, poderá solicitar a uma pessoa de sua confiança que esta seja testemunha da leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

10 CRONOGRAMA

	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar/06
Desenvolvimento projeto pesquisa	X											
Elaboração instrumento de coleta de dados	X											
Comitê de Ética	X	X	X	X	X							
Seleção entrevistadores	X	X										
Treinamento equipe entrevistadores	X	X										
Contato ONGs e estabelecimento de parceria	X	X										
Pesquisa formativa	X	X										
Coleta de dados					X	X	X	X	X	X		
Análise de dados									X	X	X	
Redação									X	X	X	
Apresentação de resultados												X

11 ORÇAMENTO

Uma apresentação resumida deste projeto foi submetida ao Programa Nacional de DST e Aids, (sob ofício circular nº 334 GAB/SVS/MS de 18/11/04) para participação do processo de seleção do “pré-projeto de inquérito” para aprofundamento do conhecimento das técnicas de amostragem “*Time Space Sampling*” (TSS) e/ou “*Respondent Driven Sampling*” (RDS) apresentadas previamente no Curso sobre Amostragem de Populações de Dificil Acesso. O resultado da seleção foi publicado em 31/01/05, sendo que o presente projeto obteve aprovação e bolsa de apoio para o seu desenvolvimento no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais/Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Contrera WF. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. GAPAS: Uma resposta comunitária à epidemia da Aids no Brasil – Brasília: 2000.
3. 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 do HIV/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com os Homens. Brasília: 2002.
4. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília (DF) 2004 jan/jun; Ano 1, n.1, 1ª a 26ª semanas epidemiológicas.
5. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico AIDST. Brasília (DF) 2001 jul/set; Ano XV, n.1, 27ª-40ª semanas epidemiológicas.
6. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/biblioteca/destaques> [capturado em 2005 jul 17].
7. CDC. MMWR. HIV Incidence Among Young Men Who Have Sex With Men – Seven U.S. Cities, 1994-2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov>
8. Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL, Ford WL, Johnson WD, Smith PJ. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. Public Health Rep. 2001; 116 Suppl 1:216-22.
9. Programa Nacional de DST/AIDS – CDC/GAP-Brasil. (2004) Amostragem de Populações de Difícil Acesso. Brasília.
10. Yee LJ. Effective sampling methods for studies targeting “hidden populations” in HIV research and prevention. Disponível em: <http://apha.confex.com>. Acessado em: 15 de dezembro de 2004.
11. Szwarcwald C.L. in Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano I, nº 1 - 1ª a 26ª semanas epidemiológicas. Jan a jun de 2004.

- 12-Valleroy LA, Mackellar DA, Karon JM, et al. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. JAMA. July 12, 2000. v. 284, n.2 198-204
13. Semaan S, Lauby J, Liebman J. (2002) Street and Network Sampling in Evaluation Studies of HIV Risk-Reduction Interventions. AIDS Rev; 4:213-223.
14. Teixeira AB, et al. Arco Íris: Sexualidades e Direitos Humanos. Caderno Vivo, 2002.
15. CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.
16. Gapa Bahia. Manual para Educadores Comunitários em Aids.
17. Godoy AMM, et al. Uso do Preservativo e Comportamento Sexual entre Homens que Fazem Sexo com Homens do Distrito Federal. Apresentação Oral. Disponível em URL: http://www.aids.gov.br/prevenção/2_homossexuais.htm [capturado em 2005 jul 30].
18. Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de Preservativos: Pesquisa Nacional MS/IBOPE, Brasil. 2003. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdstd/aids/documentosepublicações> [capturado em 2005 jul 17].
19. Pechansky F. Modelo Teórico de exposição ao risco de transmissão do vírus HIV em usuários de drogas da cidade de Porto Alegre [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Curso de Pós-graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998
20. Sherman SG, Latkin CA. Intimate relationship characteristics associated with condom use among drug users and their sex partners: a multilevel analysis. Drug Alcohol Depend, 2001.
21. Eidam C L. (2003) Estilo de vida dos portadores do vírus HIV atendidos no município de Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Florianópolis.
22. Stueve A, O'Donnell LN, Duran R, San Doval A, Blome J. Time-space sampling in minority communities: results with young Latino men who have sex with men. Am J Public Health. 2001 Jun;91(6):922-6.

23. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. A Pesquisa Qualitativa em Saúde - Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
24. Gómez GR, Flores JG, Jiménez EG. Metodologia de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Série Legislação nº 2. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
26. Pechansky F, et al. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre. Caderno de Saúde Pública. V. 21, n. 1, Rio de Janeiro. Jan/fev 2005.
27. França-Junior I, Lopes F, Paiva V, Venturi G. Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: Pesquisa Nacional MS/IBOPE, Brasil. 2003. Disponível em URL:
<http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdstd/aids/documentosepublicações> [capturado em 2005 jul 17].
28. França-Junior I, Paiva V, Lopes F, Venturi G. Aspectos Metodológicos e Analíticos da Pesquisa MS/IBOPE, Brasil - 2003: Pesquisa Nacional MS/IBOPE, Brasil. 2003. Disponível em URL:
<http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdstd/aids/documentosepublicações> [capturado em 2005 jul 17].
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids, 2005. Brasília (DF) 2005. URL:
<http://www.aids.gov.br/bibliotecavirtualemsaude/destaques> [capturado em 2005 jul 30].
30. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Área de Avaliação, 2003 out 20. Brasília (DF) 2003. URL:
<http://www.aids.gov.br/dadosepesquisasemdstd/aids/documentosepublicações> [capturado em 2005 jul 17].
31. Rios LF (org) et al. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro, ABIA, 2004.
32. Jung B. Heterossexuais em Eventos Públicos Gay: A “Parada Livre” em Porto Alegre, 2002. Atlanta, Geórgia/EUA. mimeo. (não publicado)

33. Almeida V, Rios LF, Parker R (org). Ritos e Ditos de Jovens Gays. ABIA, 2002
34. Golin C, Pokay F, Lorensi G, Muller LS. (org). Projeto POA Noite Homens. NUANCES – Grupo pela Livre Expressão Cultural (coord.). 2002.
35. Paiva V. Fazendo Arte com a Camisinha: Sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo. Summus Editorial. 2000.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS) - ONU-SIDA. Situación de la Epidemia de SIDA. Dez, 2003.
37. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) - HIV e Aids nas Américas: uma epidemia multifacetada. 2001
38. NUANCES - Análise da Pesquisa da Parada Livre. Porto Alegre, jun, 2004. (mimeo)
39. Conovan B, Ross MW. Preventing HIV: determinants of sexual behavior. Lancet, May 27, 2000. v. 355. 1897-901
40. Center for Disease Control and Prevention. HIV Transmission Among Black College Student and Non-Student Men Who Have Sex With Men – North Carolina, 2003. MMWR Morb Mortal Wkl Rep 2004; 53 (32): 731-734
41. Center for Disease Control and Prevention. High-Risk Sexual Behavior by HIV-Positive Men Who Have Sex with Men – 16 Sites, United States, 2000-2002. MMWR Morb Mortal Wkl Rep 2004; 53 (38): 891-894
42. Raymond, H., Chen, S.Y., Riggs, J., Knapper, K., Kohn, R., Klausner, J.D., Choi, K.H., McFarland, W., Disaster Averted? Trends in Sexually Transmitted Diseases, Sexual Risk Behavior, and HIV Infection, among Asian/Pacific Islander Men Who Have Sex with Men, San Francisco, 1999-2004., IN PRESS
43. Levy V., Page-Shafer K., Evans J., Ruiz J., Morrow S., Reardon J., Lynch M., Raymond H., McFarland W., HIV-related risk among Hispanic immigrant men in a population-based household survey in low-income neighborhoods of Northern California. Sexually Transmitted Diseases. July 2005
44. Sifkakis F., Flynn CP., Metsch L., LaLota M., Murrill C., Koblin BA., Bingham T., McFarland W., Raymond H., Behel S., Lanksy A., Byers B.,

MacKellar D., Drake A., Gallagher K., HIV Prevalence, Unrecognized Infection, and HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men- Five U.S. Cities, June 2004-April 2005. MMWR. 54., 24, June 2005.

45. Raymond, H., Implementation of TLS Sampling: Perspectives From the Field. Sampling Methods for Most At Risk Populations (MARPS), CDC Brazil conference, Brasilia, Brazil, November 2004

ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

DE : PESQUISA

FAX : 33572407

12 AGO. 2005 12:03 Pá



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CEP - GHC RESOLUÇÃO Porto Alegre, 11 de agosto de 2005.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 10/08/2005 analisou o projeto de pesquisa:

Nº 035/05

CAAE: 0415.0.000.164-05
FR: 060188

Título Projeto: PERFIL DE COMPORTAMENTO, DE RISCO PARA HIV/DST EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) A PARTIR DO USO DA TÉCNICA DE AMOSTRAGEM TIME SPACE SAMPLING (TSS) – PORTO ALEGRE, 2005.

Pesquisador(es): Letícia Nolde Melo

PARECER:

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática: Ciências da Saúde (Saúde Coletiva – 4.06).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. Alexandre Moretto
Comitê de Ética em Pesquisa
Gerência do CEP/GHC

Dr. Julio Baldisserotto
Coordenador
Comitê de Ética do GHC

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / GHC fone/fax: (51) 3361 1739 ramal 2407 – e-mail: pesquisas-cep@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

ANEXO C – 1 - Formulários

Nome Local _____ ID Local _____ Fone _____ Email _____ Website _____

Contato dos Locais

Data	Tempo	Interação	Contato	Comentários
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		
		CCC SI COP E-MAIL CCP		

OBS: CCC= Conversa Com Cliente; SI= site internet; COP= Conversa Outra Pessoa (não cliente); E-MAIL= informação via eletrônica ; CCP= Conversa Com Proprietário

ANEXO C – 2 - Formulários

Pesquisa Comportamento
Observação Tipo I

ID Equipe # _____ **Data:** _____

Evento #: _____ **Tipo Local (1-9)*** _____ **Contagem clientes** _____

ID Local #: _____ Nome Local: _____

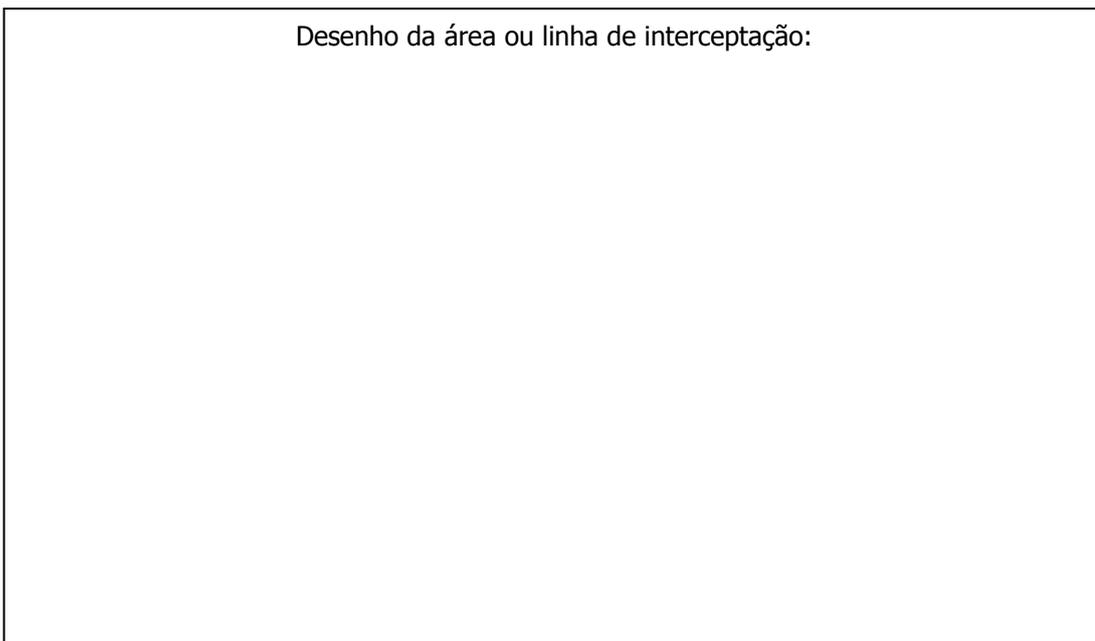
Hora Inicial: ____:____ a.m. p.m. Hora Final: ____:____ a.m. p.m.

Dia da Semana: DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB

*Código Tipo Local: 1= Bar 2= Danceteria/Boate 3= Sauna 4= ONG 5= Ponto de
Prostituição 6= Parque 7= Vídeo Locadora 8= Cinema 9= Outro: _____

Comentários (Tempo, segurança, local privado para entrevista, etc.):

Desenho da área ou linha de interceptação:



ANEXO C – 3 - Formulários
Pesquisa Comportamento

OBSERVAÇÃO DO TIPO II

ID Equipe: ___ | ___ | ___ Evento: ___ | ___ | ___ ID Local: ___ | ___ | ___ Nome Local: _____

Data: ___ | ___ | ___ Tempo inicial: ___ : ___ a.m. p.m. Tempo final: ___ : ___ a.m. p.m. Dia da Semana: Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sab Contagem:

Obs: S= sim; N= não; I= ignorado (não respondeu); HO=homossexual; HE= heterossexual; BI= bissexual; TG= transexual/travesti; NS= não teve relação sexual.

#	Abordagem Aceita	Idade	Cidade de Residência	Já teve relação sexual	Comportamento Sexual	Elegível no Estudo	Motivo Recusa
1	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	
2	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	
3	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	
4	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	
5	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	
6	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	
7	S N			S N I	HO HE BI TG NS I	S N I	

Pesquisa Comportamento (continuação)
OBSERVAÇÃO DO TIPO II

Pessoa de Contato (Nome, fone, etc.)

Revisado por:

ID equipe: ____ ____ ____

Contagem: ____ ____ ____

Supervisor ____ ____ ____

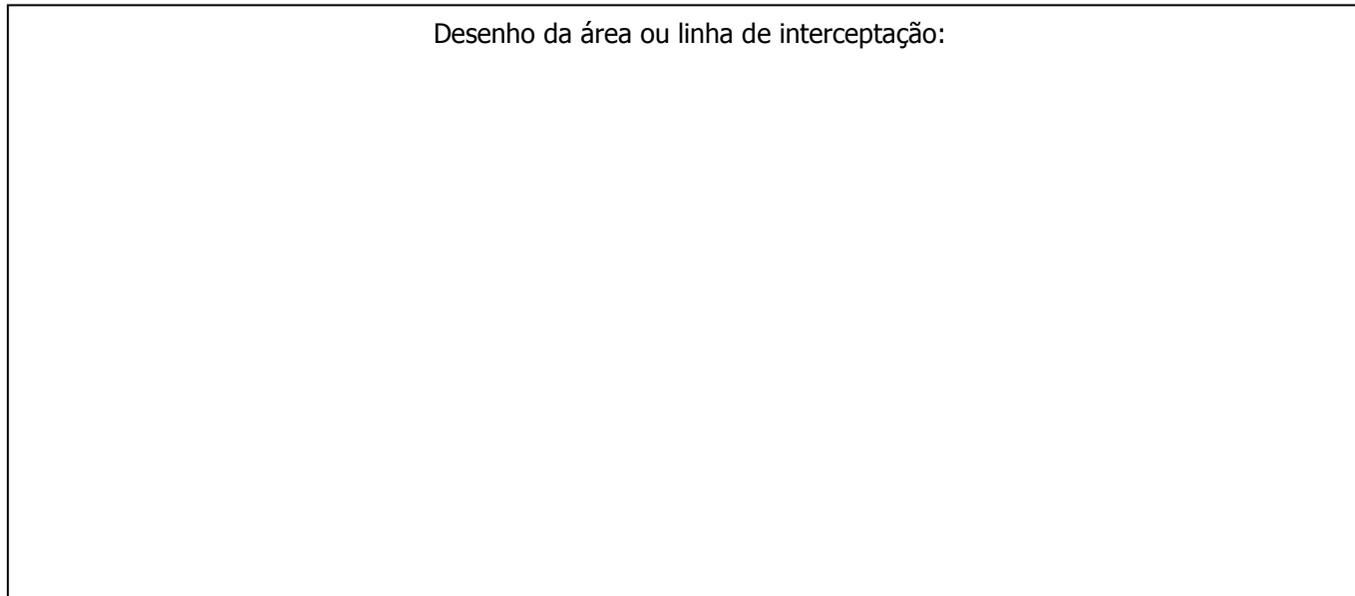
Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Comentários (Tempo, segurança, etc.): _____

Desenho da área ou linha de interceptação:



ANEXO C – 4 - Formulários
MODELO LOCAIS E HORÁRIOS VISITAS

O seguinte modelo contém 14 locais e horários correspondentes.

Tabela Locais	Tabela Horários						
ID local	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
POA-SA001	6p – 10p		6p – 10p				
POA-BA001			8p – 12 ^a	8p – 12a	8p – 12a	8p – 12a	
POA-BA002 POA-BA002		6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p 10p – 12a	6p – 10p 10p – 12a	4p – 8p
POA-DA001						2p – 6p	4p – 6p
POA-DA002					11:30p – 3:30a		
POA-SA002	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	
POA-BD001 POA-BD001 POA-BD001	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a	4p – 8 p 8p – 12a 12a – 2a
POA-LO001			8p – 12a	8p – 12a	8p – 12a	8p – 12a	
POA-PR001			8p – 9p				
POA-RE001		Terça 7p – 10p (1 ^a e 3 ^a)					
POA-RU001	8p – 12a						
POA-RU002 POA-RU002 POA-RU002	6p – 10p 10p – 2a	6p – 10p 10p – 2a	6p – 10p 10p – 2a	6p – 10p 10p – 2a	6p – 10p 10p – 2a	2p – 6p 6p – 10p 10p – 2a	2p – 6p 6p – 10p 10p – 2a
POA-BA003 POA-BA003	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p 10p – 12a	6p – 10p 10p – 12a	4p – 8p 6p – 10p
POA-CI001	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	6p – 10p	8p – 12a	8p – 12a	

Legenda ID local: SA=sauna , BA=bar , DA=danceteria , BD=bar e danceteria , LO=locadora , PR=praça , RE=reunião , RU=rua , CI=cinema, OU=outro local.

ANEXO C – 5 - Formulários

CALENDÁRIO MENSAL DE VISITAS
Outubro 2005

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
					01	02
03 (F)-(J+C+T) Bento Gonçalves 22 – 02	04 Reunião 13:30 (F)-(J+C+T) Azul Carbono 21:30 – 01:30 Bento (22-02)	05 (F)-(T+G) Kubanacan 18 – 22 Lancheria Parque 18 - 22	06	07	08 (A)-(J+C+G) Redenção 15 – 19 Arpoador 16 – 20 Point Sul 15 – 19	09 (A)-(J+C+G) Usina Gasômetro 14 - 18 Café Bom Fim 15-19 Casa Cultura 15-19
10	11 Reunião 13:30 (F)-(J+C) Zil Vídeo I 16 – 20 Cowboys 16-20 Intimus 16-20	12	13 (F)-(C+T) Porto Beer 20 – 00 Da Lua 20 – 00	14	15 (F)-(J+C+G) Neo 23 – 03 Cine Teatro 00:30 – 04:30	16 (F)-(J+G) Zil Vídeo II 16 - 20 Olaria 17-21 Nimbus 17-21
17 (A)-(C+T) Santos Dumont 20 - 00	18 Reunião Superv. 13:30	19 (A)-(G+T) Igualdade 14 – 18 Cine Áurea 14 - 18 Café Cofre 14 - 18	20 (F)-(G+C+T) Era Uma Vez 23-03 Indiscretus 0:30 – 4:30	21 (A)-(J+C) Sauna Coruja 17-21 Lancheria Parque 18-22	22 (A)-(J+G+T) Cine Teatro 00:30 – 04:30 Indiscretus 00:30 – 04:30	23
24	25 Reunião Equipe 13:30	26 Letícia (A+G) Erótica Vídeo 17 – 21 Lancheria Parque 18-22	27	28 (F)-(J+G+T) Ocidente 23 – 03 Barusu 23 – 03	29 (F)-(C+T) Barusu 23 – 03 Encouraçado 23 – 03	30
31 (A)-(J+G) Café Cofre 14 – 18 Cine Áurea 14 – 18						

(A) =Aline (08) (F) =Fernanda (10) (G) =Gabriela (11) (C) =Christian (11) (J) =Jonatha (11) (T) =Taís (10)

ANEXO C – 6 - Formulários

FORMULÁRIO DE RECRUTAMENTO

Evento: _____ ID Local: _____ ID Equipe: _____									
Data: _____ Contagem: _____									
Hora inicial: ____:____ am/pm Hora final: ____:____ am/pm									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abordagem Aceita: S / N									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idade:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raça: B / N / P / A / I / O*									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residência:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respondeu Previamente a Pesquisa: S / N / I									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abordado previamente mas recusou participar: S / N / I									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elegível: S / N / I									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrolado: S / N									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* B=branca; N=negra; P=parda; A=amarela; I=indígena; O=outra									

ANEXO C – 7 – Termo de Consentimento

PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS/RS)
CENTRO DE ESTUDOS EM AIDS/DST DO RIO GRANDE DO SUL (CEARGS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O CEARGS, com a colaboração da UFRGS e do PN-DST/Aids do Ministério da Saúde, está desenvolvendo um estudo sobre **Saúde e Comportamento Sexual do Homem a partir do uso da Técnica de Amostragem *Time Space Sampling* (TSS)**.

Você está sendo convidado a responder um questionário (de aproximadamente **10 minutos**) com informações gerais, seu consumo de álcool e outras drogas, conhecimentos e hábitos de prevenção em DST/HIV, comportamento sexual e uso de camisinha.

Sua participação no estudo é voluntária e anônima e não serão solicitadas informações que possam lhe identificar pessoalmente. Você poderá responder apenas as perguntas que desejar, abandonar o estudo a qualquer momento ou negar-se a responder qualquer pergunta, sem que isto acarrete qualquer consequência para você.

Assim como outros estudos sobre comportamento, não existem benefícios particulares por participar da pesquisa, no entanto, seremos muito gratos se você aceitar participar integralmente do estudo, pois seu ponto de vista e conhecimentos são importantes para podermos desenvolver boas políticas de saúde e reduzir o risco de contaminação pelo HIV.

Qualquer dúvida, comentário ou preocupação em relação a sua participação na pesquisa, pode ser perguntada a equipe de pesquisa de campo que estará a sua disposição durante a entrevista.

Se você desejar outras informações além das fornecidas na entrevista, poderá também entrar em contato com a pesquisadora Psicóloga Letícia Nolde Melo pelo telefone (51) 33330324.

Você receberá uma cópia desse **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**. Ele será assinado e representará a comprovação de que você aceitou participar do estudo de forma voluntária, bem como será a garantia de seu anonimato nas respostas do questionário.

Letícia Nolde Melo
Coordenadora do Estudo

Participante do Estudo

Porto Alegre, _____ de _____ de 2005.

ANEXO C – 8 - Questionário

PERFIL DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HIV/DST EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) A PARTIR DO USO DA TÉCNICA DE AMOSTRAGEM TIME SPACE SAMPLING (TSS) – PORTO ALEGRE, 2005

DADOS GERAIS

1.	Senha Numérica:	4.	Cidade Residência:	4.11. Eldorado do Sul	4.22. Parobé
2.	Data Nascimento: ____/____/____		4.1. Porto Alegre	4.12. Estância Velha	4.23. Portão
3.	Idade:		4.2. Alvorada	4.13. Esteio	4.24. Sto Ant. Patrulha
5.	Como você se classifica em relação à sua cor/raça?		4.3. Araricá	4.14. Glorinha	4.25. São Jerônimo
	5.1 Branco	5.7 Cafuzo	4.4. Arroio dos Ratos	4.15. Gravataí	4.26. São Leopoldo
	5.2 Negro	5.8 Sarara	4.5. Cachoeirinha	4.16. Guaíba	4.27. Sapiranga
	5.3 Pardo/mulato	5.9 Mestiço	4.6. Campo Bom	4.17. Ivoti	4.28. Sapucaia do Sul
	5.4 Amarelo	5.10 Outro	4.7. Canoas	4.18. Montenegro	4.29. Taquara
	5.5 Indígena		4.8. Capela de Santana	4.19. Nova Hartz	4.30. Triunfo
	5.6 Mameluco		4.9. Charqueadas	4.20. Nova Santa Rita	4.31. Viamão
			4.10. Dois Irmãos	4.21. Novo Hamburgo	4.32. Interior

6.	Qual o seu estado conjugal?	9.	Quais e quantos dos itens abaixo existem na casa onde você mora?
	6.1. Solteiro		Quais? Quantos?
	6.2. Casado legalmente		9.1. Televisão em cores
	6.3. Vive com companheiro (a)		9.2. Rádio
	6.4. Separado ou divorciado		9.3. Banheiro
	6.5. Viúvo		9.4. Automóvel
7.	Até que série completa você estudou?		9.5. Empregada mensalista
	7.1 Fundamental: 0 1 2 3 4 5 6 7 8		9.6. Aspirador de pó
	7.2 Médio: 1 2 3 4		9.7. Máquina de Lavar
	7.3 Superior Incompleto		9.8. Videocassete ou DVD
	7.4 Superior Completo		9.9. Geladeira
	7.5 Pós-Graduação		9.10. Freezer (ou duplex)
8.	Até que série completa o chefe de sua família estudou?		
	8.1 Fundamental: 0 1 2 3 4 5 6 7 8		
	8.2 Médio: 1 2 3 4		
	8.3 Superior Incompleto		
	8.4 Superior Completo		
	8.5 Pós-Graduação		

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO PARA SABER SOBRE O SEU CONHECIMENTO EM HIV/AIDS

Marque concordo ou discordo:

ESSAS PERGUNTAS INICIAIS SÃO PARA CONHECER VOCÊ MELHOR – CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

10.	Você poderia me dizer três maneiras de uma pessoa se proteger do vírus da aids? (espontânea)	11.	O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado
	10.1. Não compartilhando agulhas e seringas		11.1 Concordo
	10.2. Não usando drogas injetáveis		11.2 Discordo
	10.3. Usando seringas/agulhas descartáveis		11.3 Não sei responder
	10.4. Evitando contato com sangue contaminado		
	10.5. Tomando cuidados na doação de sangue	12.	Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids
	10.6. Verificando a qualidade do sangue na transfusão		12.1. Concordo
	10.7. Não fazendo transfusão de sangue		12.2. Discordo
	10.8. Eliminar contato com sangue		12.3. Não sei responder
	10.9. Usando preservativo masc. e/ou feminino	13.	Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos, ou refeições
	10.10. Não fazendo sexo com pessoas infectadas		13.1 Concordo
	10.11. Abstinência sexual		13.2 Discordo
	10.12. Não sair com pessoas de grupos de risco		13.3 Não sei responder
	10.13. Tendo parceiro fixo	14.	Usar preservativo (M e/ou F) é a melhor maneira de evitar que o vírus da aids seja transmitido durante a relação sexual
	10.14. Tendo poucos parceiros		14.1 Concordo
	10.15. Escolhendo os parceiros		14.2 Discordo
	10.16. Conhecendo bem o comportam. sexual do parceiro		14.3 Não sei responder
	10.17. Consultar o médico	15.	Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids ao ser picado por um mosquito
	10.18. Sempre se informar sobre a doença		15.1 Concordo
	10.19. Ter cuidado com materiais cirúrgicos/dentistas		15.2 Discordo
	10.20. Usando luvas descart. ao ter contato com pacientes		15.3 Não sei responder
	10.21. Não tendo contato com pessoas infectadas		
	10.22. Usando objetos esterilizados/descartáveis		
	10.23. Evitar beijo de pessoa contaminada		
	10.24. Não usando drogas		
	10.25. Outro		

50.	Nos últimos 12 meses, alguém lhe pagou em troca de sexo vaginal ou anal? 50.1 Sim, _____ homens 50.2 Sim, _____ mulheres 50.3 Não (PULAR PARA PERGUNTA 52)	53.	Com essas pessoas, nos últimos 12 meses, você usou preservativos(M e/ou F): 53.1 Não tive esse tipo de relacionamento nos últimos 12 meses 53.2 Em todas as vezes que teve relacionamento sexual 53.3 Em mais da metade das vezes que teve relacionamento sexual 53.4 Em menos da metade das vezes que teve relacionamento sexual 53.5 Nunca
51.	Com essas pessoas, nos últimos 12 meses, você usou preservativo(M e/ou F): 51.1 Não tive esse tipo de relacionamento nos últimos 12 meses 51.2 Em todas as vezes que teve relacionamento sexual 51.3 Em mais da metade das vezes que teve relacionamento sexual 51.4 Em menos da metade das vezes que teve relacionamento sexual 51.5 Nunca	54.	Na última relação sexual vaginal ou anal com parceira(o) eventual (não fixo) você usou preservativo(M e/ou F)? 54.1 Eu não tive relacionamento sexual vaginal ou anal com parceiras(os) não fixas(os) 54.2 Sim 54.3 Não
52.	Nos últimos 12 meses, você pagou para ter sexo vaginal ou anal? 52.1 Sim, _____ homens 52.2 Sim, _____ mulheres 52.3 Não (PULAR PARA PERGUNTA 55)		

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SE REFEREM AOS 5 PARCEIROS COM OS QUAIS VOCÊ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM MAIOR FREQUÊNCIA NOS ÚLTIMOS 6 MESES

55. Liste abaixo os seus 5 parceiros com os quais você teve relações sexuais com maior frequência nos últimos 6 meses, dizendo os meses durante os quais você teve sexo com eles e responda as perguntas abaixo:															
Do + freqüente ao - freqüente	Sexo 1= M 2= F	Meses						Idade	Tipo parceiro	cor/raça	Hiv	Onde conheceu	Preservativo na relação		
		1	2	3	4	5	6						vagi-nal	anal ativo	anal passivo
55.1 Parceiro 1															
55.2 Parceiro 2															
55.3 Parceiro 3															
55.4 Parceiro 4															
55.5 Parceiro 5															
Meses: 1= Vaginal 2= Anal Ativo 3= Anal Passivo	Parceiro: 1= fixo 2= eventual conhecido 3= eventual desconhecido	Cor: 1= Branca 2= Negra 3= Parda 4= Amarela 5= Indígena 6= Outra			Hiv: 1= positivo 2= negativo 3= não sabe		Onde conheceu: 1= bar/danceteria 2= amigo 3= internet 4= colégio/trabalho 5= outro			Uso Preservativo: 1= sempre 2= às vezes 3= nunca					

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO PARA SABER SOBRE DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

56.	Durante os últimos 12 meses, você se sentiu discriminado (tratado pior do que os seus pares) por alguma pessoa ou instituição, por algumas das razões abaixo?	Sim	Não	57.	Nos últimos 12 meses, você foi vítima de alguma agressão física? 57.1 Sim 57.2 Não (PULAR PARA PERGUNTA 59)	
	56.1 Sua cor ou raça				58.	Quem lhe agrediu fisicamente? 58.1 Companheiro(a), cônjuge ou parceiro(a) sexual fixo 58.2 Parceiro(a) sexual não fixo 58.3 Familiar 58.4 Conhecido 58.5 Autoridade policial 58.6 Desconhecido (assaltante, bandido, ladrão, etc)
	56.2 Ser homem ou mulher					
	56.3 Falta de dinheiro ou condição social					
	56.4 Sua preferência sexual					
	56.5.Sua profissão ou ocupação					
	56.6 Ser HIV positivo, se for o caso					
	56.7 Doença ou incapacidade					
	56.8 Sua idade					
	56.9 Ser travesti					

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO PARA SABER SOBRE A COBERTURA DE ATIVIDADES DE ONGS

59.	<p>Você conhece algum grupo organizado que não esteja ligado ao serviço público (organização não governamental - ONG ou organização da sociedade civil - OSC) e que trabalhe com HIV/Aids?</p> <p>59.1 Sim 59.2 Não (PULAR PARA QUESTÃO 63)</p>		
60.	<p>Nos últimos 12 meses, você participou de alguma atividade desenvolvida por alguma dessas organizações? (pode marcar mais de uma resposta)</p> <p>60.01 Recebeu material educativo.</p> <p>60.02 Recebeu preservativos (M e/ou F)</p> <p>60.03 Participou de palestras</p> <p>60.04 Participou de atividades de grupo</p> <p>60.05 Recebeu aconselhamento</p> <p>60.06 Recebeu encaminhamento para a rede de saúde</p> <p>60.07 Recebeu assistência médica</p> <p>60.08 Recebeu assistência social, incluindo casas de apoio</p> <p>60.09 Recebeu assistência jurídica</p> <p>60.10 Outras</p> <p>60.11 Não participou</p>	Sim	Não
61.	<p>Você se sente apoiado por alguma dessas organizações?</p> <p>61.1 Sim 61.2 Não</p>		
62.	<p>Nos últimos 12 meses, você participou de alguma atividade desenvolvida por algum serviço da rede pública de saúde? (pode marcar mais de uma resposta)</p> <p>62.01 Recebeu material educativo.</p> <p>62.02 Recebeu preservativos (M e/ou F)</p> <p>62.03 Participou de palestras</p> <p>62.04 Participou de atividades de grupo</p> <p>62.05 Recebeu aconselhamento</p> <p>62.06 Recebeu encaminhamento para a rede de saúde</p> <p>62.07 Recebeu assistência médica</p> <p>62.08 Recebeu assistência social, incluindo casas de apoio</p> <p>62.09 Recebeu assistência jurídica</p> <p>62.10 Outras</p> <p>62.11 Não participou</p>	Sim	Não
63.	<p>Se no futuro nós estivéssemos realizando a testagem rápida para anticorpos anti-HIV (que leva aproximadamente 20 minutos para revelar o resultado e é realizado de forma semelhante ao exame de diabetes) você aceitaria realizar o exame?</p> <p>63.1 Sim, aceitaria fazer a testagem para anticorpos anti-HIV</p> <p>63.2 Não, não aceitaria fazer a testagem para anticorpos anti-HIV</p>		

ANEXO D – Detalhes Metodológicos Adicionais

AMOSTRAGEM TIME SPACE SAMPLING (TSS)

A técnica de amostragem Time Space Sampling requer uma etapa específica a ser cumprida, antes da pesquisa de campo, para obter-se um bom êxito na sua execução.

Essa etapa consiste no período chamado de Pesquisa Formativa, na qual procura-se conhecer todos os locais freqüentados pela população em estudo. A Pesquisa Formativa requer dois tipos de observações, chamadas de Observação do Tipo I (na qual se realiza uma observação direta dos locais a serem visitados) e a Observação do Tipo II (onde se faz uma estimativa do mínimo de entrevistas a serem realizadas em cada local).

A Pesquisa Formativa com as Observações do Tipo I e II (7,8,9,10) requerem a participação de toda a equipe de trabalho de pesquisa e um mínimo de um mês para o conhecimento geral dos conglomerados possíveis de serem visitados antes de iniciar a pesquisa de campo propriamente dita.

Pesquisa Formativa

Na pesquisa formativa procura-se identificar conglomerados onde possivelmente encontra-se a população de interesse, através de mapeamento etnográfico^{23,24}. Esse mapeamento é realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica em revistas e folders direcionados ao público de interesse e também na internet, para identificar os primeiros locais. Nesse mesmo momento são contatadas

as Organizações Não-Governamentais (ONGs) identificadas com a clientela para que, em parceria, possa-se conhecer e ter acesso aos conglomerados pretendidos (parques, bares, boates, saunas, etc). Pessoas da própria população que contém muitos contatos interpessoais também tornam-se referência para auxiliar na identificação dos locais. De posse dessas informações, constrói-se um universo de conglomerados onde se encontra a população alvo de interesse.

Observação do Tipo I (ver anexo)

De posse do universo de conglomerados inicia-se a identificação dos mesmos conforme local e tempo. É realizada uma observação de cada local, identificando proprietários dos mesmos (quando for o caso) ou conversando com a própria população, buscando saber os dias e horários de maior movimento e trânsito da população alvo. Observa-se ainda as condições de segurança para a equipe no local, avalia-se a possibilidade das entrevistas e delimita-se a área de abordagem dos sujeitos.

Observação do Tipo II (ver anexo)

Na Observação de Tipo II, realiza-se uma contagem durante 15 a 30 minutos nos horários informados ou observados de maior movimento, para que se obtenha uma estimativa do número de possíveis entrevistas em cada conglomerado. O período de permanência em cada local será de 4 horas, portanto, nessa contagem espera-se que, nesse período estimado de 4 horas, possam ser realizadas um mínimo de 8 entrevistas. Os conglomerados em que não houver esse mínimo de entrevistas estimadas serão automaticamente excluídos da amostra.

Se no local informado houver dúvida em relação à população do estudo, isto é, se a população pretendida estiver muito dispersa e não for possível identificá-la e fazer a contagem, a equipe de entrevistadores faz uma breve abordagem com perguntas gerais (idade, cidade de residência, já teve relação sexual e comportamento sexual – ver anexo 3) que identifiquem se a população é realmente a de interesse e procede-se então a contagem dos mesmos pela abordagem inicial.

As etapas de Observação do Tipo I e II devem ser refeitas sempre que houver um esgotamento de locais a serem visitados ou sempre que novos locais forem identificados.

Etapas da Pesquisa Formativa (Escolha dos Locais de Estudo)

1) Identificar as pessoas e maneiras de indicar os locais a serem visitados (ONGs, pessoas identificadas com a população, folders, revistas e jornais direcionados ao público HSH, etc.);

2) Avaliar as ruas e locais indicados verificando os dias e horários de maior movimento, a partir de visitas aos locais, observação e, quando possível, conversa com os proprietários dos locais;

3) Nos dias e horários mencionados de maior movimento avaliar o número de possíveis HSH que freqüentam o local, fazendo uma contagem durante um período de 15 minutos e estimando o total possível de entrevistas a serem realizadas no período de 4 horas;

4) Se não houver certeza do número de HSH que freqüentam o local, passar para o seguinte passo:

Usando o supervisor e os entrevistadores, ir ao local em que se tem dúvida. O supervisor deve fazer uma contagem durante 30 minutos. Simultaneamente, os entrevistadores vão abordando os possíveis entrevistados e fazendo um rastreamento de quantos são realmente elegíveis para a população em estudo. Os locais em que também houver possibilidade de obter um mínimo de 8 entrevistas (no período de maior movimento), entram então na programação mensal de visitas.

5) Repetir todos os passos sempre que for necessário ou quando novos lugares forem identificados.

Determinação da área de abordagem, contagem e recrutamento

Para a pesquisa de campo é realizado um sorteio dos locais a serem visitados. Em cada um desses locais deve ser determinada uma área (no caso de bares, saunas e danceterias) ou linha (em praças ou ruas) de abordagem dos entrevistadores. Os participantes são convidados a responder um questionário com elementos sócio-demográfico-comportamentais.

A área de abordagem para entrevistas deve ser pequena o suficiente para abordar as pessoas que realmente entrarão no local escolhido e não aquelas que estão apenas passando em frente ao local, mas que não entrarão no mesmo. A determinação dessa área vai depender muito de cada local, da permissão que o proprietário der para que se fique na porta do local sem que atrapalhe o movimento e da distância que o supervisor de campo possa observar os entrevistadores.

A linha de abordagem é imaginária e depende do movimento ou trânsito das pessoas nesse local.

Tanto na área como na linha de abordagem, os entrevistadores são posicionados de maneira que o possam abordar os participantes e que o supervisor possa observá-los e auxiliar em qualquer situação necessária. Cabe ao supervisor, fazer uma contagem de todos os homens que atravessam essa área ou linha imaginária, possuindo assim uma estimativa do número de homens potencialmente elegíveis para abordagem e entrevista.

Os entrevistadores devem abordar seqüencialmente tantos homens quanto forem possíveis dentro desse período de quatro horas e, após um breve recrutamento para saber se ele se encaixa nos critérios de elegibilidade, deve prosseguir para a entrevista.

A entrevista deve ser realizada em um local um pouco mais afastado do movimento (da área de abordagem), para que se mantenha a privacidade do entrevistado, porém, ainda é necessário lembrar que este local deve ficar no raio de visão do supervisor para que este possa atender ao entrevistador em qualquer chamado ou eventualidade.

Etapas da Randomização dos Locais

De posse do universo de locais possíveis para entrevistas faz-se uma randomização dos mesmos para garantir que todos terão a mesma chance de entrar no calendário de visitas mensal, independentemente do número de dias e horários em que cada um está aberto para funcionamento. Para isso seguem-se as seguintes etapas:

- 1) Construir uma tabela geral com todos os locais e horários possíveis de

serem visitados;

2) Agendar eventos especiais (ex.: parada gay, festas particulares, etc);

3) Sortear 14 locais para serem visitados;

4) Sortear os locais por dias possíveis de serem visitados;

5) Organizar os locais por ordem dos mais difíceis de serem agendados (com apenas uma opção de horário) até os mais fáceis (com maior diversidade de horários disponíveis);

6) Se houver vários locais possíveis para cada horário, sortear dois entre todas as possibilidades para se ter uma segunda e/ou terceira opção de local em cada evento;

7) Usar sempre a primeira opção de local, a segunda opção só será usada em caso de emergência ou necessidade;

Situações em que se utiliza a segunda opção de horário:

- falta de segurança;
- local fechado;
- não ter movimento de pessoas;
- movimento muito baixo.

Regras para a utilização da segunda opção de horário:

- se houver algum risco para a segurança da equipe com situações

específicas e não esperadas (ex.: brigas no local, polícia atendendo algum chamado, etc.)

- se ao chegar no local sorteado para visita no horário, este estiver fechado por qualquer motivo;
- se após 45 minutos de espera para recrutamento não houver pelo menos uma entrevista;

Se ocorrer qualquer uma das situações acima citadas, parte-se então para o local sorteado como segunda opção para visita. Permanecendo ainda a mesma situação pode-se ter uma terceira opção de local.

Regras para utilização de eventos especiais:

Os eventos especiais como parada gay, festas particulares, etc., só poderão ser utilizados em até 3 vezes no mês. A prioridade é sempre para os locais randomizados, mas se houver muitos problemas dentro do mesmo mês com vários desses locais, opta-se por uma das possibilidades de eventos agendados.

Revisão e entrada de dados

Os formulários de entrevistas foram preenchidos por cada entrevistador e revisados pelas supervisoras de campo. Se houvesse algum problema de preenchimento ou dúvida o questionário voltava para o entrevistador para ser corrigido. Após a revisão do supervisor, ele o enviava ao coordenador da pesquisa. A coordenadora e a assistente de coordenação fizeram as fichas de digitação, sendo conferidas duplamente a transcrição dos questionários para a ficha de digitação. A

digitação ocorreu com dupla entrada de dados e validação das mesmas através do programa EpiData 3.0.

Análise Estatística

Na análise estatística foi implantado um diferencial em relação as análises utilizadas em estudos anteriores, utilizando a técnica de amostragem TSS. As análises anteriormente eram realizadas considerando-se apenas o desenho do estudo (tratando os locais de entrevistas como “clusters”). A partir de agora, além da análise por clusters, foi implementada (também no DPH em San Francisco-Califórnia e UCSF-University of California in San Francisco - USA) a ponderação amostral. Isso possibilita que os dados, associados a criteriosa utilização da metodologia, possam ser inferidos e expandidos para a população em geral de HSH.

O cálculo da ponderação foi realizado considerando-se a seguinte fórmula:

$$\text{Ponderação} = \frac{\text{inverso probabilidade}}{\sum \text{clicks dos locais}} \times \text{total de entrevistas}$$

Para a análise estatística foi utilizados o “Teste Kruskal-Wallis” para comparação de três ou mais grupos não pareados.

O software utilizado na análise de dados foi o Stata versão 9.

ANEXO E – Outros Documentos Relevantes

Trabalhos apresentados em congressos decorrentes do presente estudo:

XVI International AIDS Conference. Toronto – Canada. 13-18 August 2006. **“HIV Serosorting Among Men Who Have Sex With Men, Porto Alegre, Brazil, 2005”**.

Melo LN, Ferreira J, Sander MA, Pascom ARP, Barbosa Jr A, Westman S, Szwarcwald CL, Fisher-Raymond H, Ramos MC, McFarland W.

VI Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e II Congresso Brasileiro de AIDS. Santos - SP. 17-20 Setembro de 2006. **“O Conhecimento do "Status Sorológico HIV" em Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) em Porto Alegre”**. MeIo LN; Ferreira J; Mcfarland W; Pascom ARP; Chen S; Sander MA; Oliveira FS; Ramos MC.