

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Comunitária
Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia

Sexo Entre Homens:
estudo sobre práticas sexuais e risco
para infecção pelo HIV/AIDS, em Fortaleza

Rogério Costa Gondim

Fortaleza
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Comunitária
Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia

Sexo Entre Homens:
estudo sobre práticas sexuais e risco
para infecção pelo HIV/AIDS, em Fortaleza

Rogério Costa Gondim

Dissertação apresentada ao Mestrado
em Saúde Pública/Epidemiologia do
Departamento de Saúde Comunitária
da Universidade Federal do Ceará
como requisito parcial para a obtenção
do título de mestre.

Orientadora:
Prof. Dra. Lígia Regina S. Kerr Pontes

Fortaleza
1998

FICHA CATALOGRÁFICA

G635s GONDIM, Rogério Costa

Sexo entre homens: estudo sobre práticas sexuais e risco para infecção pelo HIV/AIDS, em Fortaleza/ Rogério Costa Gondim - Fortaleza, 1998.

73 f.: il.

Orientadora: Profª Drª Lígia Regina S. Kerr Pontes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária.

1. HIV/AIDS. 2. Comportamento sexual. 3. Homossexualidade. 4. Fatores de risco. I. Título

CDD 616.9792

**SEXO ENTRE HOMENS:
ESTUDO SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS E RISCO
PARA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS, EM FORTALEZA**

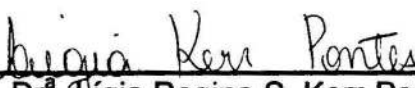


Rogério Costa Gondim

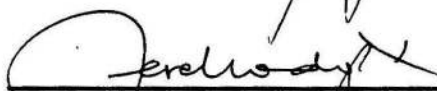
Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Data da Aprovação: 30 / 09 / 1998

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Lúcia Regina S. Kerr-Pontes
(Orientadora)


Prof. Dr. Veriano Terto Júnior


Prof.^a Dr.^a Terezinha do Menino Jesus

*À todos aqueles que morreram em consequência
do exercício de sua sexualidade.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe pela minha existência e pela dedicação em dar aos seus filhos a melhor educação possível...

À Professora Dr.^a Lígia R. Kerr-Pontes, minha orientadora, pelo aprendizado, pela incessante estimulação da produção científica, pela ética e pelo profissionalismo...

A professora Rosa Mota, pela dedicação e paciência no ensinamento dos conceitos estatísticos...

À todos os professores, do Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia da UFC, que tive a oportunidade de ouvir, pelos conhecimentos e experiências compartilhados...

À Teresa, Zé Roberto, Sérgio, Gabriela e Querubina, meus colegas de turma, pelos grandes momentos que juntos compartilhamos...

À minha querida amiga Amélia Rodrigues, pelo companheirismo, pela paciência, pela dedicação e pelo apoio dado à este trabalho...

À Telma Martins, pelo apoio, compreensão e carinho dado ao longo deste curso e todo o tempo...

Aos colegas do GAPA-CE, fonte inesgotável de estímulo, pela colaboração...

À Christiana, Dijé, Francy, Neide, França, Márcia, Verônica, Sílvia Helena, Ivan, Ranulfo, Nélon, Eduardo e Júnior, colegas de trabalho, pelo apoio à este trabalho...

Às colegas Dulce, Liduína e Zenaide, pelo carinho e estímulo dado durante todo o curso...

A todos aqueles entrevistados neste trabalho, pela colaboração...

À todos que contribuíram para que fosse possível produzir este conhecimento...

*Why's it so hard to love one another
why's it so hard to love
what do I have to do to be accepted
what do I have to say
what do I have to do to be respected
how do I have to play
what do I have to look like to feel I'm equal
where do I have to go...
why can't we learn to accept that
we are different
before it's too late.
(M. Ciccone/S. Pettibone)*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
RESUMO	9
INTRODUÇÃO	10
Por que estudar práticas homossexuais e AIDS?	10
Uma pandemia global	12
Uma Pandemia veloz	14
A situação da epidemia de AIDS no Brasil	17
A situação da epidemia de AIDS no Ceará	17
A Situação da epidemia de AIDS entre Homens no Ceará	19
A Transmissão sexual do HIV	19
Comportamento Homo/bissexual e risco para o HIV/AIDS	24
OBJETIVO GERAL	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
MATERIAL E MÉTODO	28
Variáveis de Estudo	30
Análise Estatística	30
Definição de Termos (Variáveis)	31
RESULTADOS	34
Características sócio-demográficas dos entrevistados	34
Identidade e orientação sexual	34
Parceria sexual	36
Comportamento sexual	39
Informações sobre a transmissão do HIV	41
Auto-eficácia	41
Mudanças após o surgimento da AIDS	42
Relações Sociais	42
Soropositividade/soronegatividade	43
Fatores associados ao envolvimento com Relações Sexuais Desprotegidas (RSD)	44
Análise Multivariada	46
DISCUSSÃO	48

Considerações sobre as características sócio-demográficas	48
Nível de informação sobre HIV/AIDS	48
Comportamento (homo)sexual	49
Comportamento (bi)sexual	51
Atitudes sobre o sexo	54
Relações sociais	55
CONCLUSÃO	57
APÊNDICES	58
SUMMARY	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

LISTA DE TABELAS

TABELA - 1. Distribuição dos entrevistados segundo as características sócio-demográficas, Fortaleza, 1995. _____	35
TABELA - 2. Distribuição dos entrevistados segundo a sua identidade sexual. Fortaleza, 1995. _____	36
TABELA - 3. Distribuição dos entrevistados segundo o comportamento e sentimento sexual nos últimos 12 meses anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995. _____	36
TABELA - 4. Distribuição dos entrevistados segundo o padrão de relacionamento sexual mantido nos últimos 30 dias anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995. _____	37
TABELA - 5. Distribuição dos entrevistados segundo ter tido alguma vez relações sexuais com mulheres. Fortaleza, 1995. _____	37
TABELA - 6. Distribuição dos entrevistados segundo a frequência média de relações sexuais com homens e com mulheres nos últimos 12 meses anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995. _____	37
TABELA - 7. Distribuição dos entrevistados, segundo o local onde tem conhecido o(s) parceiro(s) sexual(ais), nos últimos 12 meses anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995. _____	38
TABELA - 8. Opinião dos entrevistados, segundo as situações de controle para evitar o HIV/AIDS. Fortaleza, 1995. _____	42
TABELA - 9. Distribuição dos entrevistados segundo conhecer alguém com HIV/AIDS e ter feito o teste HIV. Fortaleza, 1995. _____	43
TABELA - 10. Características dos entrevistados segundo o envolvimento em Relações Sexuais Desprotegidas (RSD). Fortaleza, 1995. _____	45
TABELA - 11. Análise multivariada das variáveis relacionadas com o envolvimento em Relações Sexuais Desprotegidas (RSD) entre os entrevistados. Fortaleza, 1995. _____	47

RESUMO

No período de 1983 a 1996, 54,5% dos casos de AIDS notificados no estado do Ceará foram em decorrência de contatos homo/bissexuais. Trata-se de um estudo transversal com o objetivo de conhecer o comportamento sexual e os fatores de risco associados à prática sexual desprotegida, realizado no período entre maio e agosto de 1995, junto a 400 homens de prática homo/bissexual, residentes na região metropolitana de Fortaleza. Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado, aplicado por 10 entrevistadores. Os entrevistados foram agrupados em 5 classes sociais e 4 faixas etárias. Foi realizada uma análise univariada entre a variável dependente (envolvimento com relações sexuais desprotegidas) e os fatores predisponentes a estas, através de teste exato de Fischer. Dentre estes fatores, aqueles que se mostraram significativos ($p < 0,05$) foram incluídos na análise multivariada, através de regressão logística. Quarenta e sete por cento dos entrevistados se envolveram com relações sexuais desprotegidas e os fatores relacionados a este envolvimento foram: não possuir informações básicas sobre transmissão do HIV/AIDS, ter tido uma frequência de relação sexual com outro homem maior ou igual a 1 vez no mês nos últimos 12 meses, ter tido 1 ou mais contatos sexuais com mulheres nos últimos 12 meses, sentir-se muito excitado com sexo desprotegido, mostrarem atitudes negativas em relação ao sexo mais seguro, não conhecer alguém com AIDS e a não participação em organizações homossexuais. Um contingente ainda grande de homens com prática homo/bissexual se envolve em práticas de risco, necessitando de um aumento do nível de informação, erotização de outras práticas de menor risco e o fortalecimento das relações sociais visando efetivar os programas de prevenção do HIV/AIDS junto a esta população.

INTRODUÇÃO

Por que estudar práticas homossexuais e AIDS?

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um dos mais graves problemas de Saúde Pública da virada do século.

Seus primeiros relatos se deram no final da década de '70, quando começaram a surgir casos de uma "nova" doença entre homens jovens, norte-americanos. Estes indivíduos tinham como característica comum um sério distúrbio imunológico e compartilhavam de uma orientação homossexual.

Estas características, deram à AIDS uma conotação estigmatizada, punitiva e conseqüentemente, a determinação de grupos de risco para o seu controle. Encabeçando estes grupos de riscos, estariam os homossexuais masculinos, seguidos de outros grupos "minoritários", e também estigmatizados, como os(as) usuários(as) de drogas injetáveis (UDI), os hemofílicos entre outros.

Apesar de uma reformulação nas características da AIDS, e a adoção de termos menos estigmatizantes¹ como *comportamentos/práticas* de risco em oposição ao termo *grupos de risco* (considerando que do ponto de vista de vulnerabilidade, toda a sociedade está, de uma forma ou de outra, sob algum risco de contaminação pelo HIV, dependendo de comportamentos/práticas adotadas em suas vidas), ainda hoje a AIDS continua muito próxima dos homossexuais masculinos, seja no imaginário da sociedade, seja na manifestação de casos novos da doença.

Este seria, portanto, um dos primeiros aspectos que nos fez voltar a atenção para a problemática da AIDS, qual seja, a possível relação da doença com uma determinada orientação sexual, especialmente uma orientação marginalizada, como a homossexualidade.

Tal fato nortearia a nossa opção profissional por trabalhar com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a AIDS, tanto ao nível assistencial quanto preventivo, tendo sido priorizado o segundo.

¹ No dia-a-dia, este fato foi sentido como um reflexo do movimento americano, junto aos seus representantes governamentais, para adotarem um discurso *politicamente correto* e adotado também pela comunidade brasileira. Nota do Autor (N.A.)

Ao nos direcionarmos à área preventiva, tivemos a oportunidade de nos aproximar ainda mais dos problemas relacionados com a AIDS, com a questão homossexual masculina e a descoberta de fatores múltiplos relacionados a este **binômio** que, vão além do aspecto biológico da doença em si, passando por questões sociais, comportamentais, éticas, legais, organizacionais, morais, culturais, para citarmos algumas. Este fato aumentou a nossa inquietação com o problema, especialmente quando partimos para o planejamento e execução de “Projetos Preventivos” junto a esta população.

Os projetos que estávamos desenvolvendo nos colocavam próximos de realidades diversas que desconhecíamos, além de levantar a questão de quão eficiente estavam sendo tais estratégias de prevenção, pois a epidemia continuava (e continua) crescente entre homens homossexuais.

Uma das conclusões que nos sobressaiu foi o fato de não “conhecermos” suficientemente esta comunidade para podermos agir de maneira mais concreta frente à prevenção do HIV/AIDS. Como podemos pensar em prevenção do HIV/AIDS (**transformar**) junto a homens homossexuais, se não conhecemos (**compreender**) suas realidades adequadamente? (MINAYO, 1992)

Outrossim, além da infra-estrutura operacional e técnica, qualquer ação em saúde pública deve atentar às questões de valores, atitudes e crenças das comunidades para as quais se dirigem. (MINAYO, 1992)

Desta forma, decidimo-nos por “conhecer melhor” esta população, iniciando por caracterizar como vive, quem é, o que faz, que conhecimentos tem sobre AIDS e quais as práticas sexuais que a coloca em risco para a transmissão do HIV.

Isto em conseqüência da inexistência de trabalhos nesta área em Fortaleza, assim como a escassez dos mesmos no país, fato este já bem documentado por PARKER (1994) em seus trabalhos onde tem destacado a carência de pesquisas sobre o comportamento homossexual e como tais comportamentos estão associados à disseminação do HIV.

Esta carência de informações tem tido sérias implicações no entendimento da dinâmica da epidemia de AIDS entre homens que fazem sexo com homens (HSH), assim como, tem dificultado o estabelecimento de estratégias de prevenção mais eficazes. (PARKER, 1994)

Somente em 1989, no Rio de Janeiro, iniciou-se um estudo atentando para tais aspectos que tem servido de referência para as ações nesta área no Brasil.

Isto, porém, não é suficiente para suprir as deficiências do entendimento da dinâmica da população homossexual masculina e a epidemia da AIDS em outras cidades do Brasil, em consequência das peculiaridades regionais de que estamos dependentes.

Baseados nestas premissas, decidimo-nos por desenvolver um estudo semelhante em Fortaleza o qual pudesse apontar as características dos indivíduos pertencentes a esta área geográfica e colaborar para o desenho de ações preventivas mais eficazes junto a esta população.

Uma pandemia global

Os primeiros casos de AIDS começaram a surgir a partir de 1979, entre adultos jovens, do sexo masculino, das cidades americana de New York, San Francisco e Los Angeles. (WHO, 1994)

Em 1981, a AIDS foi reconhecida pela comunidade científica como uma nova e distinta entidade clínica. (ESSEX, 1997)

Estes indivíduos chamaram a atenção dos seus médicos, e posteriormente de toda a comunidade internacional, pelo fato de estarem manifestando duas doenças raras de serem observadas entre jovens saudáveis: o *Sarcoma de Kaposi* e a *Pneumonia por Pneumocystis carinii*, e por apresentarem um drástico comprometimento do sistema imunológico. Estes pacientes não apresentavam nenhuma condição que pudesse explicar o deterioramento do sistema imune e o único aspecto que os ligava era a prática homossexual. (WHO, 1994; ESSEX, 1997)

Inicialmente, este foi o aspecto que os epidemiologistas observaram como sendo a causa da AIDS e durante um certo período esta síndrome foi chamada nos Estados Unidos (USA) de *Imunodeficiência Relacionada aos Gays* (GRID), sendo posteriormente substituída por AIDS, em contraste com as imunodeficiências congênitas ou decorrentes de transplantes. (PARKER *et al.*, 1994; WHO, 1994)

Desta forma e devido a que a maioria dos casos ocorriam entre homossexuais masculinos, os cientistas começaram a "investigar" indícios no modo de vida dos homossexuais masculinos americanos na tentativa de identificar a(s) causa(s) que

estivesse(m) determinando o aparecimento desta enfermidade. (WHO, 1994; ESSEX, 1997)

Inicialmente, a freqüente exposição da mucosa oral e/ou anal ao esperma e o uso de amil/butil nitritos ("poppers"), observada entre os indivíduos homossexuais, foram considerados como possíveis causas da AIDS (ESSEX, 1997). Devido a isto, vários ambientes gays nos EUA foram fechados, especialmente as saunas e os "darkrooms"²

CARR (1993) registra a passagem deste fato histórico, na comunidade homossexual, destacando que, após os primeiros casos descritos em 1980/1981 e nos anos subseqüentes a sua identificação, a AIDS estaria presente nas comunidades gays de todos os países desenvolvidos, destacando que a maioria dos casos de AIDS diagnosticados nestes países durante a década de 80 seriam observados entre homens homossexuais.

Porém, não só nos países desenvolvidos mas também nos em desenvolvimento, a AIDS foi amplamente difundida na comunidade homossexual, com exceção dos países africanos, onde a epidemia é especialmente disseminada entre os heterossexuais.

Assim, a AIDS passou a ser tratada mundialmente como uma "peste gay"; em consequência, o seu aparecimento esteve atrelado ao preconceito e à discriminação das pessoas acometidas pela doença devido ao fato de ter como pano de fundo um comportamento "marginalizado" pela sociedade.

Este aspecto até hoje tem sérias repercussões, e apesar de mais de uma década de epidemia, as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) sofrem esta discriminação.

A doença, entretanto, logo atingiu outros indivíduos, como: usuários de drogas injetáveis (UDI), hemofílicos, homens, mulheres e crianças que haviam recebido transfusão de sangue.

Nestes casos, apesar de não serem observados os mesmos fatores que teoricamente estavam expondo os homossexuais masculinos à AIDS, tais indivíduos foram expostos freqüentemente a imunoestimuladores por doses de proteínas

² O termo **darkroom** refere-se a uma sala escura encontrada em alguns bares/boates gays, onde os indivíduos podem se engajar em práticas sexuais totalmente anônimas. N. A.

estranhas e antígenos teciduais e ainda observava-se uma inversão entre as taxas de *linfócitos T auxiliares* e *supressores* neste indivíduos. (ESSEX, 1997)

Diante de tais fatos, a teoria inicial do comportamento homossexual como causa da doença teve de ser substituída pela evidência de um agente infeccioso, provavelmente um vírus relacionado com a causa desta nova síndrome.

Em 1983, a etiologia desta enfermidade foi finalmente definida: um retrovírus, denominado pelos americanos de HTLV-1 (Vírus Linfotrópico-T Humano tipo 1) e pelos franceses de LAV (Vírus da Linfadenopatia), foi isolado nos pacientes com a nova síndrome, sendo posteriormente confirmado como o agente causal da infecção que determinava a deterioração do sistema imunológico e a conseqüente susceptibilidade às infecções oportunistas (IO) e a certos tipos de cânceres.

A partir de um consenso entre os dois principais descobridores destes vírus, Robert Gallo (USA) e Luc Montagnier (França), as duas terminologias foram agrupadas em uma única, passando a ser chamado de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). (PARKER et. al., 1994)

Atualmente, sabe-se que existem dois tipos de HIV, o HIV-1 e o HIV-2, com inúmeras cepas cada tipo. O HIV-1, por exemplo, possui dois grandes grupos M, dividido em subgrupos de A-J, e o grupo O que possui diversos vírus heterogêneos. O HIV-2, por outro lado, apresenta no mínimo 5 subtipos sendo a variante predominante nos países do oeste africano. (QUINN, 1996)

Estudos têm revelado a recombinação dos diferentes subtipos do HIV, como por exemplo, as observadas no Brasil, onde são encontrados os subtipos **A/E** e **B/F**. Tais diferenças biológicas podem afetar, consideravelmente, a transmissibilidade do HIV. (QUINN, 1996)

Uma Pandemia veloz

A epidemia de AIDS é rápida e feroz, observa a Organização Mundial da Saúde (OMS). (WHO, 1994)

CAPRARA et. al. (1993) destaca que a AIDS, além de ser uma doença infecciosa tem fortes repercussões sociais, chamando-a de *doença social*, devido ao número de pessoas atingidas, seus modos de transmissão e seus impactos no seio da sociedade.

Desta forma, o crescimento progressivo da epidemia tem feito a AIDS extrapolar as fronteiras das ciências biológicas, da saúde, tornando-se um problema que envolve todos os setores da sociedade, e a dinâmica das relações interpessoais dentro das comunidades atingidas.

As pessoas com AIDS apresentam um grau comum de estigma e o risco da AIDS afeta não somente indivíduos isolados mas todos aqueles a seu redor.

A AIDS atinge atualmente mais de 193 países em todos os continentes.

Configura-se, portanto, uma pandemia com cerca de 1.300.000 casos notificados à OMS, ao final de 1995. Este número, entretanto, não reflete a realidade mundial devido à sub-notificação, ao sub-diagnóstico e a atrasos na notificação (QUINN, 1996).

Estima-se, portanto, que na atualidade, existam 6 milhões de casos acumulados de AIDS distribuídos mundialmente, com 24 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (MERTENS & LOW BEER, 1996); destes 58% são homens e 42% mulheres (AIDSCAP PROJECT et. al., 1996).

Não obstante, alguns autores tem destacado que a doença pode estar se estabilizando, ou mesmo declinando, em algumas regiões do mundo, em especial nos países industrializados, onde a epidemia é mais antiga. Isto pode ser atribuído, em parte, à resposta das populações de melhor nível educacional e aos programas de prevenção (AIDSCAP PROJECT et. al., 1996).

Entretanto, a total estabilização da AIDS ainda pode estar longe de ser atingida nas regiões subdesenvolvidas ou em vias de desenvolvimento, onde estão atualmente 94% de todas as infecções mundiais (AIDSCAP PROJECT et. al., 1996).

Na realidade, o que está ocorrendo é que dentro da pandemia global do HIV existem diferentes epidemias, cada uma com suas próprias dinâmicas e influenciadas por diferentes fatores (tempo de introdução do vírus, densidade populacional e aspectos culturais e sociais).

Enquanto que em algumas regiões do mundo a epidemia do HIV possa estar aparentemente em processo de estabilização, em outras, ela está em plena ascensão (QUINN, 1996).

A pandemia de HIV/AIDS possui 4 fases principais de evolução: **emergente** - quando a mesma emergiu das áreas rurais para os grande centros urbanos, disseminada entre homossexuais masculinos e profissionais do sexo; **disseminação**

- onde o vírus é transmitido rapidamente para várias regiões do mundo, devido ao movimento populacional; **escalação** - influenciada pela desorganização social, pobreza e fatores culturais, a vulnerabilidade ao HIV foi incrementada, fase esta ocorrida nos anos 80; **estabilização** - esta fase tem sido observada na Austrália, América do Norte e na Europa Ocidental, como resultado da estabilização da prevalência e dos casos notificados nestes países o que pode também significar uma transição da infecção pelo HIV de epidêmica para endêmica (QUINN, 1996).

Desta forma, a AIDS deve se manter por um longo período, como uma das principais causas de morte entre os jovens e adultos jovens, e portanto, como um dos maiores desafios da Saúde Pública na atualidade (FERREIRA et. al., 1996).

Na América Latina e no Caribe, a disseminação do HIV/AIDS tem sido mais lenta do que em outras regiões do mundo; entretanto, a pandemia está bem estabelecida e em alguns países é possível observar taxas de incidência entre as mais altas do mundo. As formas de transmissão variam de país para país, destacando-se a contaminação por contato homo/bissexual masculino, pelo uso de drogas injetáveis e pela transmissão heterossexual.(AIDSCAP PROJECT et. al., 1996)

O Simpósio Satélite da *XI INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS*, ocorrido em julho de 1996 em Vancouver, sobre ***The Status and Trends of the Global HIV/AIDS pandemic***, destacou algumas peculiaridades observadas na América Latina e no Caribe em relação à epidemia do HIV/AIDS: início precoce da vida sexual, aceitabilidade cultural de múltiplos parceiros, especialmente entre os homens e baixo nível de uso de camisinhas, baixo entendimento do comportamento homo/bissexual e comportamento bissexual muito mais predominante do que homossexualidade exclusiva, embora a identificação destes indivíduos com a cultura gay não seja comum, o que dificulta o trabalho preventivo para atingir homens que fazem sexo com outros homens (HSH). (AIDSCAP PROJECT et. al., 1996)

Alguns aspectos culturais da sexualidade humana na América Latina, resgatados por PARKER (1996), poderiam explicar esta dinâmica. O fato de que nesta região, a sexualidade dos indivíduos sofre grande influência do sexo masculino, ou melhor, da cultura machista, onde a sexualidade masculina é expansiva e quase incontrolável enquanto a sexualidade feminina é objeto de controle masculino (PARKER, 1996).

Este fato também pode ser observado nas relações entre homens, onde as relações de “gênero” também são observadas, porém neste caso, se baseiam na relação entre o parceiro ativo (insertivo) e o parceiro passivo (receptivo). (PARKER, 1996)

Todas estas características sexuais e culturais da América Latina favorecem a disseminação da epidemia de HIV, em especial, entre os mais oprimidos socialmente (mulheres, homossexuais,...) e dificulta o desenvolvimento de programas de prevenção adequados.

A situação da epidemia de AIDS no Brasil

No Brasil a situação da AIDS é por demais preocupante. De 1980 à agosto de 1996 a taxa de incidência acumulada de casos de AIDS passou de 0,005 por 100.000 habitantes para 63,1 por 100.000 habitantes, com um total de 88.099 casos notificados ao Ministério da Saúde. Destes, 52,9% (46.575) ocorreram devido à exposição sexual ao HIV e dentro desta mesma categoria, 66,7%(31.074) foram devido a contatos homo/bissexuais masculinos. (BRASIL, 1996)

Do total de casos registrados no Brasil no período em questão, 81,1% (70.890) foi entre o sexo masculino e, entre estes, 43,5% (31.074) através de contatos homo/bissexuais. A faixa etária mais atingida encontra-se entre os 20 e 44 anos de idade, com 81,3% dos casos (BRASIL, 1996)

A transmissão heterossexual da AIDS no Brasil assume importante papel na epidemia; mesmo considerando-se possíveis “erros de classificação”, é evidente o crescimento desta categoria.

Apesar disso, pode-se constatar que o número de casos de AIDS entre homens, especialmente aqueles com prática homo/bissexual, continua elevado.

A situação da epidemia de AIDS no Ceará

Na região Nordeste, o estado do Ceará vem se destacando por apresentar uma concentração muito elevada de casos entre homossexuais e bissexuais masculinos, embora também presencie modificações em seu perfil. Este traço da epidemia difere de outros estados, na mesma região, onde um componente significativo de transmissões ocorre através do uso de drogas injetáveis.

Estudos preliminares sobre o registro de casos pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, apontam uma sub-notificação de aproximadamente 60% para o município de Fortaleza, capital do estado, e de 42% para o interior. Estes dados poderiam não só explicar porque o estado do Ceará não se inclui entre os estados da região Nordeste com maiores coeficientes de incidência, como também modificar o perfil desta epidemia de modo importante. (MARTINS, 1996)

O sexo masculino é responsável por 84,6% do total de casos registrados em todo o estado, no período de 1983 a 1996. Os casos de AIDS ocorridos entre homossexuais ou bissexuais masculinos representaram aproximadamente 53,5% deste total de casos. (CEARÁ, 1997), diferentemente do restante do Brasil, aonde o percentual de casos nesta categoria vem decrescendo em relação às outras categorias.

Entre as categorias que vêm se destacando, assume um papel importante a transmissão heterossexual entre as mulheres, que, neste estado, vem se processando principalmente através de contatos sexuais com parceiros bissexuais masculinos.

Resultados de um estudo de soroprevalência para o HIV-1, HIV-2 e HTLV entre a população masculina de profissionais do sexo, realizado em Fortaleza no ano de 1993, onde a maioria dos parceiros/clientes eram também do sexo masculino, resultou em 2,9% de positividade nesta população, num total de 171 pesquisados. Destaca-se que 29% destes indivíduos são casados, fato que demonstra a importância do estudo sobre o comportamento bissexual na transmissão da AIDS neste município. O mesmo estudo sugere ainda que a prevalência do HIV possa ser mais alta nas classes sociais mais altas de homo/bissexuais (BROUTET et. al., 1996).

Este estudo mostra uma situação peculiar da epidemia de AIDS no Ceará, qual seja, a limitada a "grupos" específicos da população. Entretanto, questionamos a possibilidade da prevalência do HIV-1 ser maior entre homo/bissexuais das classes sociais mais altas, particularmente porque o referido estudo tomou como amostra desta população pessoas envolvidas em prostituição, as quais pertencem às classes sociais menos favorecidas. Outrossim, mundialmente tem-se observado uma tendência da epidemia em atingir os países e as classes mais pobres da população (AIDSCAP PROJECT et. al., 1996)

Não obstante isso, chama a atenção o fato de que este quadro tende a se modificar em breve exigindo uma rápida implementação de ações de controle e prevenção.

A Situação da epidemia de AIDS entre Homens no Ceará

Conforme pudemos observar anteriormente, no estado do Ceará a transmissão sexual do HIV tem sido a mais relevante, desde a notificação do primeiro caso de AIDS ocorrida em 1983 até 1996.

Dentro desta categoria no estado, a participação dos homens é primordial: 84,6% (1385) são registros de casos de AIDS entre homens e a participação da mulher na transmissão sexual do HIV é da ordem de 15,4% (253).

Nesta ordem de idéias, ao analisarmos os casos de AIDS entre homens, devido a exposição sexual, encontramos que 54,5% (876) dos casos de AIDS, nesta categoria de contaminação, são em decorrência de contatos homo/bissexuais.

Estes índices atingiriam valores maiores se considerássemos a análise anual. Por exemplo: no ano de 1993, foram registrados 108 casos de AIDS entre homens, devidos à exposição sexual; destes, 88,9% (96) foram em consequência de contatos homo/bissexuais, ou seja, quase a totalidade dos casos de AIDS entre homens devido a relações sexuais no Ceará, no ano em questão, foram em decorrência de contatos homo/bissexuais masculinos.

Estes dados nos mostram o quanto é significativa a transmissão do HIV através de contatos homo/bissexuais no Ceará e, mais uma vez, nos mostram que a prática sexual entre homens não é uma situação rara na região.

Por outro lado, na nossa experiência empírica, estes dados não são suficientes para entender a dinâmica da AIDS junto à "comunidade" homossexual masculina em Fortaleza, necessitando-se de um estudo sobre as dinâmicas sociais, culturais, crenças, atitudes, conhecimento sobre AIDS e, em especial, sobre as suas práticas sexuais e o risco de infecção para o HIV, vivenciadas por esta população no seu dia-a-dia.

A Transmissão sexual do HIV

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é transmitido por três vias: sexual, sangüínea e perinatal, tendo sido identificado em várias secreções orgânicas.

Entretanto, evidências mostram que o mesmo só é infectante no sangue, no esperma, nas secreções vaginais/cervicais e no leite materno. (FERREIRA et. al., 1996)

A transmissão do HIV por contato sexual tem sido considerada o mecanismo de transmissão mais importante na dimensão pandêmica desta doença (USIETO & SASTRE, 1995), representando mais de 70% de todos os casos de AIDS mundialmente e 75-85% dos 28 milhões de infecções pelo HIV ocorridas até hoje. (ROYCE et. al., 1997)

Em uma única relação sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa infectada, existe o risco de transmissão do HIV. Embora este risco possa ser muito baixo, ele é incrementado por outros fatores de risco, tais como a presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sexo e idade do(a) parceiro(a) infectado(a), o tipo de ato sexual, o estágio da infecção e a virulência da cepa do HIV. (USIETO & SASTRE, 1995)

Segundo as evidências disponíveis, o vírus penetra mais facilmente pela mucosa retal do que pela mucosa genital, o que pode ser explicado pela maior fragilidade da primeira, que está mais sujeita a microtraumatismos do que a genital e facilitando assim, o contato do vírus com a corrente sangüínea. Outrossim, o HIV está presente em maior concentração no esperma do que na secreção vaginal; este fato poderia explicar o maior risco de contrair a infecção nas relações entre homens e no sentido homem para a mulher. (FERREIRA et. al., 1996)

Outros fatores, tais como: o número de parceiros sexuais infectados pelo HIV com quem um indivíduo mantém relações sexuais, a extensão da exposição a cada parceiro (duração e tipo de ato sexual) e o grau de infecciosidade de cada parceiro, estão também relacionados à transmissão sexual do HIV. (MERTENS & PIOT, 1997)

É importante destacar que o risco de transmissão sexual do HIV entre mulheres homossexuais é praticamente inexistente (FERREIRA et. al., 1996). No Brasil, não existem registros de casos de AIDS entre mulheres devido ao contato homossexual. (BRASIL, 1996)

Existe uma forte associação entre a presença de outras DST e o risco de infecção pelo HIV, em especial, entre aquelas que provocam ulcerações, como o cancro mole, o cancro duro (sífilis) e as que provocam corrimentos, como as uretrites gonocócicas e não-gonocócicas, vulvo-vaginites entre outras. A maior exposição

das membranas da mucosa devido à solução de continuidade e a maior concentração do HIV nos exsudados, fornece as condições necessárias para que o vírus penetre mais facilmente na corrente sanguínea, na presença de DST. (FERREIRA et. al., 1996)

O contato com o HIV leva a uma série de eventos que podem determinar a AIDS ou o estado de portador assintomático e ainda existe a possibilidade de eliminação total do vírus, embora esta hipótese não tenha sido completamente confirmada pela comunidade científica. (FERREIRA et. al., 1996)

Alguns estudos, porém, têm demonstrado que a probabilidade de infecção pelo HIV através do contato sexual parece ser mais baixa do que através de outras vias (ROYCE et. al., 1997), tais como: a transfusão sanguínea, e a perinatal.

ROYCE et. al. (1997), em revisão detalhada de estudos sobre a transmissão do HIV, observou que a probabilidade de transmissão do HIV por contato sexual penetrativo (insertivo ou receptivo) pode variar dentro de um intervalo entre mais que 0,0002 a menos que 0,1 por contato sexual (Ver QUADRO 1). Estas variações decorrem do modelo de transmissão sexual por contato nas populações dos diferentes estudos e das diversas técnicas metodológicas utilizadas.

QUADRO 1 - Probabilidade de transmissão do HIV por tipo de contato

TIPO DE CONTATO	PROBABILIDADE
Sexo anal receptivo (passivo)	0,008-0,032
Sexo vaginal receptivo (passivo)	0,0005-0,0015
Punção acidental por agulhas	0,0032
Sexo vaginal insertivo (ativo)	0,0003-0,0009
Uso de agulhas por UDI	0,0067

Fonte: KATZ, 1997

Em relação à transmissão sexual oral, não existem estimativas para este tipo de exposição embora os estudos demonstrem a sua possibilidade. (KATZ & GERBERDING, 1997)

Entretanto, estas probabilidades devem ser interpretadas com cautela, pois sofrem influências de vários fatores que elevam estas probabilidades (KATZ & GERBERDING, 1997).

A **infectividade do HIV** é definida como a probabilidade média de transmissão do vírus para uma outra pessoa após esta ter sido exposta a um indivíduo contaminado. (ROYCE et. al., 1997)

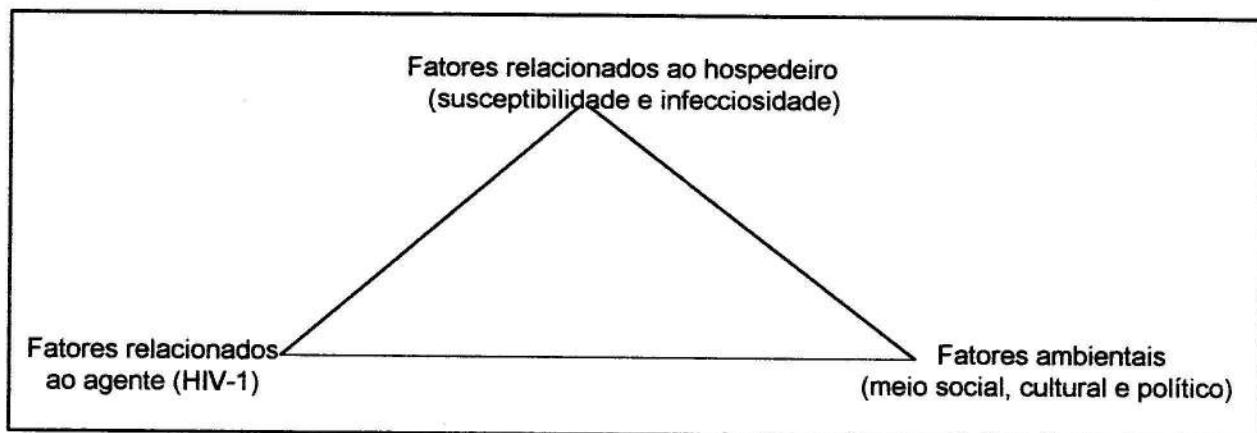
A infectividade somada a dois outros fatores - a duração da infecciosidade e a taxa média com que as pessoas trocam de parceiros sexuais - determina a dinâmica da epidemia, sua ascensão e seu declínio. (ANDERSON & MAY, 1991)

Ao nível da população a infectividade do HIV é determinada pelos 3 clássicos vértices do triângulo epidemiológico - hospedeiro, agente e fatores ambientais. (Ver FIGURA 1) (ROYCE et. al., 1997)

Os fatores que determinam a probabilidade da transmissão sexual do HIV relacionados ao hospedeiro são: a susceptibilidade e a infecciosidade do hospedeiro, entrada do vírus nas células, resposta imune e inflamação, características genéticas do indivíduo, estágio da infecção (os estágios de infecção primária e os mais avançados são os de maior infectividade) (DeVICENZI, 1994; LAZZARIN *et al.*, 1991; CACERES, 1994), uso de terapia antiretroviral, infecções do trato reprodutivo (DST), ectopia cervical, circuncisão masculina, contracepção (o uso consistente de preservativo de borracha protege contra o HIV), menstruação e gravidez. (ROYCE et. al., 1997)

Os fatores relacionados ao agente (HIV-1) estão relacionados a heterogeneidade dos subtipos virais. Existem, no mínimo, 8 distintos genótipos (ou cepas) do HIV-1. (BURKE & McCUTCHAN, 1997)

FIGURA 1 - Triângulo epidemiológico da infectividade do HIV



FONTE: ROYCE, 1997

As diferenças biológicas entre estes subtipos afetam a sua transmissão; por exemplo, o subtipo *E* tem relação com a transmissão sexual enquanto o subtipo *B* mantém relação com transmissão por UDI. (QUINN, 1996)

Esses subtipos possuem também distribuição geográfica distintas, *A*, *C*, *D* e *E* mais comum na África sub-sahariana e Ásia, enquanto o subtipo *B* predomina nos EUA, Caribe e América do Sul (ROYCE et. al., 1997; BURKE & McCUTCHAN, 1997, QUINN, 1996), o que, talvez, explicaria as diferenças epidêmicas observadas entre estas regiões.

Do ponto de vista dos fatores ambientais os mesmos sofrem influência das normas sociais (práticas sexuais, modelos de parceria sexual, métodos contraceptivos e o uso de substâncias que diminuem a inibição sexual) e da frequência de *mudança de parceiro* (sexo comercial, drogas ilícitas, saunas, normas sociais sobre o número de parceiros). A exposição a fatores de risco ambientais indica uma vulnerabilidade social que, em grande parte, corresponde à má distribuição dos recursos sociais e econômicos de uma dada sociedade. (ROYCE et. al., 1997)

É necessário destacar que somente a compreensão de todos os três elementos do triângulo epidemiológico é a chave para o adequado entendimento da infectividade do HIV.

Com a disponibilidade de novas drogas antiretrovirais atualmente e a constatação de que o uso das mesmas após exposição ocupacional ao HIV reduz o risco de transmissão, levanta-se a possibilidade de usá-las também após uma exposição sexual. Entretanto, a disponibilidade de profilaxia para a exposição sexual pode levar as pessoas a ter relações sexuais desprotegidas, na crença de que elas irão se proteger da infecção se iniciarem o tratamento após a contaminação, o que poderá incrementar a transmissão do HIV, assim como, a possibilidade de resistência a estas drogas. (KATZ & GERBERDING, 1997)

A estreita relação entre práticas sexuais e transmissão do HIV/AIDS, tem centrado a atenção da comunidade científica mundial na sexualidade humana e nos comportamentos sexuais que expõem os indivíduos ao risco de contrair o HIV.

Por outro lado, esta não tem sido uma tarefa fácil devido as dificuldades em se observar e analisar condutas, comportamentos e práticas sexuais dos seres humanos, em especial entre aqueles ditos "marginalizados", como os

homo/bissexuais masculinos. Mesmo assim, a epidemia de AIDS tem favorecido a proliferação de estudos do comportamento sexual humano, inicialmente numa ótica quantitativa e mais recentemente na área qualitativa, iniciativa esta que tem por exemplo levado à criação do Banco Europeu de Indicadores de Conduta Sexual e Atitudes frente ao HIV/AIDS (EBI-AIDS). (HUBERT, 1995)

Comportamento Homo/bissexual e risco para o HIV/AIDS

Como já referido anteriormente, o sexo anal, seja insertivo, seja receptivo, sem o uso de preservativo de borracha (camisinha), é a prática sexual de maior risco para a transmissão do HIV.

Neste sentido, os homens de prática homo/bissexuais se colocam entre as populações de maior risco para a aquisição da infecção pelo HIV, em especial os mais jovens (DeWIT, 1996), em consequência da combinação da fragilidade e do alto poder de absorção da mucosa anal em contato com o sêmen, que constitui o principal veículo orgânico para o HIV.

WEBSTER (1996) destaca que, além dos fatores acima citados, o número de parceiros sexuais tem implicações sobre o risco de infecção pelo HIV, através do sexo anal receptivo, em especial entre os indivíduos com mais de 10 parceiros nos últimos 12 meses anteriores ao estudo realizado pelo autor.

Mesmo considerando que durante os primeiros 16 anos da epidemia de AIDS houveram várias mudanças nos comportamentos ou práticas sexuais que tem colocado estes homens sob o risco de HIV/AIDS, ainda persiste um considerável percentual de comportamento de risco. (CORNELISSE, 1996; OSTROW, 1996)

No Brasil, em recente estudo realizado por QUEIROZ (1996) entre 260 indivíduos que se auto identificaram como homossexuais, resultou que 51,9% (135) não usavam preservativo sistematicamente. Este fato nos mostra o quanto estão sob o risco de contrair o HIV/AIDS os homens de prática homossexual no Brasil. A falta de estudos no Ceará nos impõe limites na análise da situação local: Entretanto, com base nos achados epidemiológicos, antes apresentados, consideramos que a situação no Ceará não deve ser muito diferente da observada pelo referido autor.

DeWIT (1996) tem observado uma variação de 3,2% a 44,3% no envolvimento de homens homossexuais em práticas sexuais de risco com parceiros casuais e regulares, respectivamente. É importante notar que os maiores

percentuais de práticas sexuais de risco são encontrados em relacionamentos com parceiros regulares.

Estudo realizado por BARTOS (1996), na Austrália, vem corroborar com esta observação, destacando que os homossexuais masculinos estão menos propensos a usarem camisinha com seus parceiros sexuais regulares do que com seus parceiros casuais.

Um dos problemas que advém deste fato refere-se à chamada **monogamia serial** observada tanto nas populações heterossexuais quanto homossexuais. Trata-se de um tipo de monogamia que ocorre em série com parceiros sexuais regulares e fixos, onde são observadas relações sexuais de risco (penetração sem uso de preservativos). Neste caso, o indivíduo por ter reduzido o número de parceiros sexuais e mantém uma relação monogâmica com outro indivíduo, acredita não correr risco para o HIV. Entretanto, tais relações acontecem em **série**, persistindo assim, o risco de envolver-se com um parceiro infectado. (BAYÉS, 1995)

Este fato pode ser explicado pelo compromisso e a expressão de amor no relacionamento com o parceiro regular, onde são priorizados a expressão de amor entre os parceiros e a crença da prevenção de doenças entre os mesmos. (BARTOS, 1996) Para muitos homens, o sexo anal com o parceiro regular representa o seu compromisso com a relação e a confiança entre ambos é vista como um sinal de bom relacionamento. Desta forma a decisão por não usar preservativo, simbolicamente, representa a confiança depositada entre os parceiros. (FLOWERS, 1996)

Estudo realizado por McLEAN *et al.* (1994) demonstrou que a maioria dos indivíduos entrevistados que se envolvia em práticas sexuais de risco para o HIV (penetração anal sem preservativos) com seus parceiros regulares, estava **"apaixonado"**. Desta forma conclui que a percepção de risco destes homens em relação ao sexo desprotegido com seus parceiros está intimamente relacionada ao envolvimento emocional com o parceiro.

Por outro lado, o fator de não se usar preservativos nas relações sexuais com parceiros regulares pode não significar necessariamente uma situação de risco para o HIV, desde que isto esteja ocorrendo em uma relação estritamente monogâmica e onde ambos os parceiros sejam soro-negativos. (STEINER *et al.*, 1994)

Esta opinião também é compartilhada por McCUSKER et. Al. (1989), que conclui que nestas circunstâncias o sexo desprotegido pode ser considerado seguro em relação ao HIV.

Neste momento observamos o aparecimento de dois conceitos que apesar de terem emprego corriqueiro possuem significados diferentes: sexo desprotegido (unprotected) e sexo inseguro (unsafe). Desta forma, parceiros sexuais soroconcordantes podem estar se engajando em atos sexuais desprotegidos porém não sendo considerados os mesmos, inseguros (BOCHOW, 1996). Em outras palavras, sexo desprotegido refere-se ao não uso de preservativos nas relações sexuais penetrativas, enquanto sexo inseguro refere-se ao ato sexual com risco de transmissão do HIV quando ocorridas entre pessoas soropositivas ou sorodiscordantes.

Contudo, acreditamos que nem sempre **“saber”** que tem o mesmo sorostatus para o HIV significa que ambos os parceiros foram adequadamente testados para o HIV e possuem e sabem o resultado. O que ocorre é que devido ao envolvimento emocional ditado pela relação de confiança entre os parceiros, os mesmos **“acreditam”** que são negativos. (McLEAN et al., 1994)

Por último, destacamos que em um estudo realizado no Reino Unido, no período 1993 a 1995, não foram encontradas mudanças comportamentais (num período de 3 anos de seguimento da amostra), seja entre parceiros casuais, seja entre parceiros regulares de homens com prática homossexual, em relação ao engajamento em práticas anais sem uso de preservativos. Outrossim, que as práticas de relação anal sem preservativo, são observadas na sua grande maioria entre homens que desconhecem o status sorológico para o HIV, dos seus parceiros. (HICSON et. al., 1996)

Assim, observamos que os homens de prática homossexual, a despeito de qualquer mudança comportamental que possa ser observada, continuam se envolvendo em práticas (ou situações) de risco para a aquisição do HIV, em especial, relações anais sem o uso de preservativos principalmente com os seus parceiros regulares.

OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas sexuais e os fatores de risco para infecção pelo HIV/AIDS entre homens de prática homo/bissexual do município de Fortaleza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudar a população de homossexuais e bissexuais do município de Fortaleza quanto a suas características sócio-demográficas;
2. Descrever a identidade e o comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais do município de Fortaleza;
3. Identificar fatores que favorecem o envolvimento em relações sexuais desprotegidas (RSD) e risco para o HIV, entre os homo/bissexuais masculinos de Fortaleza;

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo faz parte da pesquisa sobre ***Conhecimentos, Atitudes e Crenças sobre AIDS e Comportamento Sexual entre Homossexuais e Bissexuais Masculinos do Município de Fortaleza***, desenvolvido em parceria pela Universidade Federal do Ceará (UFC), a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará (SESA-CE) e o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - Ceará (GAPA-CE).

Trata-se de um estudo transversal, no qual foram aplicados 400 questionários semi-estruturados (ver apêndice), no período compreendido entre maio e agosto de 1995, entre homens que referiram já ter feito sexo com outros homens, residentes na região metropolitana de Fortaleza. O questionário utilizado foi uma adaptação local feita a partir de instrumentos semelhantes utilizados em outros estudos nacionais e internacionais (BOCHOW, 1989; PARKER, 1994)

Visando maximizar a representatividade do estudo, os indivíduos foram recrutados através de diferentes técnicas: recrutamento em áreas previamente identificadas sócio-culturalmente com atividades homossexuais pelos pesquisadores, tais como, boites, bares, saunas e áreas de "pegação"³ associada à técnica denominada "bola de neve" ou redes de amizades (indicações de pessoas previamente entrevistadas). O processo de identificação destas áreas foi realizado por colaboradores que, em sua maioria, desenvolvem trabalhos preventivos nas áreas freqüentadas por homo/bissexuais masculinos e que pertencem a diferentes níveis sócio-econômico-culturais.

Todos os entrevistadores (em número de 10) eram homens de orientação homossexual. A opção por entrevistadores com as mesmas características da amostra, visou facilitar a inserção dos mesmos junto ao grupo sob estudo e em ambientes gays onde seriam conduzidas as entrevistas. Os mesmos tendiam a pertencer as classes sociais B, C ou D, fato este que pode ter colaborado para algum vício amostral.

Visando ainda a maior representatividade possível da população estudada, uma vez que se trata de uma amostra de conveniência (não se conhece o universo

³Áreas de pegação são usualmente logradouros públicos onde os homossexuais masculinos podem encontrar um parceiro sexual, ex.: banheiros, parques, praças, etc. N.A.

da população de homo/bissexuais masculinos, seja em Fortaleza ou em outra área geográfica), procurou-se garantir que uma parcela dos entrevistados não fosse recrutada apenas através das redes de amizades.

De outra forma, a amostra poderia ser homogeneizada uma vez que a maioria dos entrevistadores provinha da classe social média, com um nível de instrução secundário ou superior.

Considerando-se que tanto a classe social do indivíduo pesquisado como a sua faixa etária poderiam ser fatores determinantes dos resultados encontrados, estabeleceu-se que o tamanho amostral deveria ser tal que garantisse no mínimo 10 indivíduos nos 20 grupos constituídos pela combinação das 5 classes sociais A (mais alta), B, C, D e E (mais baixa) (GUIDI & DUARTE, 1969) e das 4 faixas etárias (<22, 22 |-32, 32 |-42 e ≥ 42), ver diagrama abaixo.

FAIXA ETÁRIA	A	B	C	D	E	TOTAL
<22	10	10	10	10	10	50
22 -32	10	10	10	10	10	50
32 -42	10	10	10	10	10	50
>42	10	10	10	10	10	50
TOTAL	40	40	40	40	40	200

A divisão dos entrevistados nestas faixas etárias baseou-se na discussão realizada por PARKER (1994) sobre a interferência dos diferentes momentos históricos e contextos sócio-culturais vivenciados pelo país no comportamento dos homo/bissexuais masculinos.

Durante a análise dos resultados, as 5 classes sociais iniciais foram reagrupadas em 3 classes (A, B e C), de acordo com a descrição abaixo:

A » agrupamento das classes iniciais A e B;

B » classe inicial C

C » agrupamento das classes iniciais D e E

Aos sujeitos do estudo foi garantido o sigilo das informações e o anonimato de acordo com as normas éticas da investigação científica.

Os dados do estudo foram submetidos a testes estatísticos sendo analisados pelo software EPI INFO, versão 6.04a desenvolvido pelo Centers for Disease Control

and Prevention (CDC) de Atlanta, USA e pelo software STATA™, versão 5.0, desenvolvido pela STATA Corporation, Texas, USA.

Devido às limitações impostas pelo próprio modelo do estudo (exposição e desfecho são levantados simultaneamente, fornece informação fotográfica de uma dada população em um dado período de tempo) (HENNEKENS & BURING, 1987) e pelas características da população estudada (amostra de conveniência), não poderemos generalizar os resultados deste estudo para toda a população de homens que fazem sexo com homens, assim como, para outros períodos de tempo, além de 1995.

Não obstante, os resultados aqui apresentados poderão servir como base/indicação das necessidades de saúde desta população, no tocante à prevenção do HIV/AIDS.

Variáveis de Estudo

As variáveis de estudo estão agrupadas em categorias, a saber:

- I. Dados sócio-demográficos
- II. Identidade e orientação sexual
- III. Parceria sexual
- IV. Comportamento sexual
- V. Informações sobre a transmissão do HIV
- VI. Auto-eficácia
- VII. Mudanças após o surgimento da AIDS
- VIII. Relações Sociais
- IX. Soropositividade/soronegatividade
- X. Envolvimento com Relações Sexuais Desprotegidas

Análise Estatística

Uma análise univariada foi realizada entre a variável de desfecho (relações sexuais desprotegidas) e os fatores predisponentes a esta, através do teste exato de Fischer. Os fatores predisponentes que mostraram associação com a variável desfecho ($p < 0,05$), na análise anteriormente referida, foram incluídos em uma análise logística multivariada para avaliar os efeitos independentes. Visando evitar

colinearidade entre as variáveis escolaridade e nível de informação sobre HIV/AIDS, a primeira foi excluída do modelo final de regressão.

Definição de Termos (Variáveis)

- I. Classe Social
 - A. **Classe A** - renda pessoal ≥ 8 salários mínimos (SM); renda familiar ≥ 8 SM, ocupação e nível escolar: 2º. grau ou superior;
 - B. **Classe B** - renda pessoal 4|--8 SM; renda familiar 4|--8 SM, ocupação e nível escolar: 1º. grau completo;
 - C. **Classe C** - renda pessoal < 4 SM; renda familiar < 4 SM, ocupação e nível escolar: menos que 1º. grau - 20% não foram a escola;
- II. Local onde encontra o parceiro
 - A. **Social** - aqueles que responderam sempre/quase sempre/as vezes aos seguintes locais: através de amigos, rua/parque/praças (exceto áreas de pegação), piscina/praias, bares/discotecas/boates (exceto quarto escuro), local de trabalho, teatro/shows/galerias de artes/cinema (exceto cine pornô);
 - B. **Pegação** - aqueles que responderam sempre/quase sempre/as vezes aos seguintes locais: sauna, áreas de pegação, banheiros públicos, quarto-escuro, cine pornô, anúncios de jornais/revistas, disque-namoro/disque-amizade;
 - C. **Prostituição** - aqueles que responderam sempre/quase sempre/as vezes ao seguinte local: áreas de prostituição;
- III. Parceiros sexuais
 - A. **Parceiro regular** - alguém com quem o entrevistado transou mais de uma vez (onde o segundo e os outros encontros não foram por acaso), e ou com quem pretendia transar novamente num futuro próximo.
 - B. **Parceiro casual** - alguém com quem o entrevistado transou uma vez ou mais sem nenhuma base regular (regularidade) e sem combinar para um próximo encontro.
 - C. **Parceiro anônimo** - alguém com quem o entrevistado transou ou transava do qual desconhece qualquer dado de identidade.

IV. Relações Sexuais

- A. **Insertiva** - o indivíduo faz a ação sexual, por exemplo introduz o pênis no ânus de alguém.
- B. **Receptiva** - o indivíduo sofre a ação sexual, por exemplo tem o ânus penetrado por alguém.

V. Envolvimento com Relações Sexuais Desprotegidas (RSD)

- A. **Sim** - aqueles que responderam **sim** as seguintes práticas sexuais: foi penetrado no ânus sem camisinha ou penetrou o ânus de alguém sem camisinha ou fez sexo vaginal sem camisinha, nos últimos 6 meses anteriores a entrevista;
- B. **Não** - aqueles que responderam **sim** ou **não** as seguintes práticas sexuais: foi penetrado no ânus com camisinha e penetrou o ânus de alguém com camisinha e fez sexo vaginal com camisinha, nos últimos 6 meses anteriores a entrevista;

VI. Nível de controle para evitar o HIV/AIDS:

- A. **Adequado** - são os entrevistados que responderam concordo com as seguintes questões:
 - a) no sexo determina o que fazer e quando fazer;
 - b) para evitar o HIV, basta tomar cuidado com o tipo de relação e
 - c) não tem problema em dizer não, à recusa do sexo seguro;e responderam discordo às questões:
 - d) não há nada o que fazer para evitar o HIV/AIDS e
 - e) parceiro não quer sexo seguro, pode fazer bem pouco.
- B. **Inadequado** - são os entrevistados que responderam diferente do adequado.

VII. Atitudes em relação ao sexo seguro:

- A. **Positivas** - são os entrevistados que responderam concordo completamente ou em parte com as seguintes questões: é fácil falar com um parceiro sexual que não vai transar sem usar preservativo; e discordam completamente ou em parte com: é difícil, no auge da excitação, fazer sexo mais seguro.

- B. Negativas** - são os entrevistados que discordaram completamente ou em parte com: é fácil falar com um parceiro sexual que não vai transar sem usar preservativo; e concordaram completamente ou em parte com: é difícil, no auge da excitação, fazer sexo mais seguro.

VIII. Nível informação

Questão:	A. Informado	B. Mais ou menos informado
O HIV é transmitido pelo sêmen	certamente sim	certamente não
O HIV é transmitido pelo sangue	certamente sim	certamente não
O HIV é transmitido pela saliva	certamente não	certamente sim ou acho que sim ou acho que não ou certamente não ou não sei
Por causa do longo período de incubação, uma pessoa poderia transmitir o HIV apesar de parecer muito saudável	certamente sim	certamente não ou acho que sim
O uso de (um preservativo) vai prevenir a transmissão do HIV	certamente sim ou acho que sim	certamente não ou acho que não
Diminuir o número total de parceiros sexuais vai reduzir o risco de contrair o HIV	certamente sim	acho que sim ou acho que não ou certamente não ou não sei
O que é importante para reduzir o risco de infecção pelo HIV não é o número de parceiros que você tem, mais o que faz com eles	certamente sim	Certamente não ou acho que sim
C. Desinformado	é o indivíduo que não respondeu como "informado" ou "mais ou menos informado" ou não sabia nenhuma das questões. Os indivíduos que não responderam a todas as questões foram classificados como ignorados para esta variável.	

RESULTADOS

Características sócio-demográficas dos entrevistados

Dentre os 400 homens participantes, 97% residiam na cidade de Fortaleza (TABELA 1). A idade média observada entre os participantes foi de 28,4 anos (desvio padrão 8,3; mediana 27; amplitude 14-65). Trinta e sete por cento tinham 2º. grau completo, seguindo por 25% com nível superior e 15% com 1º. grau completo. Em relação a identidade étnica, 60% dos entrevistados se identificaram como moreno/mulato/pardo e 33% como branco. A religião preponderante foi a católica, com 60% dos entrevistados, seguida por aqueles que afirmaram não ter religião, 17%. A maioria dos participantes era solteiro, 88%, sendo que 7% eram casados ou possuíam uma parceria feminina e 5% tiveram uma parceria feminina e estavam divorciados/separados ou viúvos. Quarenta e três por cento pertenciam à classe social B (média), seguidos pelos da classe C (baixa) com 31% e da classe A (alta) com 26% (TABELA 1). Em respeito à situação de moradia, 59% dos homens entrevistados moravam com os pais/parentes e apenas 15% moravam sozinhos e 3% referiram morar com a mulher/família (esposa) (TABELA 1).

Identidade e orientação sexual

Cerca de 70% dos participantes identificaram-se como homossexual/entendido/gay, 16% identificaram-se como bissexuais (TABELA 2). Quanto ao comportamento sexual, 72% dos entrevistados referiram ter tido sexo só com homens, nos últimos 12 meses anteriores a entrevista, porém cerca de 23% tiveram sexo com homens e em algum momento sexo com mulheres, 5% afirmaram não ter tido relações sexuais. Dentre os 21 entrevistados que referiram não ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses, 48% tiveram 1 ou mais parceiros sexuais masculinos neste mesmo período (TABELA 3). Quanto a atração sexual, no período em questão, prevaleceu a atração só por homens (70%), seguida da atração ocasional também por mulheres 18% (TABELA 3).

TABELA - 1. Distribuição dos entrevistados segundo as características sócio-demográficas, Fortaleza, 1995.

CIDADE DE RESIDÊNCIA	FREQ	%
EUSÉBIO	1	0,2
CAUCAIA	4	1,0
MARACANAÚ	6	1,5
FORTALEZA	389	97,3
TOTAL	400	100,0
FAIXA ETÁRIA	FREQ.	%
<22 anos	76	19,0
22 – 32 anos	214	53,5
>=32 anos	110	27,5
TOTAL	400	100,0
ESCOLARIDADE	FREQ.	%
1º GRAU .	56	15,0
1º GRAU COM.	27	7,2
2º GRAU .	41	10,9
2º GRAU COM.	140	37,5
SUPERIOR	94	25,1
PÓS-GRADUADO	16	4,3
TOTAL	374	100,0
IDENTIDADE ÉTNICA	FREQ.	%
VERMELHO	1	0,3
AMARELO	3	0,8
NEGRO	16	4,0
BRANCO	133	33,5
MORENO, MULATO, PARDO	243	61,4
TOTAL	396	100,0
RELIGIÃO	FREQ.	%
OUTRA	15	3,7
PROTESTANTE	14	3,5
AFRO-BRASILEIRA	31	7,7
ESPIRITUALISTA	33	8,2
NÃO TEM RELIGIÃO	67	16,7
CATÓLICA	240	60,1
TOTAL	400	100,0
ESTADO CIVIL	FREQ.	%
VIÚVO	3	0,7
DIVORCIADO/DESQUITADO/SEPARADO	18	4,5
CASADO/JUNTO/AMIGADO	27	6,8
SOLTEIRO	352	88,0
TOTAL	400	100,0
CLASSE SOCIAL	FREQ.	%
CLASSE A	106	26,5
CLASSE B	170	42,8
CLASSE C	123	30,8
TOTAL	400	100,0
SITUAÇÃO DE MORADIA	FREQ.	%
COM A MULHER/FAMÍLIA	13	3,4
COM O PARCEIRO	33	8,7
COM AMIGOS(AS)	55	14,5
SOZINHO	56	14,7
COM OS PAIS/PARENTES	223	58,7
TOTAL	380	100,0

TABELA - 2. Distribuição dos entrevistados segundo a sua identidade sexual. Fortaleza, 1995.

IDENTIDADE SEXUAL	FREQ.	%
HOMEM/BOFE	25	6,6
VIADO/BICHA/ BAITOLA	25	6,6
MULHER	5	1,3
BISSEXUAL	61	16,0
HOMOSSEXUAL/ENTENDIDO/GAY	265	69,5
TOTAL	381	100,0

TABELA - 3. Distribuição dos entrevistados segundo o comportamento e sentimento sexual nos últimos 12 meses anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995.

COMPORTAMENTO SEXUAL	FREQ.	%
SEXO SÓ COM MULHERES	5	1,3
PRINCIPALMENTE COM MULHERES OCASIONALMENTE COM HOMENS	17	4,3
IGUALMENTE MULHERES E HOMENS	19	4,8
PRINCIPALMENTE COM HOMENS OCASIONALMENTE COM MULHERES	51	12,8
SEXO SÓ COM HOMENS	286	71,8
NÃO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS	21	5,3
TOTAL	399	100,0
SENTIMENTO DE ATRAÇÃO	FREQ.	%
ATRAÇÃO SÓ POR MULHERES	2	0,5
PRINCIPALMENTE POR MULHERES OCASIONALMENTE POR HOMENS	17	4,2
IGUALMENTE POR MULHERES E HOMENS	25	6,3
PRINCIPALMENTE POR HOMENS OCASIONALMENTE POR MULHERES	71	17,8
ATRAÇÃO SÓ POR HOMENS	281	70,4
NÃO TEVE ATRAÇÃO	3	0,8
TOTAL	399	100,0

Parceria sexual

O principal padrão de relacionamento sexual dos entrevistados, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, foi o de relações esporádicas com diferentes homens (35%), sendo que 21% afirmaram não ter mantido um relacionamento sexual no período em questão (TABELA 4). Entre os que possuíam uma relação fixa com um homem (174), 44% referiram que este relacionamento durava há mais de 12 meses.

Vinte e três por cento dos entrevistados referiram que o anonimato dos seus parceiros sexuais variava de mais da metade deles a até todos eles, nos últimos 12 meses.

TABELA - 4. Distribuição dos entrevistados segundo o padrão de relacionamento sexual mantido nos últimos 30 dias anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995.

PADRÃO SEXUAL	FREQ.	%
FIXA COM UM HOMEM E COM SEXO COM OUTROS HOMENS	54	13,6
NÃO MANTÉM RELACIONAMENTO SEXUAL	84	21,2
FIXA COM UM HOMEM SEM SEXO COM OUTROS HOMENS	120	30,2
ESPORÁDICAS COM DIFERENTES HOMENS	139	35,0
TOTAL	397	100,0

Inquiridos a respeito de ter tido alguma vez na vida relações sexuais com mulheres, a maioria afirmou que sim, uma ou mais vezes (55%), enquanto que 36% responderam que não/nunca (TABELA 5). Entretanto, nos últimos 12 meses anteriores a entrevista, o percentual de homens que não tiveram nenhuma relação com mulheres aumentou para 66%. Entre os que referiram relações sexuais com mulheres, neste mesmo período, 11% relataram frequência de 1 ou duas vezes no ano e 12% referiram contato sexual pelo menos 1 vez ao mês com parceira feminina (TABELA 6).

TABELA - 5. Distribuição dos entrevistados segundo ter tido alguma vez relações sexuais com mulheres. Fortaleza, 1995.

SEXO COM MULHERES	FREQ.	%
NÃO, NUNCA	144	36,1
SIM, UMA VEZ	72	18,0
SIM, MUITAS VEZES	124	31,1
SIM, FREQUENTEMENTE	25	6,3
OUTRO	34	8,5
TOTAL	399	100,0

TABELA - 6. Distribuição dos entrevistados segundo a frequência média de relações sexuais com homens e com mulheres nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Fortaleza, 1995.

FREQUÊNCIA	HOMENS		MULHERES	
	FREQ.	%	FREQ.	%
DE MODO ALGUM	21	5,3	174	66,2
UMA OU DUAS VEZES	27	6,8	29	10,9
OCASIONALMENTE	80	20,2	20	7,5
IRREGULARMENTE, MAS COM UMA FASE INTENSIVA	43	10,8	8	3,0
1 A 5 VEZES NO MÊS	89	22,5	20	7,5
2 A 3 VEZES NA SEMANA	92	23,1	4	1,5
DIARIAMENTE/QUASE DIARIAMENTE	45	11,3	9	3,4
TOTAL	397	100,0	264	100,0

No tocante à frequência de relações sexuais com homens nos últimos 12 meses, 57% dos entrevistados tiveram uma ou mais relações sexuais ao mês. Entre estes, 57% possuíam uma relação fixa com um homem nos últimos 30 dias.

Em relação aos seus parceiros sexuais os entrevistados tiveram em média 1 parceiro regular masculino (desvio padrão 1,8; mediana 1; amplitude 0-20) e 1,9 parceiros casuais masculinos (desvio padrão 3,8; mediana 0; amplitude 0-30), nos últimos 30 dias. Quanto ao número de parceiros masculinos referente aos últimos 12 meses, os participantes tiveram em média 17,5 parceiros (desvio padrão 31,1; mediana 5; amplitude 0-216). Independente do tipo de parceiro sexual (regular ou casual) os participantes tiveram em média 3,5 parceiros masculinos nos últimos 30 dias (desvio padrão 5,1; mediana 1; amplitude 0-30).

Um percentual importante dos entrevistados (47%) busca seus parceiros sexuais tanto em locais tidos como sociais ou em regiões de pegação. A procura de parceiros restrita a locais sociais foi realizada apenas por 1/3 dos respondentes e 18% referiram conhecer seus parceiros sexuais em diferentes locais sendo que todos estes homens incluem a busca de parceiros em áreas de prostituição (TABELA 7).

TABELA - 7. Distribuição dos entrevistados, segundo o local onde tem conhecido o(s) parceiro(s) sexual(ais), nos últimos 12 meses anteriores a entrevista. Fortaleza, 1995.

LOCAL	FREQ.	%
SOCIAL	118	32,9
SOCIAL/"PEGAÇÃO"	168	46,9
SOCIAL/"PEGAÇÃO"/PROSTITUIÇÃO	59	16,4
SOCIAL/PROSTITUIÇÃO	5	1,4
"PEGAÇÃO"	7	1,9
"PEGAÇÃO"/PROSTITUIÇÃO	2	0,5
TOTAL	359	100,0

Vinte e um por cento dos entrevistados, já receberam dinheiro em troca de sexo, destes, 80% tem idade igual ou inferior a 25 anos e 51% pertencem à classe social C (baixa). Vinte e nove por cento dos homens inquiridos já ofereceram dinheiro em troca de sexo, sendo que, entre estes, 44% tinham mais de 25 anos e 36% pertencem a classe social A (alta).

Comportamento sexual

A principal prática sexual observada entre os entrevistados, nos últimos 6 meses anteriores a entrevista, foi a masturbação solitária (92%), seguida pelo sexo oral insertivo (81%), sexo oral receptivo (81%), e masturbação mútua (71%). O sexo anal receptivo com camisinha apresentou um percentual de 61% e o sexo anal insertivo com camisinha 58,1%. O sexo ano-oral aparece com percentuais de 51% e 45% para o receptivo e o insertivo, respectivamente, entre os praticantes.

O sexo anal insertivo e receptivo sem camisinha foi referido por um percentual importante, 33% e 29%, respectivamente. O sexo vaginal foi a prática sexual menos observada entre os entrevistados, sendo que 14% a fazem sem camisinha e 12% com camisinha (GRÁFICO 1).

Entre os entrevistados que relataram sexo vaginal sem camisinha (47), nos últimos 6 meses, 66% relataram também sexo anal sem camisinha, no mesmo período.

Dentre os entrevistados que relataram suas práticas sexuais, 47% se envolveu com relações sexuais desprotegidas (RSD) (sexo anal insertivo/receptivo sem camisinha ou sexo vaginal sem camisinha), nos últimos 6 meses anteriores à entrevista.

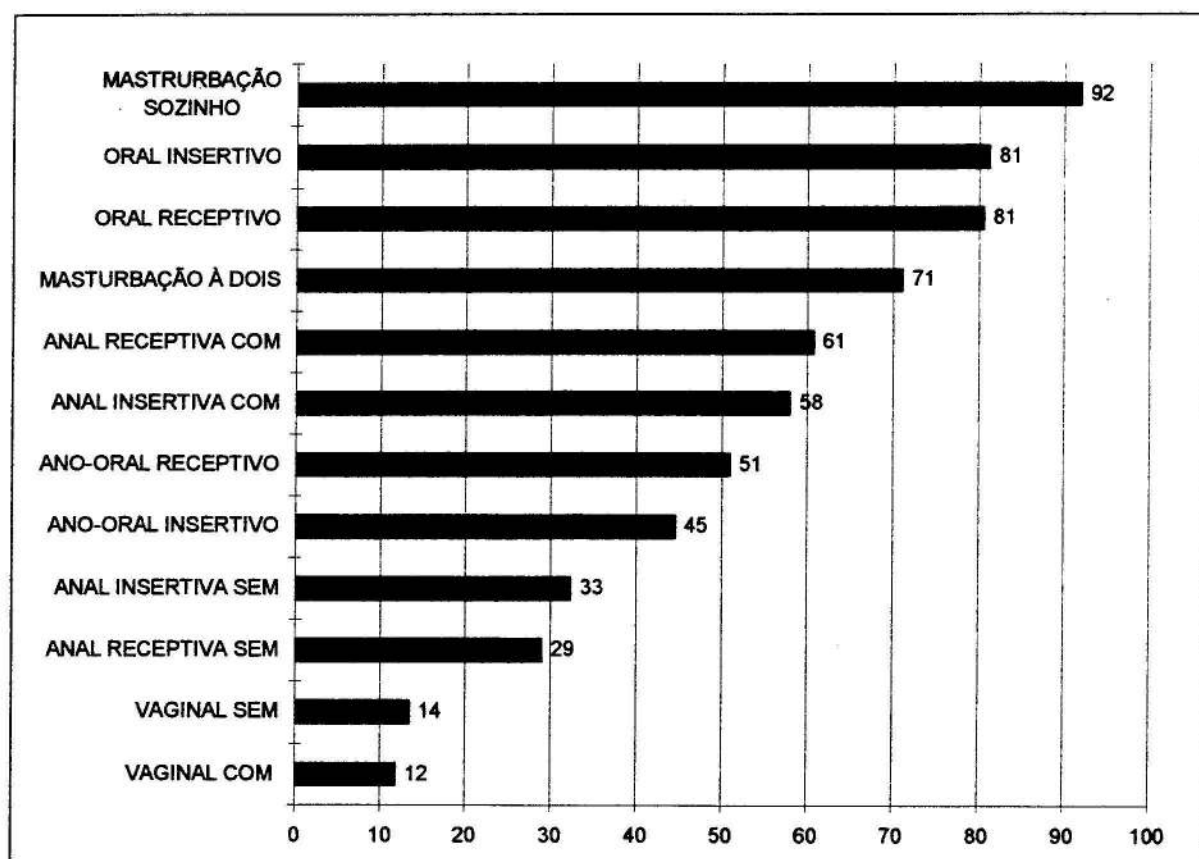


GRÁFICO 1 - Distribuição dos entrevistados, segundo o envolvimento em práticas sexuais e uso de preservativos, nos últimos 6 meses (em %). Fortaleza, 1995.

Questionados sobre o nível de excitação que tem por cada prática sexual com e sem camisinha, observou-se que 67% consideram que a prática sexual anal receptiva sem camisinha os excita. Em relação a prática anal insertiva, 67% acham-na excitante sem camisinha. O sexo oral insertivo com camisinha apresentou o maior percentual de desagrado entre os entrevistados (49%).

No tocante ao nível de risco das práticas sexuais, com e sem camisinha, 94% dos participantes relataram que o sexo anal receptivo sem camisinha é arriscado e 91% que o é o sexo anal insertivo. Em relação à prática vaginal 75% acham-na arriscada sem camisinha e 17% não sabem.

Informações sobre a transmissão do HIV

Os entrevistados, na sua maioria (85%), referiram que a AIDS, em algum momento da sua vida, se tornou importante. Quarenta e seis por cento referiram que isto ocorreu no período entre 1985 a 1990.

Em relação ao nível de informação sobre HIV/AIDS, observa-se que aproximadamente a metade dos entrevistados (47%) possui informações básicas sobre HIV/AIDS e 10% são bastante informados, enquanto que um percentual importante (43%) não possui informações consideradas mínimas sobre HIV/AIDS.

A desinformação sobre HIV/AIDS foi significativamente maior entre os que tem menos de 22 anos de idade em comparação aos que possuem idade maior que esta ($p=0,001$). Também mostrou-se extremamente significativa a desinformação entre os entrevistados da classe social C (baixa) em relação aos pertencentes às demais classes sociais B (média) e A (alta) ($p<0,001$).

Auto-eficácia

Os entrevistados foram inquiridos sobre diversas situações de controle para evitar o HIV/AIDS. Observou-se que 97% concordam que as pessoas tem contraído o HIV principalmente por causa da sua falta de cuidado; 86% dos participantes concordam que quando tem relações sexuais é, normalmente, o indivíduo determinante do que fazer e quando fazer; 82% discordam que não há nada o que fazer para evitar contrair o HIV; 66% discordam que quando o parceiro não quer fazer sexo seguro pode-se fazer bem pouco para mudar isso, 85% concordam que para evitar o HIV basta tomar cuidado com o tipo de relação sexual e 78% concordam que não há problema em dizer não à recusa do sexo seguro (TABELA 8). Entretanto, estas situações, analisadas em conjunto, resultaram que apenas 38% dos entrevistados apresentaram um nível adequado de controle para evitar o HIV/AIDS, refletindo a complexidade destas situações e suas interações com o parceiro sexual.

TABELA -8. Opinião dos entrevistados, segundo as situações de controle para evitar o HIV/AIDS. Fortaleza, 1995.

Declaração/situação	concordo	discordo	total
contrair o HIV por sua própria falta de cuidado	374	10	384
no sexo determina o que e quando fazer*	276	45	321
não há nada o que fazer para evitar o HIV/AIDS*	65	304	369
parceiro não quer sexo seguro, pode fazer bem pouco*	124	239	363
qualquer pessoa pode evitar o HIV/AIDS	357	25	382
para evitar o HIV, basta tomar cuidado com as pessoas	287	86	373
para evitar o HIV, basta tomar cuidado com o tipo de relação*	317	55	372
não tem problema em dizer NÃO, à recusa do sexo seguro*	281	78	359
não há muito o que fazer após a contaminação com o HIV	161	202	363
outras pessoas pegam o HIV, você não.	105	263	368
coito anal com preservativo, não pega e nem transmite HIV	312	55	367
devido ao estilo de vida não vai se contaminar com o HIV	236	129	365

*Variáveis utilizadas para avaliar o nível de controle

Mudanças após o surgimento da AIDS

Cinquenta por cento dos entrevistados referiram ter feito muitas mudanças nas suas vidas sexuais após o surgimento da AIDS. Interrogados a respeito destas mudanças, 47% informaram o uso da camisinha, 17% diminuição do número de parceiros sexuais, 14% procura de relacionamento estável e 6% evitando a penetração. Destaca-se que as três últimas mudanças referidas são consideradas isoladamente ineficazes para prevenir o HIV/AIDS.

Dois terços dos respondentes referiram ter usado camisinha na última relação sexual, anterior à entrevista, destacando-se porém, que mais de 1/3 dos mesmos não o fizeram nesta situação.

Relações Sociais

Os maiores percentuais de envolvimento dos entrevistados com instituições da (sub)cultura gay estão relacionados com aquelas ligadas ao entretenimento/diversão. Desta forma, 86% dos participantes referiram ter se envolvido com bares/boites gays alguma vez na vida, 24% se envolveram com saunas gays, 19% com grupos políticos e somente 13% com grupos/organizações gays.

Apesar de poucos homens terem referido participação em organizações gays, entre estes, o uso de camisinha na última relação sexual é significativamente maior do que em relação aos que não se envolveram ($p < 0,001$). A participação em

atividades do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - Ceará (GAPA-CE), também mostrou associação com o uso de camisinha na última relação sexual em comparação aos que não participaram ($p=0,034$).

Os entrevistados possuem, em geral, um grande número de amigos (média 9; mediana 6; dp 10,7; amplitude 0-66), sendo que, a maioria, são homens homossexuais (média 3,7), seguido das mulheres heterossexuais (média 1,7) e dos homens heterossexuais (média 1,6). Os amigos bissexuais (masculinos e femininos) apresentaram média inferior ou igual a 0,9.

Soropositividade/soronegatividade

A maioria dos entrevistados (53%) referiu ter feito alguma vez na vida sorologia anti-HIV (teste HIV) e 58% referiram ter vontade de fazer ou voltar a fazê-lo. Inquiridos sobre a possibilidade de serem HIV positivos, 66% referiram que esta probabilidade é baixa, 21% média e 13% alta.

Quase dois terços dos entrevistados conhece alguém com HIV/AIDS e este conhecimento mostrou associação significativa com a probabilidade de fazer o teste HIV ($p<0,001$), assim como, o uso da camisinha na última relação sexual ($p<0,001$) (TABELA 9).

TABELA -9. Distribuição dos entrevistados segundo conhecer alguém com HIV/AIDS, ter feito o teste HIV e uso de camisinha na última relação sexual. Fortaleza, 1995.

TESTE	CONHECE		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	146	51	241
NÃO	95	81	132
TOTAL	197	176	373
USO CAMISINHA			TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	183	62	245
NÃO	71	64	135
TOTAL	254	126	380

Teste exato de Fisher $<0,001$

Fatores associados ao envolvimento com Relações Sexuais Desprotegidas (RSD)

Entre os entrevistados, 46,9% se envolveram em RSD nos últimos 6 meses anteriores à entrevista.

Na análise univariada, vários fatores mostraram-se estar associados significativamente com o envolvimento em RSD (TABELA 10).

A proporção de homens mais jovens que se envolveram em RSD foi significativamente maior do que os mais velhos ($p=0,017$). Os entrevistados que possuíam até o 1º grau estavam mais propensos a se envolverem em RSD do que os que possuíam 2º grau ou superior ($p=0,003$). Não ser solteiro mostrou estar altamente associado com o envolvimento em RSD em relação aos que são ($p=0,005$).

Os indivíduos informados/mais ou menos informados sobre HIV/AIDS envolveram-se em RSD em menor proporção que aqueles não informados ($p<0,001$). Entretanto, mesmo entre os informados, 35% ainda assim se envolveram em RSD.

Cerca de 57% dos entrevistados que não se identificam como homossexuais/gays e 42% dos que se identificam como bissexuais, se envolveram em RSD; entre os que se identificam como homossexuais, 46% se envolveram em RSD. Porém a identificação sexual não se mostrou associada ao engajamento em RSD ($p=0,222$).

Os entrevistados que possuíam uma relação fixa com um homem nos últimos 30 dias anteriores à entrevista estavam mais propensos a se envolverem em RSD do que aqueles que não possuíam tal relacionamento ($p=0,005$).

O local de escolha do parceiro sexual também não se mostrou associado ao envolvimento em RSD ($p=0,378$). Entretanto, 49% dos entrevistados que encontraram seus parceiros em áreas "não sociais" se envolveram em RSD.

Os homens com mais de 10 parceiros nos últimos 12 meses se envolveram mais freqüentemente em RSD que aqueles com menos parceiros ($p=0,032$).

TABELA - 10. Características dos entrevistados segundo o envolvimento em Relações Sexuais Desprotegidas (RSD). Fortaleza, 1995.

VARIÁVEIS	N	RSD n(%)	p - valor(*)
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:			
Idade			
<22 anos	72	43(59,7)	0,017
22 a 32 anos	275	120(43,6)	
Educação			
1º grau	70	42(60,0)	0,003
2º Grau ou superior	252	98(38,9)	
Mora sozinho			
Sim	45	16(35,6)	0,111
Não	302	147(48,7)	
Estado civil - solteiro			
Sim	304	134(44,1)	0,005
Não	43	29(67,4)	
Orientação Sexual			
Homossexual/gay	250	115(46,0)	0,315
Bissexual	52	22(42,3)	
Outra	44	25(56,8)	
Nível de informação sobre HIV/AIDS			
Informado/ Mais ou menos informado	200	70(35,0)	<0,001
Não informado	147	93(63,3)	
Uso de álcool			
Menos 1 vez/semana	195	85(43,6)	0,159
1 ou mais vezes/semana	150	77(51,3)	
SEXUAIS:			
Relação fixa com um homem nos últimos 30 dias			
Sim	146	82(56,2)	0,005
Não	200	81(40,5)	
Local onde encontra seus parceiros			
Social	135	59(43,7)	0,378
Outros	212	104(49,1)	
N. parceiros masculinos nos últimos 12 meses			
Menor/igual 10 parceiros	227	97(42,7)	0,032
Maior 10 parceiros	120	66(55,0)	
Frequência de relações sexuais com homens nos últimos 12 meses			
Menos 1 vez/mês	153	49(32,0)	<0,001
Mais ou igual a 1 vez/mês	192	113(58,8)	
Relações sexuais com mulheres nos últimos 12 meses			
Nenhuma	266	111(41,7)	0,001
1 ou mais	81	52(64,2)	
ATITUDES:			
Sente-se muito excitado com sexo desprotegido			
Sim	288	155(53,8)	<0,001
Não	56	7(12,5)	
Sexo Anal é a melhor maneira de fazer sexo			
Sim	70	48(68,6)	<0,001
Não	36	11(30,6)	
Atitudes em relação ao sexo seguro			
Positivas	123	38(30,9)	<0,001
Negativas	212	116(54,7)	
Conhece alguém com AIDS			
Sim	209	79(37,8)	<0,001
Não	125	77(61,6)	
RELAÇÕES SOCIAIS			
Envolve-se com organizações gays			
Sim	36	8(22,2)	0,002
Não	284	142(50,0)	
Envolve-se com atividades do GAP-CE			
Sim	81	25(30,8)	0,001
Não	260	134(51,5)	

(*)Teste de Fisher. O número total de entrevistados em cada categoria pode variar devido a valores ignorados.

Também encontrou-se associação entre os homens que tiveram uma maior frequência de relações sexuais com homens nos últimos 12 meses e a prática de RSD ($p<0,001$). Os entrevistados que tiveram relações sexuais com mulheres nos últimos 12 meses também se envolveram mais frequentemente em RSD que aqueles que não o fizeram ($p=0,001$).

As variáveis relacionadas com as atitudes dos entrevistados, mostraram-se como fatores extremamente associados no envolvimento em RSD. Os indivíduos que se sentem muito excitados com sexo desprotegido estavam muito mais propensos a se envolverem em RSD do que aqueles que não referiram esta sensação ($p<0,001$). Da mesma forma, os que acreditavam que sexo anal é a melhor maneira de fazer sexo (68,6%) tendem a se envolver mais frequentemente em RSD do que aqueles que não pensam assim ($p<0,001$). Os entrevistados que apresentaram atitudes negativas em relação ao sexo seguro são mais prováveis de se engajarem em RSD do que aqueles que apresentaram atitudes positivas em relação a esta prática ($p<0,001$).

Não conhecer alguém que tem HIV/AIDS mostrou-se extremamente associado ao envolvimento em RSD em comparação àqueles que conhecem ($p<0,001$).

O não envolvimento com grupos homossexuais mostrou estar positivamente associado com a prática de RSD ($p=0,002$). Esta associação também foi observada entre aqueles indivíduos que não participaram de atividades do GAPA-CE e o envolvimento com RSD ($p=0,001$).

Análise Multivariada

As variáveis que se mostraram significantes ($p<0,05$) na análise univariada em relação ao envolvimento com RSD, foram analisadas para identificar efeitos independentes através de um modelo de regressão logística (TABELA 11).

Os indivíduos não informados sobre HIV/AIDS estavam mais propensos a se envolverem em RSD. Os homens que tiveram 1 ou mais relações sexuais ao mês com outro homem, nos últimos 12 meses, e os que tiveram 1 ou mais relações sexuais com mulheres, no mesmo período, mostraram-se significante na análise

multivariada em relação ao envolvimento com RSD. Os entrevistados que se sentiam muito excitados com sexo desprotegido e aqueles que relataram atitudes negativas em relação ao sexo seguro estavam mais propensos a se engajarem em RSD. Os homens que não conheciam alguém com AIDS e os que não se envolveram com organizações gays se mostraram significante no envolvimento em RSD na análise multivariada.

TABELA - 11. Análise multivariada das variáveis relacionadas com o envolvimento em Relações Sexuais Desprotegidas (RSD) entre os entrevistados. Fortaleza, 1995.

VARIÁVEIS	Odds Ratio Bruto (IC* 95%)	Odds Ratio Ajustado** (IC 95%)
◦ Não é informado sobre HIV/AIDS	3,20 (2,05-4,98)	2,50 (1,44-4,31)
◦ Teve uma frequência de 1 ou mais relações sexuais ao mês com homens, nos últimos 12 meses	3,04 (1,94-4,73)	3,12 (1,78-5,47)
◦ Teve 1 ou mais relações sexuais com mulheres, nos últimos 12 meses	2,50 (1,49-4,19)	2,27 (1,20-4,28)
◦ Sente-se muito excitado com sexo desprotegido	8,16 (3,57-18,62)	5,56 (2,22-13,88)
◦ Apresenta atitudes negativas em relação ao sexo seguro	2,70 (1,69-4,31)	2,76 (1,56-4,88)
◦ Não conhece alguém com AIDS	2,63 (1,67-4,16)	1,74 (1,00-3,04)
◦ Não se envolve com organizações gays	3,50 (1,54-7,94)	2,84 (1,07-7,53)

*IC - Intervalo de confiança

**OR - ajustado para todas as variáveis da tabela

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra uma variedade de práticas e comportamentos sexuais entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) na região metropolitana de Fortaleza e que podem estar associados com o risco de infecção para o HIV.

Conforme já falamos anteriormente, este estudo apresenta limitações do ponto de vista da representatividade da amostra estudada. Deve-se lembrar ainda que se trata de uma população marginalizada, tornando a amostragem aleatória impossível. Porém, ao se entrevistar 400 indivíduos que se identificavam com o perfil do estudo, acredita-se poder traçar um quadro do comportamento sexual destes homens em Fortaleza e colaborar tanto para estudos futuros quanto para implementar estratégias de prevenção e controle do HIV junto a esta população.

A escolaridade dos entrevistados é maior (1º grau, 22%; 2º grau 48%; superior 29%) em comparação a dos casos de AIDS (1º grau, 40%; 2º grau 23%; superior 12%), notificados no período entre 1983 e 1995.

Desta forma, mesmo que os resultados encontrados não representem os homo/bissexuais de Fortaleza, o fato de encontrar-se que a informação está associada à escolaridade e que a menor escolaridade está subrepresentada no estudo nos faz supor que os resultados reais encontrariam um risco ainda maior entre estes homens.

Considerações sobre as características sócio-demográficas

Ao contrário de outros estudos, as características sócio-demográficas dos entrevistados não apresentaram associação com o envolvimento em RSD.

Nível de informação sobre HIV/AIDS

A informação sobre a infecção pelo HIV/AIDS é o primeiro passo para os indivíduos se prevenirem da contaminação, mesmo sabendo que a informação sozinha não é suficiente para isto. Neste estudo um importante número de HSH (43%) não possuíam as mínimas informações sobre a infecção pelo HIV, em especial

seus mecanismos de transmissão, estando fortemente associado ao envolvimento com RSD de acordo com o modelo logístico de regressão utilizado.

Informações básicas como o sêmen transmitir o HIV ou não, foram respondidas erroneamente, num elevado percentual entre os entrevistados.

Este achado difere de outros estudos, como os de PARKER (1994; PARKER *et al.* 1994) onde a maioria dos entrevistados tinham as informações básicas sobre o HIV/AIDS.

Observa-se, portanto, que as campanhas informativas não estão atingindo esta população com suas mensagens e/ou estão sendo mal interpretadas por ela. Tais campanhas precisam ser imediatamente revisadas, redirecionadas e priorizadas para futuras intervenções.

Antes de 1995, nenhuma intervenção especificamente voltada para o público HSH havia sido conduzida em Fortaleza, fato este que talvez possa explicar em parte a ocorrência de um percentual importante de entrevistados com baixo nível de informação sobre HIV/AIDS.

Estudo realizado com HSH na Tailândia também encontrou níveis elevados de desinformação entre os entrevistados (SITTITRAI *et al.* 1993) e exposição a RSD, o que não temos encontrado na literatura referente a estudos com HSH nos países industrializados.

Comportamento (homo)sexual

A grande maioria dos entrevistados teve frequência de 1 ou mais relações sexuais com um homem ao mês, no último ano. Este fator mostrou-se significativamente associado com RSD, na análise multivariada.

Sobre este aspecto, abre-se uma discussão sob duas linhas de raciocínio. Em primeiro lugar, está o fato deste achado poder estar acontecendo entre relacionamentos regulares. Vários estudos tem apontado a estreita relação entre parceiros fixos e o não uso de preservativos (HAYS *et al.*, 1990; DAVIES *et al.*, 1992; HUNT *et al.*, 1992; MYERS *et al.*, 1992; STALL *et al.*, 1992; DONOVAN *et al.*, 1994; STEINER *et al.*, 1994; McLEAN *et al.*, 1994; DeWIT, 1996; FISHER, J. E., 1996; FLOWERS, 1996).

Tais estudos tem demonstrado que o fato de parceiros fixos se envolverem em RSD está muito mais relacionado à “crença” de que são soronegativos do que de fato o são. O envolvimento emocional entre os parceiros fixos leva-os a crer que não estão sob risco de adquirir o HIV através de RSD com este parceiro.

Tem-se levantado a questão de que relações sexuais desprotegidas não são necessariamente inseguras para o HIV, desde que ocorram numa relação mutuamente monogâmica entre dois parceiros soronegativos.

O presente estudo, não avaliou o status sorológico dos entrevistados, desta forma, não podemos afirmar que tais contatos sexuais são realmente de risco ou não para a transmissão do HIV. Entretanto, é bem provável que entre os 56% dos homens que referiram relação fixa com um outro homem e envolvimento com RSD, haja sorodiscordantes, fato este, que os colocariam sob risco para o HIV.

Trinta e um por cento dos que referiram um relacionamento fixo com um homem, tiveram sexo também com outros homens, revelando uma parcela importante de indivíduos não monogâmicos.

Entre aqueles que relataram uma relação mutuamente monogâmica com um homem, nos últimos 30 dias, 73% tiveram mais de 2 parceiros no último ano, anterior a entrevista. Este achado demonstra a existência da chamada **monogamia serial** entre os entrevistados. Tal comportamento monogâmico ocorre em série com parceiros sexuais regulares e observa-se a ocorrência de RSD. Neste caso, por ter um único parceiro a cada dado período, o indivíduo acredita não correr risco para o HIV mesmo praticando sexo desprotegido com os mesmos.

Em estudo realizado por McLEAN *et al.* (1994), encontrou-se que 66% dos HSH investigados não percebiam como risco o envolvimento em RSD com um parceiro regular, independente de conhecer ou não o sorostatus do parceiro. O mesmo estudo demonstra que quanto mais emocionalmente envolvido com o parceiro, menos percepção de risco das RSD estes indivíduos irão apresentar.

No presente estudo 48% dos entrevistados nunca fizeram sorologia anti-HIV. Isto significa que, quase a metade dos mesmos, desconhece plenamente a sua situação sorológica. Apesar desta situação, muitos dos respondentes possuem relações fixas com um outro homem e estão envolvidos em RSD.

Nesta ordem de idéias, uma frequência mensal de relações sexuais maior que uma vez ao mês, poderia, supostamente, ser mais facilmente observada entre

aqueles que possuem parceria fixa. Desta forma, a possibilidade da ocorrência de sorodiscordância entre tais parceiros e a monogamia serial coloca-os sob risco de transmissão do HIV.

Numa segunda linha de raciocínio, este achado poderia significar uma frequência alta de relações sexuais com parceiros diferentes.

O número de parceiros no último ano, tem-se mostrado significativamente associado com RSD em outros estudos (KELLY *et al.*, 1990; SITTITRAI *et al.*, 1993; DONOVAN *et al.*, 1994; STEINER *et al.*, 1994; WEBSTER, 1996; PAGE-SHAFER *et al.*, 1997), em especial, aqueles com 10 ou mais parceiros no último ano. Sob esta ótica, podemos supor que um indivíduo com uma frequência de relações sexuais igual a uma ou mais vezes ao mês terá, no mínimo, mais de 10 parceiros no ano.

O atual estudo identificou que entre aqueles indivíduos que relataram uma frequência de relação sexual maior ou igual a uma vez no mês, 39% teve mais de 10 parceiros no último ano. Sabe-se que o número de parceiros sexuais é um forte fator para a transmissão do HIV. Quando isto ocorre na presença de RSD, este risco fica ainda mais evidente, uma vez que aumenta a possibilidade de contato com um indivíduo infectado e/ou subtipos virais mais infecciosos. (MERTENS & LOW BEER, 1996; ROYCE *et al.*, 1997)

LAZZARIN *et al.* (1991) em estudo sobre soropositividade para o HIV entre HSH, observou que aqueles indivíduos que soroconverteram apresentavam uma elevada frequência de relações sexuais com homens, anteriormente à soroconversão.

Comportamento (bi)sexual

Um número importante de homens referiu, no mínimo, um contato sexual com uma mulher no último ano, mesmo entre os entrevistados que se identificam claramente como homossexuais/entendidos/gays. Estes indivíduos estavam ainda muito mais propensos a se engajarem em RSD, conforme observado na análise multivariada.

Identificamos aqui uma certa contradição. Por que os homens que se auto definem como homossexuais estão se envolvendo em relações sexuais com mulheres? Seria uma imposição sociocultural, peculiar ao local da investigação? Isto

explicaria em parte porque a identidade sexual não mostrou associação com o envolvimento em RSD entre os entrevistados, no presente estudo?

Este achado difere consideravelmente do encontrado por PARKER(1994) em estudo semelhante conduzido no Rio de Janeiro, onde o percentual de HSH que referiu sexo com mulheres foi de 17,5%, enquanto que no presente estudo foi da ordem de 35%.

Sessenta e quatro por cento dos que referiram 1 ou mais contatos sexuais com uma mulher, no último ano, se envolveram com RSD. Este percentual é bem maior do que o encontrado por SITTITRAI *et al.* (1993) em estudo realizado na Tailândia. MYERS *et al.* (1992) em estudo realizado em Toronto, observou que entre os fatores associados com o risco para o HIV entre HSH estava a bissexualidade.

Homens com práticas bissexuais percebem o sexo com mulheres como de menor risco em comparação ao sexo desprotegido com outros homens, e por isso tendem a não usar preservativos com as mesmas (BOULTON *et al.*, 1991; EKSTRAND *et al.*, 1994). Neste sentido, o sexo com mulheres pode figurar para estes homens como uma alternativa à necessidade de usar preservativo no sexo com outros homens, prática esta vista como mais arriscada (EKSTRAND *et al.*, 1994). Em outras palavras, o sexo com mulheres representaria uma “fuga” à imposição do uso de preservativo com outros homens.

PARKER (1994) também destaca esta menor percepção de risco no sexo com mulheres em comparação ao sexo com homens. O referido autor acrescenta, que esta percepção pode ainda ser acentuada pelo medo vivenciado pelos homens de práticas bissexuais de que o uso da camisinha possa gerar suspeitas junto a suas parceiras de possíveis envolvimento com relações homossexuais. Muitas mulheres desconhecem o comportamento bissexual de seus parceiros e por isso não se percebem sob risco para o HIV e não exigem a prática do sexo protegido (BOULTON *et al.*, 1991).

Entretanto, o presente estudo está analisando homens que tiveram relacionamento com mulheres e na grande maioria se auto definiram como homossexuais. Mesmo se auto definindo como tal, ainda mostram-se receosos sobre a suspeita de serem considerados homossexuais? Ou por outro lado, estas mulheres são detentoras do conhecimento da orientação sexual de seus parceiros e não

manifestam nenhuma rejeição a isto? São questões que estudos futuros deverão investigar e aprofundar visando compreender melhor esta dinâmica.

De qualquer forma e corroborando com PARKER (1994), destaca-se a importância do comportamento bissexual na transmissão do HIV em particular no Brasil, e conforme o presente estudo tem demonstrado, no Ceará.

Ressalta-se o fato destes indivíduos que estão se envolvendo em relações sexuais desprotegidas com mulheres, também o fazem com seus parceiros masculinos. Nesta situação, independente da orientação sexual e da percepção de menor risco em relação ao sexo com mulheres, estes indivíduos não usam preservativos nem com homens, nem com mulheres.

Configura-se, portanto, uma população especialmente importante no contexto da transmissão do HIV, merecedores de uma atenção especial dos programas de prevenção do HIV/AIDS.

A situação epidemiológica de Fortaleza tem mostrado que a grande maioria das mulheres com AIDS a adquiriram através de seus parceiros sexuais que tinham contatos homo(bi)ssexuais.

Considerando que a prevalência do HIV entre homossexuais/bissexuais masculinos em Fortaleza é maior do que entre a população heterossexual, e que nos últimos anos temos observado um aumento nos casos de AIDS entre mulheres, nesta cidade, pode-se supor que os homens que fazem sexo com homens e que também o fazem com mulheres, estão servindo de ponte para a disseminação da epidemia entre estas, fato este também levantado por PARKER (1994).

Outro agravante desta situação reside no fato de que a mulher não é vista normalmente como capaz de transmitir o HIV para os homens, conseqüentemente, homens que se envolvem em relações vaginais tendem a não usar preservativo, nestas situações (EKSTRAND *et al.*, 1994; BOULTON *et al.*, 1991; GUIMARÃES, 1994). Além disto, as mulheres também estão em desvantagem na negociação do sexo seguro com seus parceiros, devido à sua posição de subordinação na relação com o sexo masculino e à confiança de que seus parceiros falaria com elas sobre possíveis riscos de infecção pelo HIV. (BOULTON *et al.*, 1991)

Informações erroneamente veiculadas pela mídia, tais como, a baixa possibilidade de transmissão do HIV da mulher para o homem, pode estar contribuindo para o envolvimento em RSD observado entre estes indivíduos. Os

homens que fazem sexo com homens e com mulheres não pensam que eles podem estar colocando suas parceiras em risco de adquirir o HIV. Na verdade, o que eles percebem é que eles não correm risco de contrair o HIV de suas parceiras. (BOULTON *et al.*, 1991)

Alguns estudos na América Latina, têm demonstrado que os homens que assumem uma postura insertiva nas relações sexuais com outros homens, tendem a não se identificar como homossexuais, o que dificultaria ainda mais a intervenção para a prevenção do HIV/AIDS abordando tais questões junto a estes homens. (AGGLETON, 1995; PARKER, 1996)

Atitudes sobre o sexo

A maioria dos entrevistados relatou grande excitação com sexo anal desprotegido, atitudes negativas em relação ao uso do preservativo e o sexo anal como a melhor maneira de fazer sexo. Os dois primeiros fatores mostraram importante associação com o envolvimento com RSD entre os respondentes.

A literatura tem referido que a sexualidade masculina está fortemente centrada na área genital e na penetração (DAVIES & WEATHERBURN, 1991). Desta forma, os HSH tem na prática anal uma dimensão importante de sua identidade sexual, que está sendo ameaçada pela possibilidade de transmissão do HIV/AIDS (SOUZA FILHO & HENNING, 1992).

O uso de preservativo pode ser uma barreira para estes homens experimentarem o prazer do sexo anal, onde no cenário da intimidade, a satisfação dada pelo sexo anal é extremamente importante e o preservativo é visto como uma frustração à esta intimidade. Assim, o sexo anal no cenário das relações sexuais entre HSH pode ter um importante significado simbólico e emocional que deve ser considerado nas intervenções preventivas. (DeZWART, 1996)

Outros estudos devem ser conduzidos em Fortaleza, visando uma maior compreensão do contexto destas atitudes e comportamentos sobre o sexo anal entre HSH observados no presente estudo.

Relações sociais

Neste estudo a grande maioria dos respondentes referiu não conhecer alguém com AIDS e não se envolver com organizações gays. Tais fatores mostraram-se positivamente associados com o envolvimento em RSD.

PARKER (1994) tem observado a falta de uma (sub)cultura homossexual em torno da identidade gay no Brasil. Desta forma, a ausência de um senso comunitário no tocante as questões (homo)sexuais pode limitar o desenvolvimento de uma cultura de sexo seguro e de responsabilidade pessoal. (WEEKS, 1995)

Conforme observa O'BRIEN *et al.* (1993), o risco da AIDS afeta não somente indivíduos isolados mas membros de um mesmo grupo social. Assim, a ausência de uma rede social em torno da homossexualidade pode ter implicações importantes na implementação de intervenções eficazes para a prevenção do HIV/AIDS junto a população de homossexuais masculinos.

Segundo COHEN (1991) os estímulos mais importantes para a mudança de comportamento são externos, vem dos grupos sociais, dos colegas (*peers*) e dos parceiros sexuais. A aprendizagem vem da observação de modelos comportamentais de outras pessoas. Os indivíduos que ajustam seus comportamentos sexuais aos de seus parceiros sexuais ou colegas, poderão ser recompensados pela sua aceitação no grupo e pela gratificação de dar prazer ao outro.

Assim, nas redes (relações) sociais onde o modelo comportamental é o sexo desprotegido os indivíduos serão pressionados à se engajarem em sexo desprotegido, pois não querem se sentir rejeitados ou isolados de suas relações sociais. Naquelas onde a norma é o sexo protegido, os indivíduos tenderão a se engajarem em sexo mais seguro. (COHEN, 1991)

Por outro lado, enquanto alguns círculos sociais podem apoiar positivamente a mudança de comportamento, outros já não o conseguem (FISHER, J. D., 1988). É o que podemos observar no presente estudo, pois a maioria dos entrevistados se envolveu com algum ambiente social gay (bares, boites, saunas, etc.). Entretanto, somente aqueles que estiveram envolvidos com organizações gays apresentaram um maior percentual de uso do preservativo.

As redes (relações) sociais dos HSH devem agir de forma a promover a mudança de normas sobre sexo desprotegido (ou protegido), favorecer a pressão

dos colegas em relação à prática do sexo mais seguro e prover tais indivíduos de apoio social que reforce a continuidade da prática do sexo mais seguro.

As relações sociais dentro da comunidade gay devem ainda validar a orientação sexual de seus membros, suas identidades.

É necessário que os HSH percebam a disponibilidade de apoio nas relações sociais, o que levará à redução dos sintomas de depressão e ansiedade e conseqüentemente, à redução de práticas de risco para o HIV(O'BRIEN *et al.*, 1993).

Finalmente, a não participação em atividades educativas do GAPA-CE não se mostrou associada ao envolvimento com RSD. Ou seja, ter ou não participado de tais atividades não influenciou na adoção de práticas seguras. Pode-se supor que pelo fato das atividades do GAPA-CE não serem especificamente voltadas para as questões homossexuais, pois se trata de grupo que atua na prevenção do HIV/AIDS, as noções de prevenção não foram suficientes para promover o sexo seguro junto a esta população.

Faz-se necessário portanto, que esta organização redirecione suas ações junto a esta população, levando-se em conta suas particularidades, a necessidade de fortalecimento de apoio social e incluí-las como pauta dentro das questões sobre prevenção do HIV.

Estudos futuros devem aprofundar tais questões, em especial, o papel das diversas relações sociais dentro da população de HSH em Fortaleza e suas implicações para a prevenção do HIV/AIDS.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra que os HSH em Fortaleza apresentam um comportamento sexual onde é baixo o uso de preservativo, colocando-os assim sob um grande risco para adquirir e transmitir HIV/AIDS.

O não uso de preservativo tem ocorrido tanto com parceiros regulares quanto casuais. Em relação ao primeiro, foi identificado ainda a ocorrência da monogamia serial associada ao não uso do preservativo.

Os indivíduos entrevistados também estão se envolvendo em relações bissexuais com relativa frequência e o uso de preservativos netas situações é bastante limitado.

Foi observada ainda, uma deficiência importante no tocante a informação sobre HIV/AIDS entre os entrevistados, necessitando de implementar ações neste sentido.

Foi observado que os HSH abordados apresentavam atitudes negativas ao sexo mais seguro, necessitando, portanto, de uma reavaliação das estratégias de promoção desta prática, em Fortaleza.

Outro aspecto também observado neste estudo, é a necessidade do fortalecimento das relações sociais dentro da subcultura gay, assim como, ampliar as discussões sobre as questões específicas no tocante ao *ser* homossexual (p. ex.: identidade, auto-estima, sexo mais seguro). Tais ações poderão favorecer a sustentabilidade das práticas de prevenção do HIV/AIDS junto a esta população.

Finalmente, faz-se necessário a realização de investigações futuras, utilizando-se de outros métodos e técnicas de pesquisa, para aprofundar questões que se apresentaram importantes, tais como: o envolvimento de homossexuais em relações sexuais com mulheres e as atitudes sobre sexo adotadas pelos mesmos.

APÊNDICES

Universidade Federal do Ceará
Secretaria de Estado da Saúde do Ceará
Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - Ceará

Questionário Número: ____ / ____

Entrevistador: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

ATENÇÃO: USAR LETRA DE FORMA (LEGÍVEL) E
NÃO DEIXAR CASELAS EM BRANCO, USAR (-----)
SE NÃO RESPONDEU

PARTE A - Dados Sócio-demográficos

Moradia

1. Qual a Cidade que você mora?

1.A. Há quanto tempo?(anos)*

***ATENÇÃO: Se menos de 1 ano, considerar = 1 Ano**

2. Qual o Bairro que você mora?

Idade.

3. Quantos anos você tem?

Grau de Instrução.

4. Você frequentou a escola?

1. Sim

2. Não (Se não passar para questão 6)

5. Até que série?

1. Primeiro grau incompleto
2. Primeiro grau completo
3. Segundo grau incompleto

4. Segundo grau completo
5. Superior
6. Pós-graduação

Emprego

6. Você está...?

(Dê o Cartão A ao entrevistado)

Se 11 (outro) especificar

Ocupação

7. Qual a sua ocupação principal? (Descrever claramente, Se **DESEMPREGADO** ou **APOSENTADO** descrever a última)

8. Se você também tem outra ocupação (subsidiária), qual?

Naturalidade

9. Em qual cidade você viveu a maior parte de sua vida?

Estado:

Identidade étnica

10. Qual a cor que você acha que tem ?

Prática religiosa

11. Qual sua religião? (Não leia os itens abaixo)

1. Não tem religião(passar para questão 13)
2. Católica
3. Protestante
8. Outra. Especificar

4. Afro-brasileira
5. Espiritualista
6. Oriental
7. Judaica

12. Você pratica sua religião?

1. Sim

2. Não

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE
HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS: MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Estado civil

13. Qual o seu estado civil?
(Não leia os itens abaixo)

1. Solteiro, nunca casado
2. Atualmente casado
3. Junto/amigado

4. Divorciado
5. Desquitado/separado
6. Viúvo

PARTE B - Contexto Social - Habitação e Identidade

Situação de moradia

14. Com quem você mora?
(Não leia os itens abaixo)

1. Sozinho
2. Com o parceiro
3. Com minha mulher/família
6. Outros. Especificar

4. Com amigos(as)
5. Com os pais/parentes

Identidade

15. Como você se definiria em relação a sua sexualidade?
(Por favor apenas uma resposta e não leia os itens abaixo)

1. homossexual
2. entendido
3. viado
4. bicha
5. gay
11. de outra maneira, qual?

6. baitola
7. homem
8. bofe
9. mulher
10. bissexual

PARTE C - Estilo de vida

Orientação Sexual (Vamos falar agora de seu comportamento e sentimento em relação a sua sexualidade)

Comportamento

Qual das seguintes frases melhor descreve o que você faz (ou fazia), nas seguintes épocas:
(Dê o cartão B)

16. Nos últimos 12 meses

17. Nos últimos 5 anos

18. Nos últimos 10 anos

Sentimentos

Qual das seguintes frases melhor descreve o seu sentimento de atração, nas seguintes épocas?
(Dê o Cartão C)

19. Nos últimos 12 meses:

20. Nos últimos 5 anos:

21. Nos últimos 10 anos:

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Relações com Parceiros Sexuais

22. Qual o padrão de relacionamento sexual que você tem mantido nos últimos 30 dias?
(Leia os itens abaixo)

- | | |
|---|--|
| 1. Não mantenho relacionamento sexual | 3. Tenho uma relação fixa com um homem e ao mesmo tempo sexo com outros homens |
| 2. Tenho uma relação fixa com um homem sem sexo com outros homens | 4. Tenho relações esporádicas com diferentes homens |
| 5. Outro, qual? | |

ATENÇÃO : se "1" ou "4", passe para questão 24

23. Se você manteve nos últimos 30 dia, um relacionamento fixo com um homem, há quantos meses dura esta relação? (Por favor indique o número de meses)

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| 1. até 3 meses | 6. de 37-48 meses |
| 2. de 4-12 meses | 7. de 49-60 meses |
| 3. de 13-18 meses | 8. mais de 60 meses |
| 4. de 19-24 meses | 9. Não mantenho relacionamento fixo |
| 5. de 25-36 meses | |

24. Com que frequência, em média, você teve relações sexuais com um **homem** nos últimos 12 meses? (Leia os itens abaixo)

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. De modo algum | 5. 1 a 5 vezes no mês |
| 2. uma ou duas vezes | 6. 2 a 3 vezes na semana |
| 3. ocasionalmente | 7. diariamente/quase diariamente |
| 4. irregularmente, mas com uma fase intensiva | |
| 8. outra, qual? | |

Parceiros Sexuais Atuais

25. Você manteve nos últimos 5 anos alguma relação fixa com um **homem**?(Leia os itens abaixo)

1. não
2. sim, uma relação fixa com um homem sem sexo com outros homens
3. sim, uma relação fixa com um homem e ao mesmo tempo sexo com outros homens
4. nenhuma das respostas

26. Você alguma vez teve relações sexuais com uma **mulher**?

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Não, nunca (passar para questão 28) | 3. Sim, muitas vezes |
| 2. Sim, uma vez | 4. Sim, freqüentemente |
| 5. Outro, qual? | |

27. Com que frequência, em média, você teve relações sexuais com uma **mulher** nos últimos 12 meses?

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. De modo algum | 5. 1 a 5 vezes no mês |
| 2. uma ou duas vezes | 6. 2 a 3 vezes na semana |
| 3. ocasionalmente | 7. diariamente/quase diariamente |
| 4. irregularmente, mas com uma fase intensiva | |
| 8. outra, qual? | |

Parceiros Sexuais Regulares (Dê o cartão D)

ATENÇÃO: Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)

28. Nos últimos 30 dias quantos parceiros regulares masculinos você teve?
(Caso não tenha parceiro regular, pule para a questão 30)

29. Nos últimos 30 dias quantos parceiros regulares femininos você teve?

CONHECIMENTO ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE
HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Parceiros Sexuais Casuais (Dê novamente o cartão D)

ATENÇÃO: Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)

30. Nos últimos 30 dias, você teve quantos parceiros casuais masculinos?

31. Nos últimos 30 dias, você teve quantos parceiros casuais femininos?

32. Nos últimos 12 meses, onde você tem conhecido seu(s) parceiro(s) sexual(is) ?

(Por favor para cada uma das situações abaixo, marque uma resposta, Leia as situações e as respostas)

1. Sempre/quase sempre

2. Às Vezes

3. Nunca

a. através de amigos	
b. na rua/ parque/ praças que não sejam áreas de pegação/cassação	
c. na piscina/praia	
d. na sauna	
e. áreas de pegação	
f. em banheiros públicos	
g. em bares, discotecas/boates, clubes ou outros locais de entretenimento para homossexuais (exceto quarto escuro/darkroom)	
h. em quarto-escuro/darkroom	
i. no local de trabalho	
j. no teatro, shows, cinema(exceto cine pornô) ou outro local cultural	
k. em cinema pornô	
l. em áreas de prostituição	
m. através de anúncios de jornais/ revistas	
n. disque-namoro/disque-amizade	
o. outros, especificar :	

33. Na sua avaliação, quantos de seus parceiros sexuais foram anônimos, nos últimos 12 meses?
(Dê novamente o Cartão D)

1. todos

2. mais da metade

5. outra, qual?

3. menos do que a metade

4. nenhum

Sexo e Favores

34. Alguma vez você já recebeu dinheiro em troca de sexo?

1. Sim

2. Não (pule para 37)

35. Com que frequência? (Leia os itens)

1. Sempre/quase sempre

2. Às vezes

3. Raramente

36 Há quanto tempo atrás isto ocorreu ou ocorre? (Especificar se DIA, MÊS ou ANO)

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE
HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

37. Alguma vez você ofereceu dinheiro, presente ou favores em troca de sexo?

☐

1. Sim

2. Não (pule para 40)

38. Com que frequência?

(Leia os itens)

☐

1. Sempre/quase sempre

2. Às vezes

3. Raramente

39. Há quanto tempo atrás isto ocorreu ou ocorre? (Especificar se DIA, MÊS ou ANO)

Número de parceiros

Tendo como ponto de vista que "parceiro sexual" é a pessoa com quem você teve (ou tem) contato sexual e com ele prazer ou gozo, para um ou ambos; quantos parceiros sexuais você tem tido:

ATENÇÃO: Se NENHUM PARCEIRO colocar 0 (ZERO)

40. Na sua vida inteira, quantos parceiros masculinos você teve?

☐

41. Na sua vida inteira, quantos parceiros femininos você teve?

☐

42. Nos últimos cinco anos, quantos dos seus parceiros foram homens?

☐

43. Nos últimos cinco anos, quantos dos seus parceiros foram mulheres?

☐

44. Nos últimos 12 meses, quantos dos seus parceiros foram homens?

☐

45. Nos últimos 12 meses, quantos dos seus parceiros foram mulheres?

☐

46. Nos últimos 30 dias, quantos dos seus parceiros foram homens?

☐

47. Nos últimos 30 dias, quantos dos seus parceiros foram mulheres?

☐

Sobre estas informações você pode dizer que: (Leia os itens abaixo)

1- Tem certeza sobre os números de parceiros referidos:

2- Tem pouca certeza sobre os números de parceiros referidos:

3- Não tem certeza;

48. Em relação ao último ano você:

☐

49. Em relação ao último mês você:

☐

LEVANTAMENTO SEXUAL

Terminologia

50. Como você costuma chamar, em suas conversas cotidianas, os seguintes termos: (Dê o cartão E)

Termos preferidos para:

1. Pênis

2. Ânus

3. Sêmen

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

4. Orgasmo / Ejaculação

5. Preservativo

6. Masturbação

7. Felação

8. Cunilingua

9. Coito anal

10. Coito vaginal

11. Anulíngua

Comportamento Sexual

(Usar os termos relacionados pelo entrevistado na questão anterior, Leia as práticas sexuais para o entrevistado)

51. Nos últimos 6 meses, você: (Prática sexual), COM/SEM camisinha?

1- Sim

2- Não

3- Não respondeu

52. Durante o último mês (ou há 30 dias atrás), você: (Prática sexual), COM/SEM camisinha?

1- Sim

2- Não

3- Não respondeu

Prática Sexual

	CAMISINHA	6 meses	30 dias
Foi penetrado no ânus por alguém	COM		
	SEM		
Penetrou o ânus de alguém	COM		
	SEM		
Fez Felação em alguém (Chupou)	COM		
	SEM		
Recebeu Felação de alguém (foi chupado)	COM		
	SEM		
Masturbação (sozinho)	COM		
	SEM		
Masturbação Mútua (a dois)	COM		
	SEM		
Penetração na Vagina	COM		
	SEM		
Estimulou com a língua o ânus de alguém	COM		
	SEM		
Teve o seu ânus estimulado pela língua de alguém	COM		
	SEM		

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Foi penetrado no ânus pelo punho de alguém (Fistfucking)	COM		
	SEM		
Penetrou o ânus de alguém com o seu punho	COM		
	SEM		
Outras?Especificar	COM		
	SEM		

Prazer e Risco de Atos Sexuais

Agora, você poderia me dizer:

53.O nível de excitação (ou tesão) que você sente (sentiria) em relação à cada uma das seguintes práticas sexuais, independente do fato de você participar, e supondo que não houvesse nenhum perigo de contágio com qualquer tipo de doença? (Dê o Cartão F peça o número correspondente a resposta)

54.O nível de risco enquanto infecção ou transmissão do HIV destas atividades, considerando que foram feitas com um parceiro sexual do qual não sabe se é portador ou não do HIV?(Dê o Cartão G peça o número correspondente a resposta)

Prática Sexual	CAMISINHA	EXCITAÇÃO	RISCO
Foi penetrado no ânus por alguém	COM		
	SEM		
Penetrou o ânus de alguém	COM		
	SEM		
Felação (Chupar)	COM		
	SEM		
Recebeu Felação de alguém (foi chupado)	COM		
	SEM		
Masturbação (sozinho)	COM		
	SEM		
Masturbação Mútua (a dois)	COM		
	SEM		
Penetração na Vagina	COM		
	SEM		
Estimulou com a língua o ânus de alguém	COM		
	SEM		
Teve o seu ânus estimulado pela língua de alguém	COM		
	SEM		
Foi penetrado no ânus pelo punho de alguém (Fistfucking)	COM		
	SEM		

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Penetrou o ânus de alguém com o seu punho	COM		
	SEM		
Outras?Especificar	COM		
	SEM		

55 - Você já usou alguma destas drogas? (Dê o cartão H e peça o número correspondente a resposta)

Drogas	Na vida	Nos últimos 12 meses	Frequência
Alcool			
Tabaco			
Maconha			
Cocaina			
Crack			
Tranquilizantes (Ansiolíticos, Antidistônico, Diazepan, Diempax, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Somalium, Lexotam)			
Anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Glucoenergim, Inibex, Calina)			
Inalantes (Lança-perfume, Lolô, Cola, Gasolina, Benzina, Acetona, Thiner, Aguarrás, Éter, Esmalte Tinta, Clorofórmio)			
Outros inalantes (Poppers)			
Opiáceos(Dolantina, Meperidina, Demerol, Algafan, Heroína, Morfina, Ópio ou medicamentos a base de codeína)			
Sedativos ou Barbitúricos(Optalidon, Fiorinal, Gardenal, Tonopan, Membutal, Comital, Pentotal)			
Alucinógenos(LSD, Chá de cogumelo, Mescalina)			
Anti-Colinérgicos(Artane, Akineton, Asmosterona, Chá de Lirio, Saia Branca, Vêu de Noiva, Trombeteira, Zabumba, Cartucho)			
Ecstasy, Acid			
Outros. Especificar:			

PARTE D: Saúde e Fatores Sociais

Informação Sobre a Transmissão do HIV

Considerando, agora, o assunto da AIDS, e a infecção pelo HIV:

56. Em algum momento da sua vida a AIDS se tornou importante para você?
(Se SIM precisar o ANO)

1.Sim - Em que ANO: _____

2.Não

57. Você sabe como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), às vezes chamado de vírus da AIDS, é transmitido? (Escreva a explicação dada palavra por palavra)

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Para cada uma das afirmativas abaixo, indique a resposta que mais se aproxima da sua opinião:
(Dê o Cartão I ao entrevistado - Leia as opções abaixo e peça o número correspondente a resposta)

58. Eu acho que:

a. HIV é transmitido pelo (sêmen)	
b. HIV é transmitido por sangue	
c. HIV é transmitido por saliva	
d. Por causa do longo período de incubação, uma pessoa poderia transmitir o HIV apesar de parecer muito saudável	
e. O uso de (um preservativo) vai prevenir a transmissão do HIV	
f. Diminuir o número total de parceiros sexuais vai reduzir risco de contrair o HIV	
g. O que é importante para reduzir o risco de infecção com o HIV não é o número de parceiro que você tem, mas o que faz com eles	

Sinais ou Sintomas da Infecção Pelo HIV/AIDS

59- Quais os sinais e/ou sintomas mais comuns da infecção pelo HIV/AIDS? (Não lei as opções abaixo)

1-Sim

2-Não informou

Sinais ou Sintomas	HIV/AIDS
a - Não sabe (passar para questão 60)	
b - Nenhum sintoma	
c - Gânglios inchados (por 3 meses ou mais), inguas	
d - Manchas brancas persistentes na língua, aftas ou sapinho	
e - Suor ou calafrio durante o sono	
f - Perda inexplicada, ou rápida, de peso (mais de 10% do peso do corpo)	
g - Confusão, amnésia, ou falta de concentração, sem outra explicação.	
h - Diarreia persistente	
i - Manchas roxas e/ou avermelhadas e/ou amarronzadas e/ou violáceas na pele e/ou outra parte do corpo ou Sarcoma de Kaposi	
j - Tosse seca e/ou pneumonia	
k -Febre persistente	
l- Fadiga, cansaço sem explicação	
m- Outros, especificar	
n-	

Auto-eficácia

Opiniões variam muito sobre o nível de controle que as pessoas têm para evitar a infecção pelo HIV.

60. Em que medida você concorda com cada uma das seguintes declarações?
(Dê o Cartão J ao entrevistado e leia as opções abaixo)

a) Pessoas que têm contraído o HIV durante o último ano, têm-se infectado, principalmente por causa da sua própria falta de cuidado.	
b) Quando você tem relações sexuais, você normalmente é a pessoa que determina o que fazer e quando fazer.	

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

c) Não há realmente nada que você possa fazer para evitar contrair o HIV.	
d) Se o seu parceiro sexual não quer praticar sexo mais seguro, você pode fazer bem pouco para mudar isso.	
e) Qualquer pessoa pode evitar se contaminar com o HIV.	
f) Para evitar o contágio com o HIV, basta simplesmente tomar cuidado com as pessoas com quem você mantém relações sexuais.	
g) Para evitar o contágio com o HIV, basta simplesmente tomar cuidado com o tipo de relação que você tem.	
h) Você não tem problema em dizer NÃO , às pessoas que se recusam a praticar sexo mais seguro.	
i) Em termos de sua saúde, não há muito que você possa fazer depois que você já contraiu o HIV.	
j) Outras pessoas talvez sejam passíveis de contrair o HIV, mas você não.	
l) Se você tem (coito anal) usando (um preservativo), não vai pegar, nem transmitir o HIV.	
m) Por causa do seu estilo de vida, você tem certeza que não vai ficar infectado com o HIV.	

Escala de Comunicação Sexual

61. Em relação a comunicação entre você e seu parceiro sexual, em que medida você concorda com cada uma das seguintes declarações? (Dê novamente o Cartão J ao entrevistado)

a) Você não tem problemas em, antes de transar, falar com os seus parceiros sexuais o que você gosta de fazer na cama.	
B) Você não tem problema em dizer o que fará ou não na cama, à um parceiro sexual.	
c). Em geral, sente-se envergonhado ao conversar com os seus parceiros sexuais sobre sexo.	
d).você acho fácil perguntar aos seus parceiros sexuais o que eles acham de sexo mais seguro.	

Atitudes sobre Sexo e Saúde

Estas perguntas tratam das suas atitudes sobre diversos itens, em que medida você concorda com cada uma das seguintes declarações. (Dê novamente o Cartão J ao entrevistado)

62. Atitudes sobre sexo (para mim):

a. Só (coito anal) é sexo de verdade	
b.(Coito anal) é a prática sexual mais íntima	
c.(Coito anal) é muito mais excitante que masturbação a dois	

63. Atitudes sobre o uso de (preservativo)

a. Você acha fácil falar com um parceiro sexual que não vou transar sem usar (preservativo)	
b. Você acha difícil, no auge da excitação, fazer sexo mais seguro	
c. Desde que você use (um preservativo) durante (coito anal) não tem que se preocupar com AIDS	
d. Sua saúde é determinada pela sorte	

Sexo Mais Seguro

64. Se você fosse explicar a alguém como fazer "sexo mais seguro", o que você diria?

Mudanças

CONHECIMENTO ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE
HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

65. Desde que você ouviu falar sobre a AIDS, você tem feito mudanças na sua vida sexual?
(Leia as opções para o entrevistado):

1 - Muitas 2 - Algumas 3 - Poucas 4 - Nenhuma (pule para questão 67)

66. De que maneira?

1. Diminuindo o número de parceiros 2. Procurando relacionamento estável
3. Evitando penetração 4. Usando camisinha
5. Outras, especificar:

67. Você usou camisinha na sua última relação sexual?(penetração/Oral)

1 - Sim(passar para questão 69) 2 - Não 3 - Não Sei

68. Por que você não usou a camisinha?

69. Em relação às seguintes práticas sexuais, você tem feito alguma mudança na sua vida sexual, desde que você ouviu falar da AIDS? (Dê o Cartão K ao entrevistado. Faça a pergunta para cada prática sexual abaixo e marque o número correspondente a resposta na coluna referente ao parceiro "regulares" e "casuais").

	Regulares	Casuais
a. Anal Passivo		
b. Anal Ativo		
c. Uso de preservativo		
d. Felação com ejaculação		
e. Felação sem ejaculação		
f. Masturbação a dois		
g. Masturbação sozinho		

70. Fez alguma outra mudança? Qual?

71. O que o levou a fazer esta(s) mudança(s)?

(Caso você tenha observado alguma contradição ou algo que valha a pena anotar faça-o aqui).

Fontes De Informação

72. De onde ou de quem você tem visto ou ouvido informações sobre AIDS?

(Espere as respostas do entrevistado. Não leia a lista. Marque SIM ou NÃO para cada item. Se for o caso, recorde nome de qualquer grupo ou organização específica).

1 - Sim 2 - Não informou

FONTE DE INFORMAÇÃO

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

a - Televisão	
b - Rádio	
c - Jornais, revistas	
d - Anúncios, panfletos, Outdoors	
e - Falando com família e amigos	
f - Falando com colegas de trabalho	
g - Na escola	
h - Em uma clínica, consultório médico ou posto de atendimento médico	
i - Na igreja ou centro religioso, ou conversando com um padre, pai ou mãe de santo, ou outra pessoa religiosa	
j - Um serviço de informação por telefone (do tipo "Disque AIDS").	
k - Educadores na área de saúde	
l - Oficiais ou autoridades do governo	
m - Grupos ou organizações específicos: Especificar	
n - Outros Especificar	

Instituições na subcultura "Gay"
Envolvimento

73. Você alguma vez se envolveu em alguma das seguintes atividades?

1. Sim 2 - Não informou 3 - Não se envolveu

	Alguma vez	Último mês
a. Visitando bares, boates ou restaurantes "gays" (ou principalmente "gays")?		
b. Visitando saunas "gays" (ou principalmente "gays")?		
c. Trabalhando com organizações ou grupos homossexuais? Quais?		
d. Trabalhando em outras organizações ou grupos não-homossexuais (por exemplo, grupos políticos)? Quais?		

Redes Sociais

ATENÇÃO: TER CUIDADO COM OS TOTAIS

74. Falando agora dos seus amigos e amigas íntimos, quantos amigos íntimos você diria que tem?
(Escrever o total)

75. Em relação aos seus amigos íntimos (masculinos), quantos são heterossexuais?

76. Bissexuais masculinos?(íntimos)

77. Homossexuais masculinos?(íntimos)

78. Em relação as suas amigas íntimas (femininas), quantas são heterossexuais?

79. Bissexuais femininos?(íntimos)

80. Homossexuais femininos?(íntimos)

CONHECIMENTO ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Em geral, até que ponto você acha que pode contar com: (Dê o Cartão L ao entrevistado.)

81. Amigos

82. Organizações ou grupos formais ou informais quando você tem problemas pessoais?

Especificar a organização:

HIV Soropositividade/Soronegatividade

83. Alguma vez na sua vida você já fez o teste contra HIV?

1.Sim (preencher a tabela a baixo)

2.Não

8.Recusa responder

9.Não sabe

Teste	(a) Quando mês/ano	(b)Onde (Clínica)	HIV Resultados*
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

* Resultado: Positivo; Negativo, Recusa a Dizer; Não sabe

84. Você tem vontade de fazer (ou de voltar a fazer)?

1.Sim

2.Não

8.Recusa responder

85. Numa escala de 1 a 10 qual a possibilidade de você ser HIV POSITIVO?

(Assinalar o número correspondente a resposta do entrevistado)

Redes Sociais: Pessoas conhecidas como infectadas

86. Você conhece(eu) alguém tem(teve) HIV/AIDS?

1. Sim

2. Não (Passar para questão 90)

87. Quantos destes são:

a. Homem "entendido"(homossexual, "gay"). atual namorado ou contato sexual	
b. Homem "entendido" namorado ou contato sexual do passado	
c. Homem "entendido", mas não um contato sexual	
d. Homem heterossexual (não "entendido")	
e. Mulher heterossexual	
f. Amigos (pessoas com quem você fala uma vez ou mais por semana)	
g. Conhecidos (pessoas com quem você fala menos de uma vez por semana)	

Parte E: Violência

88. Você já sofreu algum tipo de violência por, causa de sua sexualidade?

1. Sim.

2. Não (passar para questão 91)

CONHECIMENTO, ATITUDES E CRENÇAS SOBRE AIDS E COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE
HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS MASCULINOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

89. Como foi essa violência?

90. Como você reagiu (ou reage) em relação a isto?

91. Se você já sofreu algum tipo de violência, independente se relacionada ou não com a sua sexualidade, que frases melhor expressam esta violência, nas seguintes épocas? (Dê o cartão M para o entrevistado)

a. há 5 anos

b. nos últimos 12 meses

Parte F: Renda

Renda Pessoal

92. Em qual dessas faixas de renda você se enquadra?

- | | |
|--|--|
| 1. Sem rendimento | 4. Quatro a menos de oito salários mínimos |
| 2. Menos de um salário mínimo | 5. Oito a menos de doze salários mínimos |
| 3. Um a menos de quatro salários mínimos | 6. Doze salários mínimos ou mais |

Renda Familiar

93. Em qual dessas faixas de renda a sua família se enquadra?

- | | |
|--|--|
| 1. Sem rendimento | 4. Quatro a menos de oito salários mínimos |
| 2. Menos de um salário mínimo | 5. Oito a menos de doze salários mínimos |
| 3. Um a menos de quatro salários mínimos | 6. Doze salários mínimos ou mais |

Classe Social

94. Como você mesmo descreveria a sua classe social?
(Leia os itens ao lado):

1. Classe popular
2. Classe Média
3. Classe Alta
4. Outros. (Especificar):

95. Entrevistador: Como você descreveria a classe social do entrevistado:

1. Classe popular
2. Classe Média
3. Classe Alta
4. Outros. (Especificar):

96. Você já respondeu um questionário como este alguma vez?

1. Sim. 2. Não

Se Sim. Quando?

97. Você já participou de atividades realizadas pelo GAPA-CE?

1. Sim. 2. Não

Se Sim. Quando?

98.Observações do Entrevistador:

99. Forma de recrutamento do entrevistado

1. Redes de amizade
2. ONGs de militância GAY
3. Bares, boates, etc.
4. Praças e/ou logradouros públicos
5. Outros. Qual ?

CARTÃO A

- 1 - Empregado regularmente em tempo integral
- 2 - Empregado ocasionalmente ou recebendo por dia trabalhado (bico)
- 3 - Seu próprio patrão
- 4 - Desempregado ou procurando por trabalho
- 5 - Trabalhador caseiro ou autônomo com algum trabalho em meio expediente fora de casa
- 6 - Trabalhador caseiro sem outro trabalho fora de casa
- 7 - Estudante (integral)
- 8 - Aposentado
- 9 - Incapacitado de trabalhar
- 10 - Não sabe
- 11 - Outro, qual? _____

CARTÃO B

- 1 - Eu transo (transava) somente com mulheres
- 2 - Eu transo (transava) principalmente com mulheres, mas ocasionalmente com homens.
- 3 - Eu transo (mais ou menos) igualmente com mulheres e homens.
- 4 - Eu transo principalmente com homens, porém ocasionalmente com mulheres
- 5 - Eu transo somente com homens.
- 6 - Eu não transo (transava).

CARTÃO C

- 1 - Eu só sinto (sentia) tesão por mulheres
- 2 - Eu sinto tesão principalmente por mulheres, mas ocasionalmente por homens
- 3 - Eu sinto tesão mais ou menos igualmente por mulheres e homens.
- 4 - Eu sinto tesão principalmente por homens, mas ocasionalmente por mulheres.
- 5 - Eu sinto tesão por homens.
- 6 - Eu não sinto tesão por outras pessoas

CARTÃO D

Definições:

- **PARCEIRO SEXUAL REGULAR** é definido como:

“Alguém com quem você tem transado mais de uma vez (onde o segundo e os outros encontros não foram por acaso), e ou com quem pretende transar novamente num futuro próximo”.

- **PARCEIRO SEXUAL CASUAL** é definido como:

“Alguém com quem você tenha transado uma vez ou mais sem nenhuma (regularidade) base regular e sem combinar para um próximo encontro”.

- **PARCEIRO SEXUAL ANÔNIMO (Pegação)** é definido como:

“Alguém com quem você se relaciona (relacionou) sexualmente do qual desconhece qualquer dado de identidade”

CARTÃO E

(Termos Sexuais Preferidos)

1 - Pênis

2 - Anus

3 - Sêmen

4 - Orgasmo (até ejaculação)

5 - Preservativo

(Atos)

6 - Masturbação (estimulação manual do pênis ou da vagina)

7 - Felação (estimulação oral do pênis)

8 - Cunilíngua (estimulação oral da vagina ou clitóris)

9 - Coito anal (penetração do pênis no anus)

10 - Coito vaginal (penetração do pênis na vagina)

11 - (Anulingua) Oral - anal (estimulação do ânus do parceiro pela língua)

CARTÃO F



CARTÃO G



CARTÃO H

USO NA VIDA:

1. Não;
2. Sim;
3. Não Sei;

USO NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

1. Não;
2. Sim;
3. Não Sei;

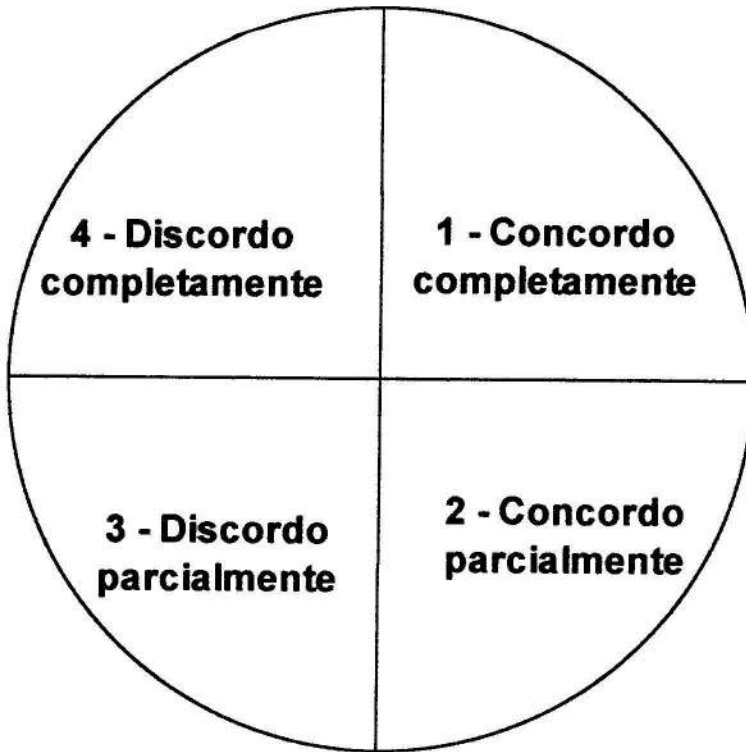
FREQUÊNCIA:

1. Não usei;
2. Menos que uma vez por semana;
3. Uma ou mais vezes por semana;
4. Diariamente;
5. Duas ou três vezes por dia;
6. Quatro ou mais vezes por dia;
7. Não sei;

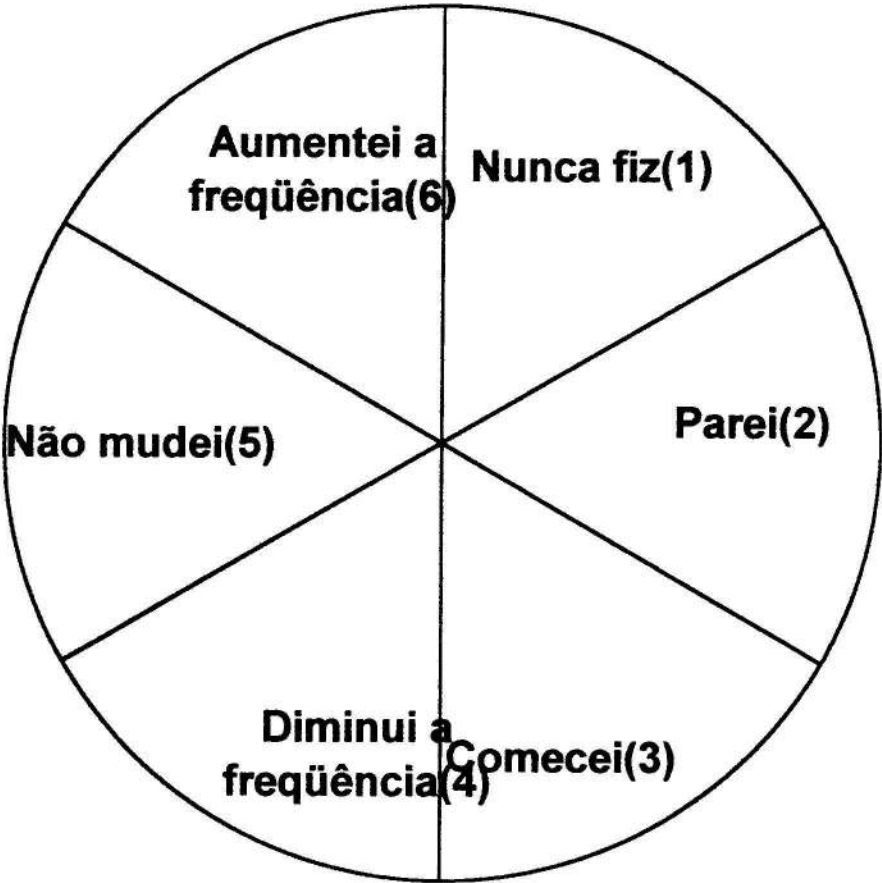
CARTÃO I



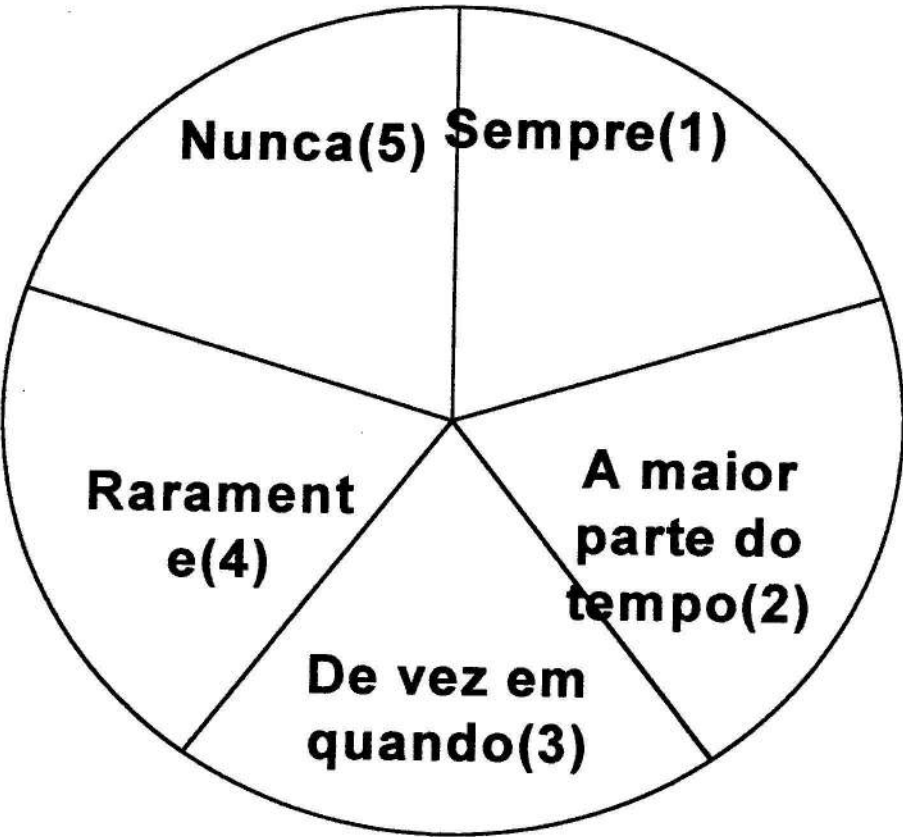
CARTÃO J



CARTÃO K



CARTÃO L



CARTÃO M

- 1 - Eu já sofri (sofro) violência verbal (palavrões, xingamentos e etc.) e explícito preconceito social em relação a minha sexualidade.
- 2 - Eu já sofri (sofro) segregação social por causa da minha sexualidade (discriminação em relação a acesso a emprego, promoção e etc.).
- 3 - Eu sofri (sofro) violência (confronto corporal) por causa da minha sexualidade.
- 4 - Eu não sofri (sofro) violência por causa de minha sexualidade pois se trata de uma questão anônima e privada em relação aos outros, mas considero existir violência contra as pessoas que assumem sua sexualidade.
- 5 - Eu já sofri (sofro) violência em casos de assaltos ou roubo, mas nada tinha a ver com minha sexualidade.
- 6 - Eu já pratiquei algum tipo de violência em relação à sexualidade dos outros.
- 7 - Eu nunca sofri violência.

SUMMARY

Between 1983 and 1996, 54,5% of the AIDS cases in Ceará were due homo/bisexual contacts. In the period between May and August of 1995 a cross-sectional study was carried out about knowledge, attitudes and beliefs of AIDS and sexual behavior in the metropolitan area of Fortaleza. The data were collected from 400 homosexual men through a semi-structured questionnaire, applied by 10 interviewers. The interviewers were contained in 5 social classes and 4 age groups. A bivariate analysis between the dependent variable (involvement with unprotected sexual intercourse) and the predictors variables was assessed computing the Fischer's exact test. The predictor variables that were significantly related to the outcome variable ($p < 0,05$) in bivariate analysis were luded into multivariate analysis logistic regression model to asses their independent effects. Forty seven percent of the men reported unprotected sexual intercourse. The predictor variables found to be significant in multivariate analysis related to this involvement were the men who had less information about HIV transmission, had a frequency of sexual intercourse with other Man equal or more than 1 time per month in the last 12 months, had 1 or more sexual intercourse with women in the last 12 months, felt very excited with unprotected sex, showed negative attitudes toward safer sex, did not know anybody with AIDS and did not participate in homosexual organizations. An important number of homo/bisexual men still engage in risk practices. Study suggests to improve the information about HIV/AIDS, to erotic other practices with low risk and the social relationship aiming to carry out effective HIV/AIDS prevention programs among this population.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGGLETON, P. **Bisexualities and HIV/AIDS**. London: Taylor & Francis, 1995. 250p.
2. AIDSCAP PROJET-FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, THE FRAÇOIS-XAVIER BAGNOUD CENTER-HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, UNAIDS. The Status and Trends of the Global HIV Pandemic. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, XI, 1996, Vancouver. **Official Satellite Symposium - Final Report...** Vancouver: 32p. Mimeo
3. ANDERSON, R. M., MAY, R. M. **Infectious diseases of humans: dynamics and control**. Oxford: Oxford University Press, 1991.
4. BARTOS, M. R. Gay men in regular relationships and HIV risk. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.384.
5. BAYÉS, R. Comentários a la bibliografía internacional - Aspectos Psicológico y Consejo. **Publicacion Oficial de la SEISIDA**, Madrid, v.6, n.9, p.614, Set./Out. 1995.
6. BOCHOW, M. Primary prevention and safer sex: developing new paradigms for our work. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996. **Satellite Meeting Report...** Vancouver: 1996. Mimeo.
7. _____. **AIDS und schwule: individuelle strategien und kollektive bewältigung**. Berlin: Oktoberdruck, 1989. 119p. (AIDS-Forum D. A. H., n. 4)
8. BOULTON, M., EVANS, Z. S., FITZPATRICK, R., HART, G. Bisexual men: women, safer sex and HIV transmission. In: AGGLETON, P., HART, G., DAVIES, P. (Eds.) **AIDS responses, interventions and care**. London: Falmer Press, 1991. 286p. Cap.5, p.65-78.
9. BRASIL. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília, Ano IX, N. 3, semana epidemiológica 23 a 35. Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS. Jun./Ago. 1996.

10. BROUTET, N., QUEIROZ SOUSA, A., PLACIDO BASILIO, F., LUIS SÁ, L., SIMON, F., DABIS, F. Prevalence of HIV-1, HIV-2 and HTLV antibody, in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Int. J. STD AIDS**, London, v.7, p.365-369, 1996.
11. BURKE, D. S., McCUTCHAN, F. E. Global distribution of human immunodeficiency virus-1 clades. In: DeVITA, V. T., HELLMAN, S., ROSENBERG, S. A. (Eds.) **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. 4. ed. Philadelphia: Lippott-Raven, 1997. 746p. Cap.7, p.119-126.
12. CACERES, C. F. Van GRIENSVEN, G. J. Male homosexual transmission of HIV-1. **AIDS**, v.8, p.1051-1061, 1994.
13. CAPRARA, A., SERI, D., GREGORIO, G. C., PARENZI, A., SALAZAR, C. M., GOZE, T. The perception of AIDS in the Bété and Baoulé of the Ivory Coast. **Soc. Sci. Med.**, v.36, n.9, p.1229-1235, 1993.
14. CARR, A. Behaviour Change: some analogies and lessons from the experience of gay communities. **HIV and Development Programme Issues paper- UNDP**, New York: United Nations, n.7, 13p, nov. 1993.
15. CEARÁ. **Informe epidemiológico: Série Doenças Transmissíveis - AIDS**. Ano IX, n.1, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará/Departamento de Epidemiologia. Fortaleza - Ce. Jul. 1997.
16. COHEN, C. changing to safer sex: personality, logic and habit. In: AGGLETON, P., HART, G., DAVIES, P. (Eds.) **AIDS responses, interventions, and care**. London: Falmer Press, 1991. 286p. Cap. 2, p.19-42.
17. CORNELISSE, E. P. A. A comparison of risk factors for HIV transmission between two cohorts of gay men. In: **INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS**, 11., Vancouver, 1996. **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing , 1996. v.1, p.334.
18. DAVIES, P. M., WEATHERBURN, P. Towards a general model of sexual negotiation. In: AGGLETON, P., HART, G., DAVIES, P. (Eds.) **AIDS responses, interventions and care**. London: Falmer Press, 1991. 286p. Cap.8, p.111-125.
19. DAVIES, P. M., WEATHERBURN, P., HUNT, A. J., HICKSON, F. C. I., McMANUS, T. J., COXON, A. P. M. The sexual behaviour of young gay men in England and Wales. **AIDS Care**, v.4, p.259-272, 1992.

20. DeVENZI, I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.331, p.341-346, 1994.
 21. DeWIT, J. The Epidemic of HIV among younger gay men. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.2.
 22. _____. Risk for HIV-infection among young gay men: sexual relations, high risk behavior, and protection motivation. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.142.
 23. DeZWART, O. Anal sex among gay men: the hiv perspective and beyond. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.386.
-
24. DONOVAN, C., MEARNS, C., McEWAN, R., SUGDEN, N. A review of the HIV-related sexual behaviour of gay men and men who have sex with men. **Aids Care**, v.6, n.5, p.605-617, 1994.
 25. EKSTRAND, M. L. , COATES, T. , GUYDISH, J. R., HAUCK, W. W., COLLETTE, L., HULLEY, S. B. Are bisexually identified men in San Francisco a common vector for spreading HIV infection to women? **Am. J. Publ. Health**, v.84, p.915-919, 1994.
 26. ESSEX, M. E. Origin of acquired immunodeficiency syndrome. In: DeVITA, V. T., HELLMAN, S., ROSENBERG, S. A. (Eds.) **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. 4. ed. Philadelphia: Lippott-Raven, 1997. 746p. Cap.1.1, p.3-14.
 27. FERREIRA, J., GERBASE, A., BARCELOS, N. T. AIDS e infecção pelo HIV. In : DUCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Cap.66, p.373-382.
 28. FISHER, J. D. Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. **Am. Psychol.**, v.43, p.914-920, 1988.
 29. FISHER, J. E. When you go cruising, take your boyfriend: socio-sexual profile of men who have sex with men on hampstead heath (europe's largest public

- sex environment). In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.189.
30. FLOWERS, P. Combining quantitative and qualitative methods to understand unsafe sex amongst gay men. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.200.
31. GUIDI, M. L. M., DUARTE, S. G. Um esquema de caracterização sócio-econômico. **Rev. Bras. Est. Pedagógicos**. São Paulo, v. 52, n. 115, p. 65-83, 1969.
32. GUIMARÃES, C. D. Mulheres e homens e AIDS: o visível e o invisível. In: PARKER, R., BASTOS, C., GALVÃO, J., PEDROSA, J. S. *et al.* (Orgs). **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 360p. cap.7, p.217-230. (História Social da AIDS, n. 2)
33. HAYS, R. B., KEGLELES, S. M., COATES, T. J. High HIV risk-taking among gay men. **AIDS**, v.4, p.901-907, 1990.
34. HENNEKENS, C. H., BURING, J. E. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little Brown, 1987. 383p. Cap.5: Descriptive studies, p.101-131.
35. HICSON, F. C. I. No change in anal intercourse without a condom among gay men in the UK: 1993 to 1995. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.335.
- 36 HUBERT, M. European community concerted action on sexual behaviour and risk of HIV infection. A European Bank of indicators (EBI-AIDS) for making Comparative Analyses. In: USIETO, R., SASTRE, J. Comportamiento sexual y transmisión del VIH. **Publicacion Oficial de la SEISIDA**, Madrid, v. 6, n.9, p.21-27, 1995.
37. HUNT, A. J., DAVIS, P. M., McMANUS, T. J., WEATHERBURN, P., HICKSON, F. C. I., CHISTOFINIS, G., COXON, A. P. M., SUTHERLAND, S. HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men. **Br. Med. J.**, London, v.305, p.561-652, 1992.

38. KATZ, M. H., GERBERDING, J. L. Postexposure treatment of people exposed to the immunodeficiency virus through sexual contact or injection-drug use. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.336, p.1097-1100, 1997.
39. KELLY, J. A., St LAWRENCE, J. , BRASFIELD, T., LEMKE, A., AMIDEI, T., ROFFMAN, R. E., HOOD, H. V., KILGORE, H., SMITH Jnr., J. E., McNEILL, C. Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behaviour. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.58, p.117-120, 1990.
40. LAZZARIN, A., SARACCO, A., NICOLOSI, A. Man-to-woman sexual transmission of the human immunodeficiency virus: risk factors related to sexual behavior, man's infectiousness, and woman's susceptibility. **Arch. Int. Med.**, v.151, n.12, p.2411-2416, 1991.
41. MARTINS, T. A. Epidemiology of AIDS in the State of Ceara Brazil. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.129.
42. McCUSKER, J., STODDARD, A., ZAPKA, J. Predictors of AIDS preventive behavior among homosexually active men: a longitudinal study. **AIDS**, v.3, p.443-448, 1989.
43. McLEAN, J., BOULTON, M., BROOKES, M., LAKHANI, D., FITZPATRICK, R., DAWSON, J. McKECHNIE, R. & HART, G. Regular partners and risky behaviour: why do gay men have unprotected intercourse? **Aids Care**, v.6, n.3, p.331-341, 1994.
44. MERTENS, T. E., LOW-BEER, D. HIV and AIDS : where is the epidemic going? Update/Le point. **Bull. World Health Organ.**, n.74 p.121-129, 1996.
45. MERTENS, T. E., PIOT, P. Global aspects of human immunodeficiency virus epidemiology: general considerations. In: DeVITA, V. T., HELLMAN, S., 45. ROSENBERG, S. A. (Eds.) **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**, 4. ed. Philadelphia: Lippott-Raven, 1997. 746p. Cap. 6, p.103-118.
46. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p.9-39.
47. MYERS, T., TUDIVER, F. G., KURTZ, R. G., JACKSON, E. A., ORR, K. W., ROWE, C. J., BULLOCK, S. L. The talking sex project: descriptions of the

- study population and correlates of sexual practice at baseline. **Can. J. Public Health**, v.83, p.47-52, 1992.
48. O'BRIEN, K.; WORTMAN, C. B.; KESSLER, R. C.; JOSEPH, J. G. Social relationships of men at risk for AIDS. **Soc. Sci. Med.**, v.36, p.1161-1167, 1993.
 49. OSTROW, D. G. Why some gay men choose condoms and others switch to "safer" sex. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.260.
 50. PAGE-SHAFER, K., VEUGELERS, P. J., MOSS, A. R., STRATHDEE, S., KALDOR, J. M., VAN GRIENSVEN, G. J. P. Sexual risk behavior and risk factors for HIV-1 seroconversion in homosexual men participating in the tricontinental seroconverter study, 1982-1994. **Am. J. Epidemiol.**, v.146, n.7, p.531-542, out./1997.
 51. PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994, 141p. (História Social da AIDS, n.3)
 52. PARKER, R., BASTOS, C., GALVÃO, J., PEDROSA, J. S. (Orgs). **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. 360p. (História Social da AIDS, n.2)
 53. PARKER, R. G. Behaviour in latin american men: implications for HIV/AIDS interventions. **Int. J. STD AIDS**, v.7, sup.2, p.62-65, 1996.
 54. QUEIROZ, L. G. Analysis of established relation between self-attributed identity and risk practices in Belo Horizonte, MG - Brazil gay community. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.2, p.506.
 55. QUINN, T. C. Global burden of the HIV pandemic. **Lancet**, v. 348, n.9020, p.99-106, Jul. 1996.
 56. ROYCE, R. A., SEÑA, A., CATES Jr., W., COHEN, M. S. Sexual transmission of HIV. **N. Eng. J. Med.**, v.336, n.15, p.1072-1078, apri. 1997.
 57. SITTITRAI, W., BROEN, T., SAKONDHAVAT, C. Levels of HIV risk behaviour and AIDS knowledge in Thai men having sex with men. **AIDS Care**, v.5, n.3, p.261-271, 1995.

58. SOUZA FILHO, E. A., HENNING, M. G. Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, p.428-441, out./dez. 1992.
59. STALL, R., BARRET, D., BYE, L., CATANIA, J., FRUTCHEY, C., HENNE, J., LEMP, G., PAUL, J. A comparison of younger and older gay men's HIV risk-taking behaviours: the communication technologies 1989 cross-sectional survey, **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v.5, p.682-687, 1992.
60. STEINER, S. LEMKE, A. L., ROFFMAN, R. A. Risk Behavior for HIV Transmission Among Gay Men Surveyed in Seattle Bars. **Public Health Rep.**, v.109, n.4, p.563-566, Jul./Aug. 1994.
61. USIETO, R., SASTRE, J. Comportamiento sexual y transmisión del VIH. **Publicacion Oficial de la SEISIDA**, Madrid, v.6, n.9, p.21-27, 1995.
62. WEBSTER, R. D. Second wave of HIV infection washes ashore: south beach health survey of young gay men. In: **INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS**, 11., Vancouver, 1996, **Abstract...** Vancouver: Transcontinental Printing, 1996. v.1, p.127.
63. WEEKS, J. History, desire, and identities. In: PARKER, R. GAGNON, J. H. (Eds.). **Conceining sexuality**, London: Routledge, 1995. p.33-50.
64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **AIDS: images of the epidemic**. Geneva: 1994. 142p.