



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DIEGO JORGE MAIA LIMA

**ANÁLISE DA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE HOMENS QUE FAZEM
SEXO COM HOMENS SEGUNDO PRÁTICAS SEXUAIS**

**FORTALEZA
2014**

DIEGO JORGE MAIA LIMA

**ANÁLISE DA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE HOMENS QUE FAZEM
SEXO COM HOMENS SEGUNDO PRÁTICAS SEXUAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

L696a Lima, Diego Jorge Maia

Análise da vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens que fazem sexo com homens segundo práticas sexuais./ Diego Jorge Maia Lima.- 2014.
86f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Prof^a. Dra. Priscila de Souza Aquino.

1. Homossexualidade masculina 2. HIV 3. Vulnerabilidade em saúde 4.
Enfermagem. I. Título

CDD: 306.7662

DIEGO JORGE MAIA LIMA

**ANÁLISE DA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE HOMENS QUE FAZEM
SEXO COM HOMENS SEGUNDO PRÁTICAS SEXUAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará - UFC

"Uma vontade acha uma maneira".
(Orison Marden)

"Sábio não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas".
(Claude Lévi-Strauss)

Agradecimento Especial

À Deus e aos meus pais – José do Nascimento Lima e Maria de Lourdes Freire Maia – pelo apoio constante, pela presença apesar da distância e pelo amor incondicional que nos une.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Senhor de tudo, infinito em sua sabedoria, pela força para continuar na caminhada. Por ter calçado meus pés e por ter feito de cada pedra no caminho um impulso para a conclusão dessa jornada. Te amarei, Senhor, para sempre te amarei.

À minha mãe, *Lourdinha*, por continuar a ser esse anjo de asas fortes e acolhedoras que mantem protegido e confiante de mim. Por me amparar nos momentos mais difíceis e por compartilhar os mais felizes. Sou fruto de sua determinação e coragem, muito orgulho de ser SEU filho. Te amo.

Ao meu pai, *Dedé*, pelo carinho e pelo amor a mim destinados. Sinto seu amor e sua admiração a cada encontro. Uma das maiores conquistas de minha vida, sem dúvida, é o seu reconhecimento. Obrigado por demonstrar seu amor.

Ao *meu amor*, pela presença constante, pelo apoio e incentivo, por dividir comigo sua história e por tornar minha caminhada melhor.

Aos meus irmãos, *Dienne e Diones*, pelo simples fato de existirem, pelo amor que nos une e nos fortalece. Apesar da distância carrego vocês sempre comigo.

Aos *familiares*, pela demonstração de alegria e afeto a cada nova conquista.

À orientadora mais que querida, *Drª Priscila de Souza Aquino*, por acreditar, por incentivar, por entender, pela amizade fortalecida nesse período, por dividir comigo seu amplo conhecimento, pela compreensão quando precisei, pelas cobranças e por permitir me sentir ser seu amigo.

À professora *Drª Ana Karina Bezerra Pinheiro*, pelo exemplo de profissional e de ser humano no qual me espelho. Acredito que o respeito surge e se mantém pela admiração, e eu a respeito e admiro muito. Obrigado, simplesmente, pela oportunidade de convivermos.

À prof. Dr^a. *Andrea Gomes Linard*, pelas grandes contribuições fornecidas na etapa de qualificação e pela disponibilidade em contribuir sempre que solicitado. Obrigado.

Ao prof. Dr. *Paulo César*, pela disponibilidade em contribuir com análise estatística. Muito obrigado.

Às professoras, Dr^a *Mônica Oriá* e Dr^a *Camila Teixeira*, pelas contribuições e pelo incentivo na etapa de validação do instrumento de coleta de dados. Muito grato.

Aos *professores do Programa* pelos ensinamentos, pela troca de conhecimentos e pela oportunidade de crescer enquanto profissional. Obrigado mestres.

À *CAPES*, pelo fornecimento da bolsa que certamente muito ajudou para a conclusão dessa etapa.

Ao *Programa de Pós-graduação em Enfermagem*, pela oportunidade do aprendizado e pela contribuição na construção de uma Enfermagem cada vez mais forte.

À amiga, *Maria Leonor*, pelo incentivo e ajuda no início dessa jornada, pelas palavras de coragem e fé que sempre me ajudaram.

À amiga, *Paula Renata*, obrigado por existir em minha vida, por me ouvir, por guardar meus segredos, e pelos muitos obstáculos que até hoje superados juntos. Te quero muito bem.

Ao *Programa de Educação Tutorial*, pela ajuda na construção desse projeto, na figura dos eternos petianos, Deise, Lara, Maysa, Samila, Priscila Fontenele, Elizian.

Ao *Projeto Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva*, pelo conhecimento compartilhado e pela receptividade das minhas ideias e meus projetos.

Às amigas, *Amanda, Ana Carolina, Ana Rita e Denise*, por fortalecer elos antigos e criar novos elos, por dividir as angústias, dúvidas, conquistas e alegrias durante o curso.

A todos os *membros da banca*, pela contribuição valorosa para o aprimoramento desse trabalho e pela disponibilidade de leitura desse material.

Aos *HSH do estudo*, pela importante participação, permitindo a execução desse trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desse trabalho, muito obrigado!

RESUMO

No contexto epidemiológico da aids, os homens que fazem sexo com homens tem sido uma categoria prioritária para ações de prevenção, devido à adoção de práticas sexuais desprotegidas, à aquisição de comportamentos de risco e ao estigma e à discriminação. Assim, uma política de prevenção efetiva para este subgrupo deve estar focada na perspectiva da minimização da vulnerabilidade dos grupos, por meio da ação sobre os diversos aspectos individuais, sociais e programáticos. O estudo tem como objetivo analisar a vulnerabilidade ao HIV/aids dos homens que fazem sexo com homens a partir das práticas sexuais. Estudo quantitativo, transversal e correlacional, realizado em dois locais de sociabilidade gay, localizados na região central da cidade de Fortaleza, Ceará. A população compreendeu os homens que fazem sexo com homens que frequentam a cena gay de Fortaleza. A amostra do estudo foi obtida por conveniência e compreendeu 257 indivíduos. O instrumento utilizado foi submetido à validação de face e conteúdo por 03 juízes e consistiu em um formulário estruturado em quatro partes distintas: identificação, identidade sexual, histórico sexual e práticas sexuais. Foram investigadas associações entre as variáveis dependentes e independentes do estudo. Realizou-se análise bivariada usando o teste qui-quadrado de Pearson com um nível de significância menor que 0,05, para investigação de associação entre as variáveis. A análise comparativa das médias foi realizada pelo ANOVA e pelo teste t de Student. Os resultados evidenciaram que quanto a caracterização sociodemográfica, a faixa etária de 18 a 24 anos apresentou 45,5% (117), média 27,19 anos, 89,2% (229) eram alfabetizados, com, no mínimo, ensino médio completo, solteiros 86,4% (222), católicos 52,9% (136) e 57,6% (148) pardos. Nos dados da identidade sexual, predominou a preferência pelo termo homossexual, com 44,7% (115) e o apoio familiar foi referido por 43,6% (112). A maioria dos respondentes relatou a realização do sexo oral, representando 95,7% (246). Enquanto, 44% (113) responderam “não uso” o preservativo no sexo oral. Quanto ao sexo anal, quase a totalidade dos sujeitos referiu a prática do sexo anal, que representou 98,4% (253). Revelou-se, que 73,5% (189) dos indivíduos assumiam o papel ativo e passivo na relação e que 71,6% (184) dos entrevistados referiu o uso do preservativo “sempre”. O envolvimento em relação sexual desprotegida apresentou diferença estatisticamente significante quando associado a possuir parceria fixa ($p=0,000$), utilização do preservativo no sexo oral ($p=0,000$) e no sexo anal (0,004). Constatou-se a influência marcante da vulnerabilidade individual e social na determinação das situações de suscetibilidades do grupo estudado frente ao HIV/aids, como a alta prevalência de realização de sexo oral desprotegido e a associação significativa da prática sexual desprotegida com a parceria fixa. Recomenda-se uma abordagem específica desses fatores para uma melhor compreensão da epidemia de aids nesse segmento. Conclui-se que a suscetibilidade do subgrupo de homens que fazem sexo com homens e a compreensão de suas particularidades constituem, ainda, um grande desafio a ser enfrentado em todos os espaços em que condições de risco para aquisição do HIV/aids estejam presentes.

Palavras-chave: Homossexualidade masculina. HIV. Vulnerabilidade em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

In the epidemiological context of AIDS, men who have sex with men has been a priority category for prevention, due to the adoption of unprotected sexual practices, the acquisition of risk behaviors and stigma and discrimination. Thus, a policy of effective prevention for this subgroup should be focused on the perspective of minimizing the vulnerability of groups, through action on the various individual, social and programmatic aspects. The study aims to analyze the vulnerability to HIV / AIDS in men who have sex with men from sexual practices. Cross-sectional and correlational study, conducted at two sites of gay sociability, located in the central region of the city of Fortaleza, Ceará . The study population consisted of men who have sex with men attending gay scene Fortaleza. The study sample was obtained by convenience and included 257 individuals. The instrument used was subjected to face validity and content by 03 judges and consisted of a structured form into four distinct parts: identification , sexual identity and history of sexual practices and sexual practices . Data collection took place during the months of December 2010 to March 2011. Associations between the dependent and independent variables of the study were investigated. We conducted bivariate analysis using the chi- square test with a significance level less than 0.05, to investigate the association between variables. The comparative analysis of means was performed by ANOVA and the Student t test. The results showed that as sociodemographics , age range 18-24 years, had 45.5 % (117), average 27.19 years, 89.2% (229) were literate, with at least completed high school singles, 86.4% (222), Catholic 52.9%(136) and 57.6% (148) browns. The facts of sexual identity, homosexual predominant preference for the term, with 44.7% (115) and family support was reported by 43.6% (112). The majority of respondents reported performing oral sex, accounting for 95.7 % (246). While 44 % (113) answered "do not use " condoms in oral sex . As for anal sex, almost all of the subjects reported practicing anal sex, which represented 98.4 % (253). It was revealed that 73.5% (189) of the subjects assumed the active and passive role in the relationship and that 71.6 % (184) of respondents reported using condoms " always ". Engaging in unprotected sexual intercourse statistically significant difference when associated with having a regular partner ($p = 0.000$), use of condoms in oral sex ($p = 0.000$) and anal sex (0.004). Notably, there is a remarkable influence of individual and social vulnerability in the determination of situations susceptibilities of the study group on HIV / AIDS, as the high rate of performing unprotected oral sex and significant association of unprotected sexual act with a regular partner. We recommend a specific approach to these factors for a better understanding of the AIDS epidemic in this segment. It is concluded that the susceptibility of the subgroup of men who have sex with men and the understanding of their specificities, still constitute a major challenge to be faced in all areas where hazardous conditions for the acquisition of HIV / AIDS are present.

Key words: Male homosexuality. HIV. Health vulnerability. Nursing.

RESUMEN

En el contexto epidemiológico del SIDA, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ha sido una categoría de prioridad para la prevención, debido a la adopción de prácticas sexuales sin protección, la adquisición de conductas de riesgo y el estigma y la discriminación. Por lo tanto, una política de prevención eficaz para este subgrupo debe centrarse en la perspectiva de reducir al mínimo la vulnerabilidad de los grupos, por medio de la acción sobre los diversos aspectos individuales, sociales y programáticas. El estudio tiene como objetivo analizar la vulnerabilidad al VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en las prácticas sexuales. Estudio transversal y correlacional, realizado en dos centros de sociabilidad gay, ubicado en la región central de la ciudad de Fortaleza, Ceará. La población de estudio consistió en hombres que tienen sexo con hombres que asisten a la escena gay Fortaleza. La muestra del estudio se obtuvo por conveniencia e incluyó 257 individuos. El instrumento utilizado fue sometido a cara validez y el contenido por 03 jueces y consistía en una forma estructurada en cuatro partes diferenciadas : la identificación , la identidad sexual y la historia de las prácticas sexuales y prácticas sexuales. La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de diciembre 2010-marzo 2011. Se investigaron las asociaciones entre las variables dependientes e independientes del estudio. Se realizó análisis bivariado mediante la prueba de chi cuadrado con un nivel de significación inferior a 0,05, para investigar la asociación entre las variables. El análisis comparativo de medias se realizó mediante ANOVA y la prueba de la t de Student. Los resultados mostraron que a medida sociodemográficas, rango de edad 18-24 años, tenía el 45,5% (117), promedio de 27,19 años, el 89,2%(229) fueron alfabetizados, con al menos terminado la escuela secundaria solteros, 86,4% (222) , el 52,9 % católico (136) y 57,6% (148) marrones. Los hechos de la identidad sexual , la preferencia homosexual predominante para el término , con el 44,7% (115) y apoyo a la familia se informó en un 43,6% (112). La mayoría de los encuestados informó que realiza el sexo oral, que representan el 95,7% (246). Mientras que el 44 % (113) contestó " no use " condones en el sexo oral. En cuanto al sexo anal, la casi totalidad de los sujetos reportaron la práctica de sexo anal, lo que representó el 98,4 % (253). Se reveló que el 73,5% (189) de los sujetos asume el papel activo y pasivo en la relación y que el 71,6 % (184) de los encuestados reportaron haber usado preservativos "siempre". Participar en relaciones sexuales sin protección una diferencia estadísticamente significativa cuando se asocia con tener una pareja estable ($p = 0,000$), el uso de preservativos en el sexo oral ($p = 0,000$) y el sexo anal (0,004). En particular, hay una notable influencia de la vulnerabilidad individual y social en la determinación de las situaciones susceptibilidades del grupo de estudio sobre el VIH / SIDA, como la alta tasa de la práctica de sexo oral sin protección y la asociación significativa de acto sexual sin protección con una pareja estable. Recomendamos un enfoque específico a estos factores para una mejor comprensión de la epidemia del SIDA en este segmento. Se concluye que la susceptibilidad del subgrupo de hombres que tienen sexo con hombres y la comprensión de sus especificidades, siguen constituyendo un gran desafío a enfrentar en todos los ámbitos en los que las condiciones peligrosas para contraer el VIH / SIDA están presentes.

Palabras clave: Homosexualidad masculina, VIH, Vulnerabilidad en Salud, Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Seleção dos artigos de pesquisa na base de dados Lilacs, Medline, Bedenf, SciELO de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.....	28
Tabela 2 -	Estudo incluído na revisão sobre práticas sexuais de risco de HSH. Fortaleza-Ceará, 2013, janeiro Fonte Lilacs	29
Tabela 3 -	Estudos incluídos na revisão sobre práticas sexuais de risco de HSH. Fortaleza-Ceará, 2013, janeiro Fonte Medline	29
Tabela 4 -	Distribuição das características sociodemográficas de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	40
Tabela 5 -	Distribuição dos dados relativos à identidade sexual de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	42
Tabela 6 -	Distribuição dos dados do histórico sexual de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	44
Tabela 7 -	Distribuição dos dados da prática sexual de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	47
Tabela 8 -	Associação das variáveis sócio-demográficas e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	49
Tabela 9 -	Associação das variáveis da identidade sexual e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	54
Tabela 10 -	Associação das variáveis do histórico sexual e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	56
Tabela 11 -	Comparação entre as médias dos dados do histórico sexual segundo a realização do sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro 2014.....	63
Tabela 12 -	Associação das variáveis da prática sexual e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.....	63

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Valores e Pesos Aplicados aos Índices de Vulnerabilidade Social, Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), 1991	21
Quadro 2 -	Critérios construídos para seleção de experts para validação de face e de conteúdo	37
Figura 1 -	Diagrama demonstrativo da hierarquia de prevenção da infecção pelo HIV/aids, segundo os diferentes tipos de práticas sexuais. BRASIL, 2002	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and retrieval System On-line
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
SciELO	Scientific Electronic Library Online
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
EUA	Estados Unidos da América
SNC	Sistema Nervoso Central
PET	Programa de Educação Tutorial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1	Vulnerabilidade: aspectos históricos e conceituais	20
3.2	As populações vulneráveis e os homens que fazem sexo com homens	23
3.3	Vulnerabilidade à aquisição de DST/aids entre homens que fazem sexo com homens: estado da arte.....	26
4	METODOLOGIA	34
4.1	Tipo de estudo.....	34
4.2	Local da pesquisa.....	34
4.3	População e amostra.....	35
4.4	Instrumento de coleta.....	36
4.5	Coleta de dados	37
4.6	Apresentação e análise dos dados.....	38
4.7	Aspectos éticos e legais.....	39
5	RESULTADOS	40
5.1	Caracterização sócio-demográfica.....	40
5.2	Identidade sexual	42
5.3	Histórico sexual	44
5.4	Práticas sexuais	47
5.5	Associação sócio demográfica e relação sexual desprotegida	49
5.6	Associação da identidade sexual e relação sexual desprotegida	53
5.7	Associação do histórico sexual e relação sexual desprotegida	56
5.8	Associação da prática sexual e relação sexual desprotegida	63
6	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	APENDICE A - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	80
	APENDICE B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	82
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES	84
	APENDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-PARTICIPANTES	85

1INTRODUÇÃO

O ser humano vivencia uma infinidade de práticas e comportamentos que demonstram a diversidade sexual contemporânea, refletindo-se nas formas de expressão das relações de intimidade sexual e afetiva que certamente se tornaram mais plurais nos dias atuais (CORNWALL; JOLLY, 2008).

Nesse sentido, a sexualidade é entendida como o conjunto de preferências, predisposições e experiências sexuais, que recebe a influência dos valores e regras de uma determinada cultura, do tempo e do espaço em que se vive. Assim, as regras, padrões e comportamentos socioculturais, acrescidos da trajetória pessoal e da criatividade individual, contribuem para determinação da sexualidade humana (BRASIL, 2010a).

Nesse cenário, a orientação sexual é definida como a atração espontânea e não influenciável para onde aponta o desejo erótico de cada indivíduo. Portanto, diz-se homossexual, o indivíduo que sente atração por alguém do mesmo sexo; bissexual, aquele que deseja ambos os性os e heterossexual, quando o objeto de atração é do outro sexo (BRASIL, 2010b).

Ademais, considera-se a orientação sexual como determinante e condicionante da situação de saúde, pois reúne agravos decorrentes de comportamentos e práticas específicas, além da segregação imposta pelo estigma e exclusão social (BRASIL, 2008).

A categorização Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) é utilizada em grande parte dos estudos de saúde coletiva, nacionais e internacionais, para designar homossexuais, bissexuais e outros homens que assumem tal prática e sentem dificuldade em se definir homossexuais. Portanto, essa categoria HSH surge na epidemiologia como estratégia para agregar todos os indivíduos biologicamente homens e que relatam ter relações sexuais com outro homem, sem considerar sua identidade sexual, com ênfase exclusiva na sua prática sexual. Esse termo tem sido amplamente utilizado por organizações governamentais e não governamentais, sendo considerado importante para as ações de vigilância epidemiológica e de prevenção das DST/HIV e da aids (BRIGNOL, 2013).

O uso do conceito de vulnerabilidade tornou-se norteador para as análises das situações de exposição ao HIV e vem sendo utilizado como marco conceitual perante a elevada complexidade da epidemia do HIV/aids. O referido conceito considera os aspectos das susceptibilidades orgânicas, comportamentais e culturais de cada indivíduo ou grupo, fornecendo os subsídios essenciais para formulação de estratégias de combate em saúde (BRIGNOL, 2013).

Nessa conjuntura, uma política de prevenção efetiva deve estar focada na perspectiva da limitação da vulnerabilidade dos grupos, por meio da ação sobre os diversos aspectos: individuais, sociais e dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

No contexto epidemiológico da aids, a população HSH é considerada uma das mais vulneráveis, devido à adoção de práticas sexuais desprotegidas, à aquisição de comportamentos de risco e à discriminação sofrida por estes indivíduos. Estudo realizado em dez municípios brasileiros (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília), entre os anos de 2008 e 2009, estimou taxa de prevalência de HIV em 10,5% entre HSH (KERR *et al.*, 2013).

Segundo inquérito de âmbito nacional realizado pelo Ministério da Saúde sobre conhecimentos, atitudes e práticas sexuais da população de 15 a 49 anos, o tamanho relativo da população de HSH foi estimado em 3,2%, que representa cerca de 1,5 milhões de pessoas. A partir desse achado tornou-se possível calcular o risco relativo de contaminação pelo HIV nesse grupo em comparação com heterossexuais, sendo estimado em 16 vezes maior entre os HSH (BRASIL, 2010b; SZWARCWALD, 2004).

Atualmente, após mais de trinta anos do início da epidemia, a aids é considerada uma das mais importantes pandemias da história mundial (WHO, 2009). O Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/aids de 2012 demonstra uma tendência à estabilização do número de casos nas categorias de exposição homo e bissexual a partir da década de 90. Todavia, tais dados epidemiológicos ainda apontam para a elevada prevalência de 32,3% dos casos de aids expostos ao vírus pela via de transmissão sexual nestas categorias (BRASIL, 2012).

Na região Nordeste, de maneira semelhante, o Ceará destaca-se no cenário epidemiológico da aids pelo elevado número de casos entre homo e bissexuais, representando cerca de 27,2% do total de casos desde o início das notificações (CEARÁ, 2013).

Dessa forma, a elevada prevalência de casos da doença entre a população HSH ainda se revela como um grave problema de Saúde Pública, que requer soluções do poder público para garantir recursos a serem aplicados na prevenção, promoção e assistência à saúde, visando à interrupção da cadeia de transmissão epidemiológica do HIV.

Estudos desenvolvidos com o objetivo de identificar o envolvimento em relações sexuais desprotegidas têm revelado que um grande contingente de HSH continua assumindo práticas de risco, reforçando a alta e persistente vulnerabilidade desse segmento populacional em diversos lugares do mundo (POLLOCK; HALKITIS, 2009; RAYMOND *et al.*, 2009; THOMAS *et al.*, 2009).

É consenso que as ações da prevenção e promoção da saúde no campo da sexualidade sejam focadas tanto no risco individual e biológico, como nas características estrutural e social dos diversos segmentos populacionais, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade. Portanto, a promoção da saúde sexual nesse segmento populacional segue padrões diferenciados, considerando que a vivência da sexualidade desse subgrupo está relacionada a particularidades dos comportamentos e práticas vivenciados no universo homossexual.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2010 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais com vistas à promoção da saúde integral desse segmento, eliminando a discriminação e o preconceito e contribuindo para a redução das desigualdades (BRASIL, 2010).

Dessa forma, preconiza-se, dentre outras ações, o desenvolvimento de estudos que busquem a compreensão dos dados comportamentais e das práticas sexuais dos HSH, que favorecerá o entendimento de vulnerabilidades, a formulação de estratégias de combate à disseminação do HIV/aids entre HSH, além do direcionamento das ações de saúde.

Assim, mediante a problemática envolvida no contexto da transmissão do HIV/aids entre HSH surgiu o interesse em elucidar alguns questionamentos, como: quais as vulnerabilidades da população de HSH ao HIV/aids? Quais práticas sexuais realizadas pelos HSH os torna mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids?

Portanto, é imprescindível a realização de estudos que determinem os comportamentos de risco para o HIV na população específica de HSH e verifiquem as tendências da epidemia dentro do grupo estudado. Ademais, torna-se fundamental o desenvolvimento de inquéritos que possibilitem a associação entre os componentes individuais, sociais, culturais, comportamentais e as práticas dos HSH, o que permitirá reconhecer os riscos, a fim de direcionar as ações.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde sexual desse grupo específico, por meio de uma atenção humanizada, em atividades de caráter educativo e de prevenção, com vistas a mudanças de comportamento que apontem para a prática sexual segura, considerando a promoção da saúde como um suporte primordial para um cuidado cada vez mais holístico, humanizado e individualizado. Ademais, a realização de estratégias educativas, a participação em programas de prevenção e o acolhimento, livre de preconceitos, nas diversas instituições da saúde são ações para a promoção da saúde da população de HSH.

2 OBJETIVOS

Geral

- Analisar a vulnerabilidade ao HIV/aids de homens que fazem sexo com homens.

Específicos

- Identificar as características da identidade sexual autorreferida e do histórico sexual de homens que fazem sexo com homens;
- Verificar a associação dos dados sociodemográficos, identidade sexual, histórico sexual e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens com a relação sexual desprotegida.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Vulnerabilidade: aspectos históricos e conceituais

O conceito de vulnerabilidade proporciona a possibilidade de investigações detalhadas sobre a temática do HIV/aids, mais especificamente no que se refere à reformulação permanente das estratégias preventivas. No presente trabalho, adotamos a conceituação de Ayres *et al.* (2009) de vulnerabilidade ao HIV/aids que foi adaptada de Mann, Tarantola e Netter (1996) para nortear as análises. O referido conceito pode ser entendido da seguinte maneira:

É o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos, não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2009. p.127).

Na área da saúde, a noção de vulnerabilidade surgiu no início da década 80, como possibilidade de interpretação da epidemia da aids, na perspectiva de desmistificar a tendência individualizante da doença (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Nesse sentido, Mann, Tarantola e Netter (1996), considerados os “pais” da conceituação de vulnerabilidade frente ao HIV, apresentam no livro “Aids no mundo” uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids (SOUZA, 2001). De acordo com os autores, o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, apesar de não serem suficientes para o controle da epidemia.

Além disso, os autores propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. O primeiro refere-se à auto-avaliação para se verificar o conhecimento, os comportamentos e o acesso à informação, avaliando-se como pode ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais. Para a avaliação da vulnerabilidade social utilizaram o relatório “Human Development Report”, do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), de 1991, para definir os oito índices considerados por eles como mais relevantes.

Quadro 1 - Valores e pesos aplicados aos índices de vulnerabilidade social, Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), 1991.

Índices	Alta vulnerabilidade	Média vulnerabilidade	Baixa vulnerabilidade	Peso
1. Acesso à informação: Países em desenvolvimento: rádios per capita	< 10	10-19	>=20	1
Industrializados: televisões por 1000	< 200	200-299	>=300	1
2. Despesas com saúde: Países em desenvolvimento: % do PNB	<1%	1,0-1,9%	>=2%	1
Industrializados: % do PIB	<1%	1,0-4,9%	>=5%	1
3. Acesso ao tratamento	<50%	50-99%	100%	1
4. Mortalidade antes dos 5 anos	>=100%	50-99%	<50%	1
5. Pontuação relativa às mulheres, segundo a escala de Mann et al.	0-49,9%	50-69,9	>=70	1
6. Índice de Liberdade Humana	<10	10-29	>=30	1
7. Relação entre as despesas militares e gastos com saúde e educação	>=50%	10-29	>=30	1
8. Índice de Desenvolvimento Humano	<0,5	0,5-0,899	>=0,9	3
TOTAL				12

Finalmente, os autores propõem a aplicação de um sistema de escores, que classifica a vulnerabilidade. A soma dos valores ponderados para cada índice e cada país totalizou um mínimo de 11 e um máximo de 30 pontos, permitindo a seguinte classificação da vulnerabilidade social ao HIV/aids. Assim, classifica-se como alta vulnerabilidade (11-18 pontos), média vulnerabilidade (19-26 pontos) e baixa vulnerabilidade (27-30 pontos).

No Brasil, a ampliação do conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter (1996), realizada por Ayres *et al.* (2009), aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, consequentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Portanto, as análises da vulnerabilidade envolvem a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a aids, ou vulnerabilidade programática.

Dessa forma, as análises que utilizam o referencial da vulnerabilidade, de acordo com Ayres *et al.* (2009), buscam identificar “potenciais de adoecimento e não adoecimento relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de “condições”. Ademais, esses autores defendem que a identificação destes elementos e das situações de suscetibilidade pode ajudar consideravelmente nas análises de risco.

Sob esta óptica, esses autores defendem que para reduzir a vulnerabilidade, os programas de prevenção devem ser estruturados com objetivo de atender aos três componentes relacionados à vulnerabilidade, por meio de estratégias e ações para a redução dos riscos individuais, promovendo a melhoria da educação, a redução do estigma e da marginalização, a partir de políticas governamentais que considerem as questões econômicas, sociais e culturais e que favoreçam a redução da vulnerabilidade social (AYRES *et al.*, 2009).

Além disso, o uso deste referencial foi utilizado em outros trabalhos brasileiros que possibilitaram análises úteis para a exposição ao HIV na população de homens que fazem sexo com homens (SOUZA, 2001; BRIGNOL, 2013).

Assim, a fundamentação teórica baseada na vulnerabilidade adequa-se aos objetivos propostos neste estudo. No entanto, as análises do presente estudo se limitaram à compreensão da vulnerabilidade individual e social do grupo estudado, uma vez que a avaliação da vulnerabilidade programática requer uma ampla investigação do sistema e dos programas de saúde que atendem ao segmento HSH.

3.2 Populações vulneráveis e os homens que fazem sexo com homens

Desde o surgimento da Aids no início da década de 80, os homossexuais foram, em nível mundial, o grupo populacional mais atingido pela epidemia (BRASIL, 2002). Diante desta caracterização da epidemia, vários pesquisadores, por meio de estudos clínicos e epidemiológicos, passaram a pesquisar os fatores de risco associados ao então desconhecido quadro infeccioso.

Nesta época, o elemento central da discussão girava em torno do conceito de risco, e diversas categorias foram determinadas com vistas à prevenção e ao controle da epidemia, como “grupo de risco” e/ou “comportamento de risco”. Assim, é consenso que o conhecimento do risco é um elemento crucial para o desenvolvimento de qualquer política dirigida à aids (AYRES *et al.* 2009).

No entanto, devido ao quadro epidemiológico diversificado da epidemia, a infecção pelo HIV, que aparentemente acometia apenas as pessoas pertencentes aos denominados “grupos de risco”, passou a acometer outros segmentos populacionais (SOUZA, 2001). Assim, a mudança da conceituação de “grupos de risco” para “comportamentos de risco” reduziu a estigmatização e a exclusão de grupos e populações específicas em relação à epidemia, ampliando a preocupação com o problema e estimulando um envolvimento ativo dos indivíduos com a prevenção (AYRES *et al.*, 2009).

Prosseguindo no entendimento da evolução das análises epidemiológicas do HIV/aids, o conceito de vulnerabilidade aparece no intuito de buscar um novo horizonte para situar e articular riscos, causalidades e determinações, trazendo a saúde e a doença para o campo da vida real, onde esses processos ganham sentidos particulares (MEYER; MELLO; VALADÃO, 2006)

Nos dias atuais, as populações classificadas como vulneráveis, de acordo com a OMS (2006) são: HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e presidiários. No entanto, outros segmentos populacionais também estão vulneráveis à infecção pelo HIV, como as mulheres, também as que apresentam parceria estável e da terceira idade, os jovens, e as pessoas que vivem na pobreza ou ainda em áreas onde os serviços de saúde não estejam presentes ou disponíveis.

Sob esta concepção, existe o entendimento de que as populações consideradas vulneráveis apresentam suscetibilidades desiguais no contexto da epidemia do HIV e aids e necessitam de uma atenção diferenciada para que sejam realizadas intervenções que busquem

minimizar o risco de infecção por HIV e adoecimento por aids, bem como redução das vulnerabilidades (BRIGNOL, 2013).

Além disso, torna-se essencial a produção e a divulgação de conhecimentos acerca destas populações, sua caracterização sociodemográfica, suas práticas, sua identidade, seu histórico e suas características específicas relativas ao contexto social em que vivem.

No contexto das publicações internacionais e nacionais de temas relacionados às epidemias do HIV e aids, a categoria HSH vem sendo usada de forma consensual nos últimos anos para reunir os homens que têm práticas sexuais com outros homens com distintas identidades sexuais.

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

Desta maneira, cabe salientar que as formas de transmissão do HIV estão associadas ao contato com o sangue e outros fluidos corporais. Assim, o contato de vários desses fluidos (esperma, secreções vaginal e anal, sangue) com as mucosas oral, vaginal e anal durante o ato sexual, quando praticado de forma desprotegida, possibilita a entrada facilitada do vírus no organismo humano.

Algumas práticas sexuais são consideradas de menor ou maior risco, relacionadas ao grau de possibilidade de infecção. A prática sexual anal corresponde à prática de maior risco para infecção pelo HIV. Logo, a categoria HSH é considerada uma das mais expostas ao vírus.

Dessa forma, ratifica-se a importância do uso do preservativo durante as relações sexuais, pois esse método é capaz de impedir o contato entre os fluidos corporais e eventuais fissuras, barrando, dessa maneira, o caminho de entrada do vírus no corpo humano.

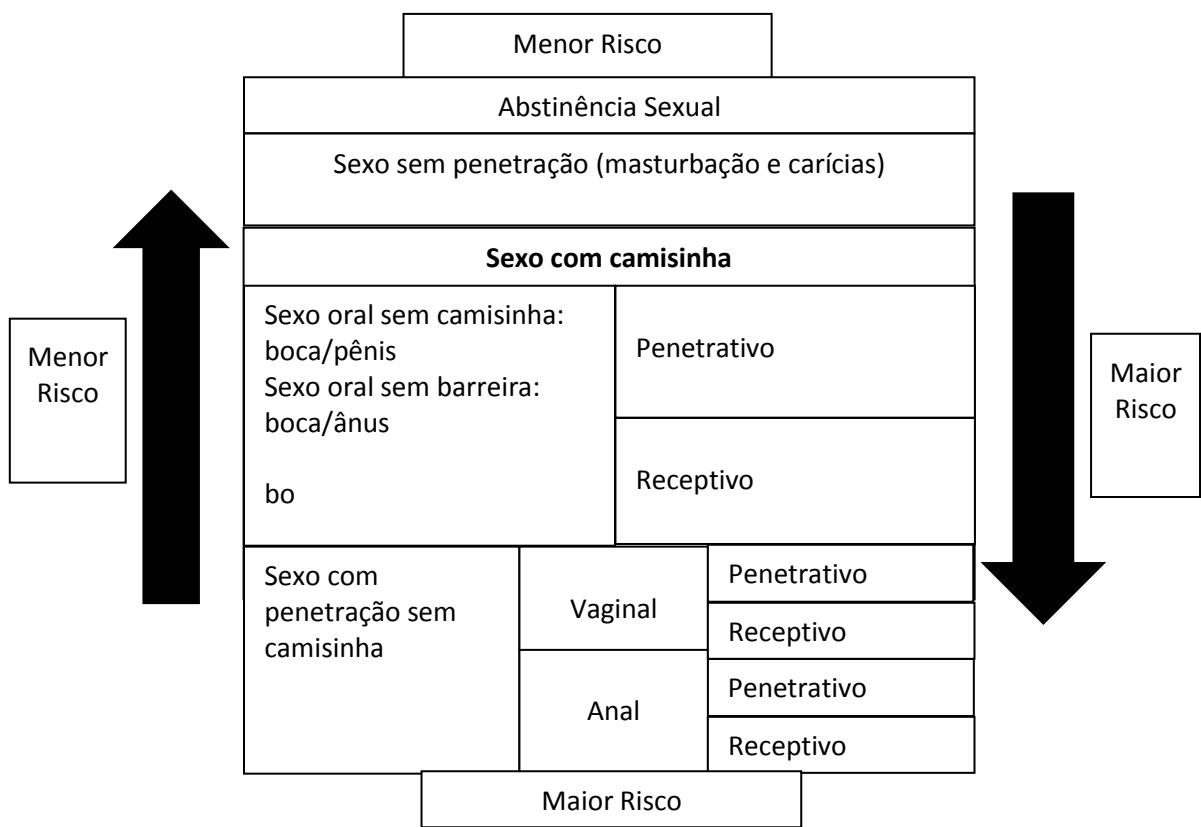
A escolha das práticas sexuais adotadas, bem como o uso ou não do preservativo pode representar, além da motivação pessoal, aspectos da vulnerabilidade social, relacionada a alguns grupos populacionais devido às desigualdades sociais, e levando a maior suscetibilidade de infecção pelo HIV/aids.

Esta vulnerabilidade está associada a questões complexas, como é o caso do estigma, que marca a homossexualidade de forma negativa, sendo este grupo visto como “marginal” – pervertido, criminoso e pecador – pela sociedade em geral. Esse estigma atinge

diretamente a auto-estima desse segmento, uma vez que o respaldo da sociedade em que se vive é necessário para reforçar o significado das atitudes sociais (BRASIL, 2008).

No caso dos HSH a questão se agrava, quando na falta da possibilidade e legitimidade sociais do amor e do sexo entre iguais, eles buscam ambientes isolados e perigosos para a prática do sexo casual. Essa situação gera, também, menor possibilidade de negociação do sexo seguro, como uma medida de prevenção e de cuidado com a saúde (BRIGNOL, 2008).

Figura 1 - Diagrama demonstrativo da hierarquia de prevenção da infecção pelo HIV/aids, segundo os diferentes tipos de práticas sexuais.



Fonte: Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais, BRASIL, 2002.

Além disso, soma-se o fato de ainda existirem muitos profissionais de saúde com uma visão preconceituosa em relação à homossexualidade, que pode contribuir para afastamento desse público usuário do serviço de saúde, dificultando o acesso ao preservativo, à informação, aos exames e ao cuidado com a saúde.

Esse mesmo estigma pode ser dimensionado para o mercado de trabalho, acrescido ao fato das diferenças entre as classes sociais exercerem poderosa força nesse campo. Ademais, as relações raciais existentes na nossa sociedade colocam os homossexuais

negros em situação de maior vulnerabilidade social que aqueles de cor branca (BRASIL, 2002). Portanto, a educação em saúde direcionada para esse segmento da população deve considerar as especificidades das características socioculturais dos HSH, priorizando a atenção no modo pelo qual as pessoas expressam e vivenciam sua sexualidade.

3.3 Vulnerabilidade à aquisição de DST/aids entre homens que fazem sexo com homens: estado da arte

Nas últimas três décadas, a aids têm sido um problema crítico de saúde, sobretudo para a população homossexual. Nesse período, diversos estudos foram desenvolvidos pela comunidade acadêmica mundial com o objetivo de identificar o envolvimento em relações sexuais desprotegidas, e esses achados têm revelado que um grande contingente da população homo e/ou bissexual continua assumindo práticas de risco, o que reforça a alta e persistente vulnerabilidade desse subgrupo.

Portanto, torna-se fundamental realizar um levantamento desses estudos, a fim de que se alcance uma maior compreensão dos condicionantes de risco e do contexto de vulnerabilidade em que a referida população encontra-se inserida.

Dessa forma, realizou-se uma revisão integrativa das produções científicas da área da saúde, incluindo artigos completos relacionados aos estudos da vulnerabilidade dos HSH ao risco de infecção pelas DST/aids.

A presente revisão permitiu a identificação, a análise e a síntese dos resultados de estudos, com o objetivo de fornecer uma compreensão mais profunda de determinado fenômeno. Este tipo de abordagem é considerada uma ferramenta importante no campo da saúde, uma vez que resume os estudos disponíveis sobre uma temática, ajudando a direcionar a prática profissional (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A primeira fase da revisão consistiu na delimitação do tema e na elaboração da seguinte questão norteadora da pesquisa: O que tem sido produzido pelo setor saúde na literatura nacional e internacional acerca da condição de vulnerabilidade à aquisição das DST/aids de HSH?

Posteriormente, realizou-se a busca por artigos indexados na base de dados Bireme utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O levantamento dos artigos deu-se por meio dos DeCS: “comportamento sexual”, “homossexualidade masculina”, “fatores de risco” e “sexo sem proteção”, combinados simultaneamente.

Pela Bireme, é possível consultar simultaneamente as bases de dados selecionadas para busca dos artigos, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis And Retrieval System On-Line (Medline), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e no portal de revistas Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

Na segunda fase, estabeleceu-se como critérios de inclusão para a seleção das publicações: artigos em português, inglês ou espanhol com resumos e textos completos disponíveis nas bases de dados supracitadas; artigos originais, ou seja, artigos que divulgasse os resultados de uma pesquisa de campo; estudos realizados com seres humanos; artigos que tratasse da vulnerabilidade às DST/aids de HSH e artigos publicados nos últimos cinco anos (2008 e 2012). A busca aos bancos de dados aconteceu no dia 07 de janeiro de 2013.

Na fase seguinte, utilizou-se para coleta de dados o instrumento de Campos (2005) (Anexo A) adaptado para o objeto deste estudo, a fim de identificar as características dos estudos, como: identificação (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação), tipo de publicação, objetivo, população, amostra, metodologia, categorização do tema, resultados e conclusões, base de dados.

Antes da aplicação do instrumento de pesquisa, realizou-se uma leitura criteriosa dos artigos para excluir os trabalhos que não abordassem a vulnerabilidade às DST/aids entre HSH. A seguir, na quarta fase, avaliou-se os estudos quanto ao seu delineamento, representatividade, resultados encontrados e relevância. No quinto passo, relativo à interpretação dos achados, procedeu-se à leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, por meio da qual os textos foram agrupados e submetidos à análise.

No último passo, relacionado à divulgação do conhecimento sintetizado e avaliado na presente revisão, os resultados encontrados foram descritos em frequências absoluta e relativa, e apresentados em forma de tabelas ilustrativas.

Ao final da implementação dessas fases alcançou-se os seguintes resultados: a base de dados BDENF forneceu 371 artigos com o descritor comportamento sexual. Ao incluir o termo “homossexualidade masculina”, a busca revelou ocorrência de 04 artigos. Combinando o termo fatores de risco não ocorreram publicações. Esse fato demonstra a escassez de pesquisas desenvolvidas pela enfermagem que sejam voltadas para a compreensão do universo que envolve práticas de risco associadas à homossexualidade.

Na busca no portal de revistas SciELO, utilizando o descritor “comportamento sexual”, encontrou-se 509 artigos. Ao acrescentar o termo homossexualidade não se acarretou a ocorrência de artigos.

Na base de dados Lilacs foram encontrados 3032 títulos, ao incluir a expressão “homossexualidade masculina” esse número foi reduzido para 111, acrescentando o descritor fatores de risco encontrou-se 17 títulos. A combinação com o descritor “sexo sem proteção” resultou no achado de um artigo que foi selecionado para compor a revisão integrativa.

A pesquisa na base de dados Medline revelou 134 referências com os quatro descritores combinados. Destes, 103 referências foram publicadas a partir de 2008. Após uma leitura seletiva dos resumos, 16 produções não se enquadram nos critérios de inclusão supracitados. Assim, restaram 87 artigos a serem obtidos na íntegra para aplicação do instrumento de coleta.

Tabela 1 - Seleção dos artigos de pesquisa na base de dados Lilacs, Medline, Bedenf, SciELO de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, Fortaleza, CE, janeiro, 2013.

	Lilacs	Medline	BDENF	SciELO	Total
Produção encontrada	01	133	00	00	134
Não aborda a temática do estudo	-	18	-	-	18
Repetido	-	-	-	-	-
Não está disponível eletronicamente	-	44	-	-	44
Não é artigo de pesquisa	-	02	-	-	02
Não é produção dos últimos cinco anos	-	31	-	-	31
Total Selecionado	01	39	-	-	40

A seguir, realizou-se uma exaustiva busca nas bases de dados e nos arquivos dos endereços eletrônicos dos periódicos, encontrando-se 39 artigos na íntegra que foram submetidos à leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, por meio da qual os textos foram agrupados e submetidos à análise, conforme referenciado por Mynaio (2007).

Os dados foram coletados seguindo o instrumento de coleta, a fim de identificar as variáveis: ano de publicação, idioma da publicação, local do estudo, tipo de estudo, técnica de recrutamento da amostra e objeto de estudo.

Os achados encontrados foram codificados no banco de dados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e os resultados descritos por meio de frequências, apresentados em forma de tabelas, expostas a seguir.

A caracterização dos artigos incluídos na revisão com os respectivos autores, ano de publicação, país, delineamento do estudo foi ilustrada nas tabelas a seguir.

Tabela 2 - Estudo incluído na revisão integrativa sobre práticas sexuais de risco de HSH. Fortaleza, CE, janeiro, 2013. Fonte Lilacs

ESTUDO	ANO	PAÍS	TIPO DE PESQUISA	CATEGORIA
Brignol, S.; Dourado, I.	2011	Brasil	Transversal	Práticas Sexuais de Risco

Tabela 3 - Estudos incluídos na revisão integrativa sobre práticas sexuais de risco de HSH. Fortaleza, CE, janeiro, 2013. Fonte Medline

ESTUDO	ANO	PAÍS	TIPO DE PESQUISA	CATEGORIA
Alvy, LM., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Berg, RC.	2008	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Brahmam, GNV., et al.	2008	India	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Browne, DC., et al.	2009	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Coleman, E., et al.	2010	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
El-Sayyed, N.; Kabbash, IA.; El-Guenedy, M.	2008	Egito	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Grov, C.; Parsons, JT.; Bimbi, DS.	2008	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Han, C.	2008	Japão	Qualitativo	Práticas Sexuais de Risco
Hatzenbuehler, ML. et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Kelly, BC., et al.	2009	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Lambert, G., et al.	2011	Canadá	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Lane, T.; Shade, SB.; McIntyre, SFM.	2008	África	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Lau, JTF., et al.	2009	China	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Lau, JTF., et al.	2009	China	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Lim, S.H., et al.	2012	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Lo, SC., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Mayer, KH., et al.	2010	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Moskowitz, DA., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco

Mustanski, B.	2008	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Oster, AM., et al.	2011	EUA	Caso-controle	Práticas Sexuais de Risco
Pollock, JA.; Halkitis, PN.	2009	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Prestage, G., et al.	2010	Austrália	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Prestage, GP., et al.	2009	Austrália	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Rosser, BRS., et al.	2009	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Rosser, BRS., et al.	2009	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Salomon, EA., et al.	2009	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Semple, SJ., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Serovich, JM., et al.	2009	EUA	Randomizado controlado	Intervenções de prevenção ao HIV/AIDS
Solomon, TM., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Stein, D., et al.	2012	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Thomas, B., et al.	2009	Índia	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Wei, C., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Welles, SL., et al.	2008	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Wells, BE., et al.	2011	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Wilson, PA.; et al	2008	EUA	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Wilton, L., et al.	2009	EUA	Randomizado controlado	Intervenções de prevenção ao HIV/AIDS
Woodford, MR., et al.	2012	Índia	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Zekan, S., et al.	2008	Croácia	Transversal	Práticas Sexuais de Risco
Zhong, F., et al.	2011	China	Transversal	Práticas Sexuais de Risco

Considerando o ano em que os artigos foram publicados, 25%(10) artigos foram publicados em 2008, 30%(12) em 2009, 7,5%(3) em 2010, 30% em 2011 e 7,5%(3) em 2012. Evidencia-se um número elevado de publicações recentemente, culminando em uma maior efervescência de publicações no ano de 2011. A partir desse ano, observa-se um declínio nas publicações, sobretudo no ano de 2012, quando apenas três artigos foram encontrados. Tal

fato pode ser explicado pelo pouco tempo para indexação das publicações do ano mais recente.

No que concerne aos locais de realização das pesquisas, percebe-se que a maioria dos estudos analisados é procedente dos Estados Unidos da América (EUA), que representou 65% dos artigos selecionados. Ainda se destaca a China e a Austrália, que revelaram o interesse no estudo dessa população específica. No Brasil, observou-se uma escassez de estudos sobre a temática em questão, aparecendo com apenas 2,5% (1) das publicações.

Cabe ressaltar que o único estudo brasileiro incluído na revisão realizou-se na Bahia, referente a um inquérito sociocomportamental de 487 HSH usuários de internet com os dados coletados online, com evidência de que o sexo anal desprotegido é uma prática frequente entre os HSH entrevistados (BRIGNOL; DOURADO, 2011).

A análise do tipo de estudo realizado com a população de HSH revelou que a maioria das pesquisas foi do tipo transversal, representando 87,5% (35) do total de artigos analisados. Nesse tipo de pesquisa, as aferições acontecem em uma ocasião ou durante um curto período de tempo.

Estudos de coorte, caso-controle e ensaios clínicos são escassos; tal fato pode ser explicado pela dificuldade de acompanhar uma amostra dessa população, já que se trata de um segmento populacional com comportamentos e práticas sexuais muitas vezes não aceitos socialmente, além da inexistência de serviços de saúde especializados no atendimento a essa clientela. Ademais, esses estudos requerem mais tempo do pesquisador e investimento financeiro.

Dos 40 artigos incluídos na revisão integrativa, 95% (38) dos trabalhos científicos foram categorizados em Práticas sexuais de risco e apenas 5% (2) em Intervenções de prevenção do HIV/aids.

Na categoria Práticas Sexuais de Risco foram incluídos os trabalhos que aprofundavam o conhecimento dos comportamentos sexuais, fatores de risco e aspectos psicológicos que estão associados à aquisição do HIV/aids entre HSH.

Esta categoria de análise revelou uma considerável concentração de publicações que enfocaram o uso de substâncias como fator de risco para aquisição de DST/aids entre HSH, totalizando 20% (8) dos 40 artigos analisados. As principais substâncias apontadas pelos estudos foram as drogas injetáveis, especialmente a substância denominada cristal metanfetamina, além do álcool, cocaína, substâncias para disfunção erétil, entre outras.

As anfetaminas são drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), capazes de gerar quadros de euforia. Os cristais de metanfetaminas, como o ice ou o crystal

podem ser fumadas em cachimbos de vidro, podendo também ser injetadas ou inaladas. O uso endovenoso produz um quadro de intenso prazer, sensação de poder, hiperexcitabilidade, euforia e aumento da libido (RIBEIRO; MARQUES, 2002).

As características sociais e comportamentais de 155 HSH soropositivos para HIV que negociam sexo pela metanfetamina foram investigadas em pesquisa da Universidade da Califórnia, sugerindo que esta pode ser uma nova forma de transmissão primária do vírus (SEMPLE *et al.*, 2011). Outro estudo investigou a relação da abstinência do uso metanfetamina e o comportamento sexual de risco para infecção pelo HIV em uma amostra de conveniência de 738 HSH de Nova York. A pesquisa indicou que 10,2% dos sujeitos usaram metanfetamina recentemente (nos 90 dias anteriores) e que 29,9% da amostra tiveram um episódio de sexo anal desprotegido (GROV; PARSONS; BIMBI, 2008).

O comportamento sexual e os fatores de risco entre os HSH foram objetos de estudo investigados em uma parcela significativa dos artigos analisados, destacando-se pesquisa desenvolvida na Índia por meio de entrevistas com 210 HSH com vistas a identificar comportamentos de risco entre os respondentes. Constatou-se a prática relatada do sexo anal desprotegido nos últimos 3 meses por 25% dos participantes, indicando a alta prevalência de envolvimento desse segmento em relações sexuais inseguras (THOMAS *et al.*, 2009).

Atualmente, a internet configura-se como um importante meio de comunicação e interação social, tendo em vista o acesso cada vez mais ampliado a essa tecnologia e a criação de redes e espaços que facilitam o contato entre as pessoas para os mais variados interesses. Dessa forma, diversos estudos buscaram relacionar o envolvimento de HSH com comportamento sexual de risco e o uso da internet.

Pesquisas dessa natureza compuseram uma considerável parcela dos artigos avaliados nessa busca bibliográfica. Assim, estudo conduzido nos EUA analisou os comportamentos de risco de 240 HSH que utilizavam a internet para buscar parcerias sexuais, encontrando prevalência elevada de sexo anal desprotegido e outros riscos entre os usuários da internet (BERG, 2008).

Coleman *et al.* (2010) exploraram a relação entre a compulsão sexual e a prática do sexo anal desprotegido entre 2716 HSH que buscavam parceiros sexuais por meio da internet. Completou-se um questionário online com informações sobre seus comportamentos sexuais com parceiros recrutados pela forma digital, encontrando relatos de práticas sexuais desprotegidas nesse tipo de relacionamento.

Nesse sentido, pode-se inferir que o ambiente virtual merece uma atenção diferenciada pelos programas de combate à disseminação do HIV/aids, afinal, foi

demonstrado o uso desse meio para o encontro de parceiros sexuais. Logo, torna-se fundamental utilizar essa tecnologia como um importante espaço de divulgação de informações para a prática do sexo seguro, sobretudo em sites ou redes sociais que tenham os HSH como público-alvo.

Os estudos categorizados como Intervenções de Prevenção ao HIV/aids abordavam a realização de estratégias de intervenção que objetivavam a redução dos níveis de transmissão do HIV/aids entre HSH. Apenas dois dos estudos analisados compuseram essa categoria.

Serovich *et al.* (2009) desenvolveram uma intervenção para auxiliar os HSH soropositivos a revelar o estado sorológico aos seus parceiros sexuais casuais, por meio de um estudo piloto que consistiu de quatro sessões que abordavam principalmente os custos e benefícios da divulgação.

Tais achados demonstram a necessidade da implementação de programas que visem a redução dos riscos da infecção pelo HIV, considerando as questões de identidade que envolvem esse segmento populacional. O levantamento das informações produzidas pelos diversos estudos realizados ao redor do mundo foi imprescindível para a compreensão do contexto que envolve a população homossexual. Essa análise pode ampliar os horizontes de outros pesquisadores e revela as reais necessidades desse subgrupo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional com componentes descritivos e analíticos. Uma pesquisa com abordagem quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, as opiniões e as informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão) (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Os estudos transversais são pesquisas do tipo não-experimental que se caracterizam pela realização das aferições em uma ocasião ou durante um curto período de tempo (HULLEY *et al.*, 2008). Segundo Polit e Beck (2011), correlação é uma inter-relação ou associação entre duas variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra. Portanto, os estudos correlacionais são aqueles em que um fenômeno observado é relacionado a outro fenômenos ocorridos.

4.2 Local do estudo

O recrutamento da amostra aconteceu em locais de sociabilidade gay, seguindo uma tendência observada na maioria dos estudos realizados com a referida população (BRIGNOL, 2008; LIMA *et al.*, 2008; RAXACH *et al.*, 2007). Segundo Mott (2000), designa-se como “cena gay” as áreas urbanas tornadas nichos específicos para diferentes tribos da comunidade homossexual, sendo locais favoráveis para o desenvolvimento de potencialidades da população em questão, pois é onde estes indivíduos sentem-se seguros e à vontade.

Um estudo etnográfico na noite gay fortalezense realizado por Coelho (2009) descreve espaços de sociabilidade homossexual na região central da cidade. O estudo fornece uma descrição minuciosa da boate Divine e dos bares que se localizam no seu entorno. A etnografia construída auxiliou na seleção dos locais para realização da presente pesquisa.

Portanto, o estudo em questão foi realizado em locais de sociabilidade gay de Fortaleza que compõe a rede de circulação dos HSH. Assim, foram escolhidos para a realização da coleta um bar e uma boate direcionados à população homossexual, localizados na região central da cidade, integrando parte da cena gay da cidade de Fortaleza-CE.

Esses locais foram considerados convenientes para a realização do estudo por possuírem uma programação fixa nos finais de semana que garantem uma frequência esperada de HSH. O bar selecionado tem suas atividades realizadas apenas nas sextas-feiras e possui capacidade máxima para trezentos clientes em seu interior. Enquanto, a boate abre todas as sextas-feiras, sábados e domingos e possui capacidade máxima para seiscentas pessoas. A boate selecionada foi inaugurada no ano 2000 e, atualmente, é reconhecida como um dos principais locais de sociabilidade gay da cidade de Fortaleza, devido à tradição na execução de atrações artísticas e culturais, como a apresentação de performers, drag queens e travestis (COELHO, 2009).

Além disso, os locais escolhidos apresentam uma concentração de frequentadores à frente dos estabelecimentos em rodas de conversas que facilitaram a abordagem dos entrevistadores, sendo desnecessária a entrada dos mesmos nos estabelecimentos selecionados.

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu os HSH que frequentam a cena gay de Fortaleza. A amostra do estudo foi obtida por conveniência, uma vez que se sabe da existência de inúmeras dificuldades em elaborar amostras probabilísticas e representativas da população de HSH, considerando que esta possui comportamentos sexuais não explícitos e muitas vezes não socialmente aceitos.

Desse modo, empregou-se a amostragem não-probabilística, tendo em vista ser esse método utilizado em situações que não seja possível construir uma amostra-padrão adequada de locais ou situações onde integrantes de uma subpopulação se reúnam (POLIT; BECK, 2011).

Ressalta-se que apesar da amostragem não probabilística por conveniência poder produzir alguns vieses, esta gera dados relevantes, sendo, portanto, amplamente utilizada nos estudos direcionados à população HSH (LIMA *et al.*, 2008). Assim, o tamanho amostral foi calculado por meio da fórmula para populações infinitas, considerando-se o desconhecimento do número real da população de HSH.

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

$$e^2$$

onde,

n = Tamanho da Amostra

σ = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão

p = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica

q = Percentagem complementar (100-p)

e = Erro máximo permitido

N = Tamanho da população

O cálculo do tamanho da amostra baseou-se, ainda, na prevalência da variável de interesse “não uso do preservativo” pela população HSH; assim considerou-se a proporção de uso do preservativo de p= 20%, de acordo com estudo de Lima *et al.* (2008).

Logo,

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,20 \cdot 0,80}{(0,05)^2} = 246$$

Dessa forma, a amostra foi estimada em 246 HSH, maiores de dezoito anos, brasileiros, que tivessem tido pelo menos um encontro sexual no último ano. Foram excluídos do estudo os sujeitos que após a abordagem inicial não se definissem HSH, sujeitos sob efeito de substâncias entorpecentes (álcool, drogas, etc) e sujeitos transexuais, travestis e/ou transgêneros. A exclusão desse segmento se justifica pelo entendimento de que os travestis, transexuais e transgêneros possuem comportamentos e práticas específicas que os diferenciam do segmento HSH, além de questões de identidade, de estigma e de preconceito que são reconhecidas por políticas e programas para promoção da saúde desses subgrupos (BRASIL, 2010b). Ademais, no intuito de reduzir possíveis perdas durante o processo de codificação e análise realizou-se um total de 257 entrevistas, que compuseram a amostra do estudo.

4.4 Instrumento de coleta

O instrumento (Apêndice A) utilizado foi um formulário estruturado, exclusivamente com perguntas fechadas. As questões foram construídas a partir da adaptação da pesquisa sobre sexualidade brasileira e de instrumentos utilizados em estudos de âmbitos locais e nacionais (BRASIL, 2005; BRIGNOL, 2008; SOUZA, 2006).

No intuito de conferir maior credibilidade ao instrumento, foi realizada uma validação de face e conteúdo, na qual o instrumento foi submetido à avaliação (Apêndice B). Os juízes foram selecionados de acordo com critérios construídos, devendo obter pontuação mínima de 5 pontos.

A validação foi realizada por três juízes doutores e pesquisadores com publicações na área de saúde sexual e reprodutiva de grupos específicos, após realização de convite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

Quadro 2 - Critérios construídos para seleção de experts para validação de face e de conteúdo

JUÍZES/ESPECIALISTAS	PONTUAÇÃO
Possuir tese na área de interesse*	3 pontos
Possuir dissertação na área de interesse*	2 pontos
Ser especialista na área de interesse*	1 ponto
Participação em grupos/projetos de pesquisa na área de interesse*	1 ponto
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na área de interesse*	2 pontos/ ano
Artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse*	1 ponto/trabalho

* Área de interesse: promoção da saúde sexual e reprodutiva de grupos específicos

O instrumento validado pelos juízes é composto por quatro partes, descritas a seguir:

PARTE 1: Caracterização sócio-demográfica (1.1 Idade, 1.2 Escolaridade, 1.3 Estado civil, 1.4 Religião, 1.5 Cor auto-referida, 1.6 Mora com 1.7 Ocupação, 1.6 Renda);

PARTE 2: Identidade Sexual (2.1 Termo para definir a sexualidade, 2.2 Apoio da família, 2.3 Frequência em locais de sociabilidade gay)

PARTE 3: Histórico sexual (3.1 Idade da 1^a relação sexual, 3.2 Idade da primeira relação com homem, 3.3 Relação heterossexual, 3.4 Parceria fixa, 3.5 Gênero do parceiro, 3.6 Tempo de parceria, 3.7 Idade do parceiro, 3.8 Vida sexual nos três meses, 3.9 Número de parceiros nos últimos três meses, 3.10 Número de parceiros no último ano, 3.11 Número de parceiros na vida, 3.12 Prática de sexo virtual, 3.13 História de DST, 3.14 Realização do tratamento, 3.15 Realização de teste anti-HIV)

PARTE 4: Práticas sexuais (4.1 Sexo oral, 4.2 Preservativo no sexo oral, 4.3 Sexo anal, 4.4 Preservativo no sexo anal, 4.5 Relação sexual desprotegida nos últimos seis meses).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu durante os meses de dezembro de 2010 a março de 2011. Os entrevistadores eram alunos de graduação e de pós-graduação do curso de

enfermagem da Universidade Federal do Ceará que integravam o Programa de Educação Tutorial (PET) e o Projeto Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. Toda a equipe de entrevistadores foi orientada quanto à segurança pessoal de acordo com os locais onde se desenvolveram as entrevistas, quanto à forma de abordagem dos entrevistados e quanto ao preenchimento adequado do formulário.

A coleta de dados aconteceu durante os finais de semana. A equipe dirigia-se às sextas-feiras ao bar supracitado, enquanto à boate aos domingos. O horário de chegada da equipe variou de acordo com o local, no bar a equipe começava os trabalhos por voltas das 22:00 horas, horário em que o bar começava a funcionar. Enquanto na boate, os trabalhos se iniciavam por volta das 20:00 horas, pois aos domingos o funcionamento da boate se iniciava mais cedo.

A equipe foi orientada a se vestir de maneira discreta com calça jeans e camiseta branca, como uma maneira de não chamar muito atenção e garantir a segurança. A equipe permanecia no local em média umas três horas e realizava em média cinquenta entrevistas por dia de coleta.

Os sujeitos eram abordados de maneira aleatória, antes de ingressar nos locais supracitados, sendo convidados para a participação no estudo. A equipe realizava a abordagem inicial, obtinha a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) e preenchia o formulário de entrevista em um ambiente mais afastado dos amigos e dos ruídos que proporcionasse o máximo de privacidade possível.

4.6 Apresentação e análise dos resultados

O programa SPSS, versão 19.0, foi utilizado para construção do banco de dados e tratamento estatístico. A primeira fase da análise estatística consistiu na realização de componentes descritivos, por meio dos cálculos das frequências (absolutas, relativas, intervalo de confiança), de medidas de tendência central e de medidas de dispersão. Para as medidas de tendência central, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de identificar a normalidade de distribuição dos dados.

Na fase de inferência estatística foram investigadas associações entre as variáveis dependentes e independentes do estudo. As variáveis independentes foram a idade, escolaridade, estado civil, religião, cor auto-referida, renda, ocupação, identidade sexual, relacionamento com a família, relação heterossexual, parceria fixa, tempo de parceria, idade do parceiro, número de parceiros nos últimos três meses, número de parceiros no último ano,

número de parceiros na vida, sexo oral, sexo anal, sinal/sintoma de DST, realização do tratamento.

Para tanto, considerou-se como variável dependente a relação sexual desprotegida nos últimos seis meses. Realizou-se análise bivariada usando o teste qui-quadrado de Pearson, com adoção do nível de significância menor que 0,05. A análise comparativa das médias foi realizada pelo ANOVA e pelo teste t de Student. Posteriormente, os resultados foram apresentados na forma de tabelas ilustrativas, categorizados segundo as sessões do instrumento e discutidos conforme a literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos

Os aspectos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos foram respeitados, segundo a norma para a pesquisa contida na 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). As entrevistas aconteceram de maneira individual após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se os direitos à confidencialidade e ao sigilo de identidade. A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovada sob protocolo número 247/10.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos envolvidos no estudo realizou-se por meio da análise descritiva das seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, religião, cor autorreferida, indivíduos de coabitação e renda mensal.

Tabela 4 - Distribuição das características sociodemográficas de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

<i>Caracterização sociodemográfica</i>	n	%	Kolmogorov-Smirnov	Mediana ± DP
Faixa etária (n= 257)				
18 – 24	117	45,5	p = 0,000	25,00 ± 7,53
25 – 29	66	25,7		Mín: 18
30 – 55	74	28,8		Máx: 55
Escolaridade (n=257)				
Fundamental Incompleto	3	1,2		
Fundamental Completo	4	1,6		
Médio Incompleto	21	8,2		
Médio Completo	112	43,6		
Superior Incompleto	58	22,6		
Superior Completo	40	15,6		
Pós-graduação	19	7,4		
Estado civil (n=257)				
Solteiro	222	86,4		
Casado/unido consensualmente com homem	29	11,3		
Separado	2	0,8		
Divorciado	4	1,6		
Religião (n=257)				
Católica	136	52,9		
Evangélica	25	9,7		
Afrobrasileira	12	4,7		
Ateu	3	1,2		
Espírita	10	3,9		
Nenhuma	69	26,8		
Cor autorreferida (n=257)				
Branca	57	22,2		
Negra	32	12,5		
Parda	148	57,6		
Amarela	12	4,7		
Não sabe	8	3,1		
Indivíduos de coabitação (n=257)				
Pais/parentes	152	59,1		
Amigos	28	10,9		
Com parceiro	26	10,1		
Nenhum/Sozinho	51	19,8		
Renda mensal (n=257)				
Até 1 salário mínimo(SM)*	59	22,9	p = 0,000	900,00 ±

Mais que 1 até 2 SM	84	32,6	1709,5
Mais que 2 até 5 SM	86	33,4	Mín:0
Acima de 5 SM	28	10,8	Máximo:15000

*Salário mínimo vigente em 2011: 545,00

No tocante à idade, todos os participantes eram maiores de 18 anos no momento da entrevista. Observou-se uma predominância da faixa etária de 18 a 24 anos com representação de 45,5% (117) dos entrevistados. A mediana de idade foi de 25 anos, sendo a mínima de 18 e a máxima de 55 anos, com desvio padrão de 7,53. Esse achado permite inferir que a amostra em estudo é composta, majoritariamente, por jovens HSH com idade de 24 anos ou menos. Tal fato pode ter a influência da forma de recrutamento dos sujeitos envolvidos na pesquisa, ou seja, por meio da amostragem por conveniência, uma vez que a maior parte dos frequentadores dos locais de sociabilidade gay é composta por jovens em busca de diversão e entretenimento.

Dos sujeitos estudados, 89,2% (229) eram HSH alfabetizados, com nível educacional de, no mínimo, ensino médio completo. No que concerne ao estado civil, o estudo revelou uma amostra composta majoritariamente por solteiros, representando 86,4% (222) do total de entrevistados. Quando associados aos separados/divorciados, esse número sobe para 88,8% (228).

De maneira semelhante à variável idade, os achados relacionados ao estado civil podem estar relacionados à forma de recrutamento da amostra em estudo, considerando que grande parte da população frequentadora dos locais de sociabilidade gay, espaço escolhido para a realização da pesquisa, é formada por indivíduos em busca de encontros amorosos e/ou sexuais.

Relativo à variável religião observa-se uma predominância da religião católica com 52,9% (136) dos HSH. Essa predominância da religião católica encontrada entre os HSH segue as estatísticas brasileiras relacionadas à prevalência das religiões no país. Salienta-se que na presente pesquisa, a ausência de religião foi mencionada por 26,8% (69) dos entrevistados, enquanto na população geral esse percentual é de apenas oito.

No que concerne à cor autorreferida, a grande maioria, 57,6% (148), definiu-se como pardos, que pode estar relacionada à miscigenação presente na região Nordeste brasileira. Quanto à variável indivíduos de coabitacão a maioria dos entrevistados, 59,1% (152) revelou morar com pais/parentes. Esse achado pode estar relacionado à predominância de jovens que compõe a amostra, uma vez que nessa faixa etária ainda pode existir dependência econômico-financeira dos pais ou da família.

No que se refere à renda mensal, a mediana foi 900,00, variando de nenhuma renda a 15.000,00, com desvio padrão de 1709,50. Optou-se por categorizar essa variável em salários mínimos, que na época do estudo era de 545,00. Dessa forma, 22,9% (59) dos HSH entrevistados relataram receber um salário até um mínimo, outros 32,6% (84) recebiam mais que um e menos que dois salários mínimos, e 36,4% (86) dos HSH relataram ganhar mais que dois salários mínimos e menos que cinco salários. Apenas 10,8% (28) possuíam remuneração superior a cinco salários mínimos.

5.2 Identidade sexual

Com vistas ao entendimento dos aspectos relacionados à identidade sexual dos HSH, foram analisadas descritivamente as variáveis: termo que melhor define a sexualidade, apoio familiar e frequência em lugares de sociabilidade homossexual.

No que se refere ao termo que define a sexualidade, houve predominância do termo homossexual, representando 44,7% (115), seguido pelo termo gay 22,2% (57). A população de “gays e outros HSH”, nos remete à reflexão de que os HSH não necessariamente se identificam com a identidade homossexual, daí a importância de se investigar os aspectos relativos à identidade sexual desse segmento.

Tabela 5 - Distribuição dos dados relativos à identidade sexual de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

<i>Identidade Sexual</i>	n	%
Termo que melhor define a sexualidade (n=257)		
Homossexual	115	44,7
Gay	57	22,2
Entendido	36	14
Bissexual	35	13,6
Homem	10	3,9
Simpaticizante	1	0,4
Apoio Familiar (n=257)		
Apóia	112	43,6
É indiferente	85	33,1
Não sabe	51	19,8
Não aceita	9	3,5
Frequenta lugares gays (n=257)		
Sim	247	96,1
Não	10	3,9

No universo homossexual, diversos termos do senso comum são dados às identidades, comportamentos e práticas que sugerem ou envolvem a atividade sexual entre

homens, como: gays, homossexuais, afeminados, bichas, veados, maricas, baitolas, entre outros.

Além disso, verifica-se uma tendência atual em se separar gays, outros HSH e travestis, verificado no documento oficial do Ministério da Saúde, entendendo que as populações requerem estratégias diferenciadas de intervenção e prevenção (BRASIL, 2008).

Alguma dessas denominações como evidenciam Fry e Macrae (1985), seguem o modelo de relacionamento sexual “homoerótico” clássico que predomina no Brasil, considerado “hierárquico”, no qual os parceiros se classificam pela sua posição no intercurso sexual. Esse modelo, mais conhecido nas subculturas sexuais populares, onde se insere o ativo masculino *versus* o passivo afeminado, torna-se ainda mais evidente no Nordeste brasileiro, devido às questões históricas, culturais e sociais. É nesse contexto que se coloca a ideia obrigatória do “papel passivo” da homossexualidade afeminada versus a masculinidade virilizada.

No entanto, o achado predominante no presente estudo demonstra que a maioria dos respondentes se definiu homossexuais/gays. Esse achado segue um modelo moderno, mais igualitário, que surge a partir da década de 1980, onde a bicha afeminada e “passiva” não mais se submete perante o macho viril e “ativo”, mas a um sujeito assumido como “homossexual”. Nessa lógica, a relação acontece de igual para igual, seguindo um modelo “gay/gay”. Esse modelo “igualitário” faz referência ao conceito mais homogêneo de homossexualidade, onde todos são igualmente gays, independentemente da posição assumida nas práticas sexuais (COSTA, 2010).

Quanto ao apoio familiar, este foi referido por 43,6% (112) dos HSH entrevistados e para 33,1% (85) a família se comporta com indiferença em relação à orientação sexual dos respondentes, a prática sexual com outros homens é desconhecida para as famílias de 19,8% (51) dos participantes, enquanto as famílias de 3,5% (9) não aceitam.

A frequência em lugares de sociabilidade homossexual foi investigada e revelou que a quase totalidade dos entrevistados, 96,1% (247), frequenta esses locais. Esse achado é compreensível, uma vez que o estudo foi desenvolvido nesses espaços. No entanto, cabe salientar que 3,9% (10) dos respondentes afirmaram não frequentar esses lugares apesar de terem sido abordados nesses locais. Tal fato pode ser explicado pela baixa frequência a esses locais pelos entrevistados que responderam não frequentar esses espaços.

5.3 Histórico sexual

O histórico sexual dos HSH foi descrito na tabela 6, composto pela idade da primeira relação sexual e homossexual, a realização de relação heterossexual, parceria fixa, gênero do parceiro, tempo de parceria, idade do parceiro, número de parceiros sexuais nos três últimos meses e na vida, sexo virtual, história de DST e tratamento e realização de teste anti-HIV.

Tabela 6 - Distribuição dos dados do histórico sexual de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

Histórico Sexual	N	%	Kolmogorov-Smirnov	Mediana ± DP
Idade da primeira relação sexual (n=257)				
6 – 12 anos	49	19,1		
13 - 19 anos	189	73,5		
20 – 30 anos	18	7		
Não lembra	1	0,4		
Idade da primeira relação homossexual (n=257)				
6 – 12 anos	37	14,4	p = 0,000	16,0 ± 4,9
13 - 19 anos	173	67,3		
20 – 30 anos	45	17,5		
Não lembra	2	0,8		
Relação Heterossexual na vida (n=257)				
Sim	169	65,8		
Não	88	34,2		
Possui parceiro fixo (n=257)				
Sim	104	40,5		
Não	153	59,5		
Gênero do parceiro (n=104)				
Masculino	104	100		
Tempo de parceria (n=104)				
Até 3 meses	19	18,2		
3 meses - 1 ano	23	22,1		
Entre 1 ano e 2 anos	22	21,1		
Entre 2 anos e 5 anos	24	23		
Mais que 5 anos	16	15,3		
Idade do parceiro (n=104)				
17 – 19 anos	11	10,5	p = 0,000	29 ± 9,7
20 - 30 anos	56	53,8		
31 - 40 anos	22	21,2		
41 - 55 anos	14	13,5		
Vida sexual nos três últimos meses (n=257)				
Sem relacionamento sexual	32	12,5		
Com parceiro fixo, sem relação com outros homens/mulheres	96	37,4		
Com parceiro fixo, mantendo relação com outros homens/mulheres	40	15,6		
Mantém relações esporádicas com diferentes homens/mulheres	89	34,6		

				p=0,000	2,0 ± 9,4
Número de parceiros nos últimos 3 meses (n=240)		100	41,6		
1		71	29,5		
2 - 3		38	15,8		
4 – 10		22	9,1		
11 – 20		6	2,5		
Acima de 20		12	5		
Não sabe					
Número de parceiros na vida (n=257)		5	1,9	p=0,000	3,0 ±57,38
1		14	5,4		
2 – 3		58	22,5		
4 – 10		20	7,7		
11 – 20		47	18,2		
Acima de 20		113	43,9		
Não sabe					
Sexo virtual (n=257)					
Sim		104	40,5		
Não		153	59,5		
História de DST (n=257)					
Sim		36	14		
Não		220	85,6		
Não lembra		1	0,4		
Tratamento das DST (n=36)					
Sim		30	83,4		
Não		6	16,6		
Realização de Teste Anti-HIV (n=257)					
Sim		191	74,3		
Não		66	25,7		

No referente à idade em que realizou a primeira relação sexual, uma expressiva maioria dos respondentes referiu a experiência com idade compreendida entre 13 e 19 anos, equivalendo a 73,5% (189) dos HSH estudados. A idade mediana de início sexual foi de 15 anos, variando de 6 a 23 anos, com desvio padrão de 3,5 anos.

A idade da primeira relação homossexual sexual também foi investigada, revelando-se que 67,3% (173) dos HSH a mantiveram na faixa etária de 13 a 19 anos, com mediana de 16 anos, variando de 6 a 34 anos.

Sobre o envolvimento em relações heterossexuais, 65,8% (169) dos HSH relataram a prática pelo menos uma vez na vida. Quanto à investigação da parceria fixa, 59,5% (153) responderam que não a mantinham. Cabe ressaltar que esse achado pode estar associado à forma de recrutamento, uma vez que a amostra estava presente em locais de sociabilidade gay, sendo mais comum o encontro de pessoas solteiras. A totalidade dos que relataram a parceria fixa revelou que seus parceiros eram homens.

A análise do tempo dessa parceria demonstrou que 59,4% (62) das parcerias fixas relatadas no estudo tinham duração de mais de um ano. Além disso, a idade do parceiro também foi investigada e predominou o intervalo de 20 a 30 anos com 53,8% (56), com

mediana de 29 anos, variando de 20 a 40 anos. Constata-se que a maioria dos parceiros, 75%(78), de maneira semelhante a faixa etária predominante na amostra é formada por adultos.

Com vistas ao melhor entendimento das práticas sexuais dos sujeitos que referiram parceria fixa, uma variável buscou analisar a atividade sexual dos HSH nos últimos três meses. Revelou-se que 87,5% (225) dos respondentes estavam com vida sexual ativa nesse período. Desses, 57,3% (129) mantiveram relação sexual com múltiplos parceiros, e apenas 42,6 (96) dos respondentes relatou manter-se fiel à parceria fixa. Relacionado ao número de parceiros sexuais nos últimos três meses, esse número variou de zero a 100 com mediana de parceiros de 2. Apenas 41,6% (100) dos sujeitos relataram apenas um parceiro no período. Informaram acima de 10 parceiros, 28% (11,6) dos entrevistados. Quanto ao número de parceiros na vida, a mediana foi de três parceiros com desvio padrão 57,3.

A investigação da prática do sexo virtual mostrou que 40,5% (104) dos entrevistados confirmaram essa prática. Em relação à história pessoal de DST, do total de entrevistados, 14% (36) relataram a aquisição de doença transmitida sexualmente em algum momento da vida. Nota-se que, embora o número de homens que afirmaram história pessoal de DST não seja o mais prevalente, este dado ainda é significativo tendo em vista a cadeia de transmissão e à vulnerabilidade decorrente do não uso do preservativo, o que demonstra a não adesão de práticas sexuais seguras com o uso da camisinha, constituindo fator potencializador da transmissão das DST nesta população.

Quanto à realização do tratamento das DST, dos 36 HSH que referiram alguma infecção prévia, 83,4% (30) afirmaram ter realizado o tratamento. Muitas vezes, a não realização do tratamento está associada a diversas questões como a falta de acesso desta população aos serviços de saúde, ao seu nível educacional, social e cultural, bem como o preconceito aos quais ainda são submetidos. Esta problemática potencializa a cadeia de transmissão dessas doenças e a não adesão ao tratamento.

A realização ao tratamento pode ter sido influenciada pelo fácil acesso aos serviços de saúde, advindas da implementação de políticas públicas que visam à atenção integral à saúde, em que preconiza que o atendimento aos portadores de DST deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico, tratamento e aconselhamento, a fim de contribuir para diminuir a vulnerabilidade desses usuários (BRASIL, 2005). Além dessa abordagem, deve-se garantir um cuidado direcionado e específico a essas pessoas, tendo em vista suas especificidades e peculiaridades.

No que concerne à história de realização do teste anti-HIV em algum momento da vida, do total de entrevistados, 74,3% (191) referiu ter realizado o teste pelo menos uma vez. Os resultados indicam que a população estudada apresenta alto percentual de realização do teste. Tal achado provoca questionamentos em torno da possibilidade da testagem poder está sendo utilizada como uma forma de prevenção e negociação entre os parceiros sexuais. Além disso, a alta prevalência de testagem pode indicar a busca pelo teste como forma de minimizar a culpa pela adoção de um comportamento de risco.

5.4 Práticas sexuais

O estudo das práticas sexuais possibilitou a investigação das práticas sexuais, por meio dos relatos de realização do sexo oral e anal e a frequência de utilização do preservativo pelos HSH nessas relações. Tal investigação justifica-se por ser o sexo desprotegido a principal forma de transmissão do HIV/aids (BRASIL, 2008).

Tabela 7 - Distribuição dos dados da prática sexual de homens que fazem sexo com homens. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

<i>Práticas sexuais</i>	n	%
Sexo oral (n=257)		
Sim	246	95,7
Não	11	4,3
Uso do preservativo no sexo oral (n=246)		
Sempre	71	27,6
Às vezes	58	22,6
Não usa	113	44
Apenas quando realizo	4	1,6
Sexo anal (n=257)		
Sim	253	98,4
Não	4	1,6
Tipo de sexo anal (n=253)		
Ativo e passivo	189	73,5
Somente passivo	21	8,2
Somente ativo	43	16,7
Uso do preservativo no sexo anal (n=253)		
Sempre, independente do tipo	184	71,6
Apenas quando é passivo (receptivo)	2	0,8
Apenas quando é ativo (insertivo)	10	3,9
Não usa	35	13,6
Às vezes	22	8,6
Manteve relação sexual sem camisinha nos últimos 6 meses (n=257)		
Sim	112	43,6
Não	145	56,4

Relacionado ao sexo oral, a maioria dos respondentes relatou a realização de tal prática, o que torna evidente a disseminação do sexo oral, insertivo (relacionado à prática do sexo oral em que o sujeito insere o órgão sexual na cavidade oral do parceiro) ou receptivo (relacionado à prática do sexo oral em que o sujeito recebe na cavidade oral o órgão sexual do parceiro), entre os sujeitos investigados, tendo em vista a alta prevalência observada neste e em outros estudos.

Quanto à investigação do uso do preservativo no sexo oral, utilizou-se uma escala de freqüência que variou do “sempre, independente do tipo” até “apenas quando realizei (insertivo)”, passando pelo “às vezes” e “não uso”. Assim, a resposta “às vezes” apresentou 22,6% (58) das respostas e 44% (113) dos entrevistados responderam “não uso” o preservativo no sexo oral.

Quanto à prática do sexo anal, a quase totalidade dos sujeitos entrevistados a referiu, o que representou 98,4% (253). O tipo de sexo anal realizado pelos entrevistados foi investigado. Revelou-se que 73,5% (189) dos HSH eram ativos e passivos, 16,7% (43) disseram assumir somente a posição ativa no ato sexual e apenas 8,2 (21) revelaram ser somente passivos.

No tocante à prática do sexo anal protegido, revelou-se que 71,6% (184) dos entrevistados referiu o uso do preservativo “sempre, independente do tipo”, ou seja, o preservativo é utilizado em todas as relações sexuais anais, seja no tipo insertivo ou receptivo. Percebeu-se que o papel desempenhado durante a prática sexual anal pode interferir no uso da proteção, pois no estudo evidenciou-se relato de uso “apenas quando é passivo (receptivo)” e “apenas quando é ativo (insertivo)”.

Ainda encontraram-se resultados que ressaltam a elevada prevalência do sexo anal desprotegido na amostra estudada, pois 26,9% (57) evidenciaram vulnerabilidades às DST/aids pelo uso inconsistente ou raro no estudo, revelando-se como um problema na interrupção da cadeia de transmissão. No que se refere ao envolvimento em relação sexual sem camisinha nos últimos seis meses, 43,6% (112) dos HSH envolvidos no estudo afirmaram ter mantido essa prática. Percebe-se a elevada prevalência de relação sexual desprotegida nesse segmento, daí a necessidade de aprofundar as análises acerca das vulnerabilidades dos HSH. Essa variável foi escolhida como variável dependente para realização das associações estatísticas, por denotar a vulnerabilidade ao HIV/aids da população, uma vez que ela revela o envolvimento em práticas sexuais desprotegidas.

5.5 Associação sociodemográfica e relação sexual desprotegida

Os dados da tabela 8 mostram as associações entre as variáveis sociodemográficas e o envolvimento em relação sexual desprotegida nos últimos seis meses.

Tabela 8 - Associação das variáveis sociodemográficas e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

	<i>Sexo sem Camisinha nos 6 meses</i>				Q - quadrado de Pearson	p		
	Sim		Não					
	n	%	n	%				
Idade								
18 – 24	47	40,2	70	59,8	1,663	0,435		
25 – 29	33	50	33	50				
30 – 55	30	43,2	51	56,8				
Escolaridade								
Menos que 9 anos de estudo	3	42,9	4	57,1	0,002	0,969		
Mais que 9 anos de estudo	109	43,6	141	56,4				
Estado Civil								
Não-solteiros	15	51,7	14	48,3	0,882	0,348		
Solteiros	97	42,5	131	57,5				
Religião								
Com religião	81	43,8	104	56,2	0,011	0,916		
Sem religião	31	43,1	41	56,9				
Cor								
Negros	14	43,8	18	56,2	0,000	0,983		
Não-negros	98	43,6	127	56,4				
Mora com								
Com companhia	94	45,6	112	54,4	1,777	0,183		
Sem companhia	18	35,3	33	64,7				
Renda								
Até 1 SM*	38	49,4	39	50,6	2,692	0,260		
Mais que 1 e menos que 2 SM	39	45,3	47	54,7				
Mais que 2 SM	35	37,2	59	62,8				

As associações das variáveis sociodemográficas com a prática sexual desprotegida nos últimos seis meses não evidenciou associação estatística no presente estudo. No entanto, alguns componentes da análise sociodemográfica merecem ser explorados, uma vez que podem ser considerada relevante para compreender aspectos da vulnerabilidade individual e social dos sujeitos envolvidos no estudo.

Apesar da não significância estatística, percebe-se que 50% (33) dos HSH que referiram prática do sexo desprotegido eram jovens de 25 a 29 anos. Diante disso, ressalta-se que pesquisas com representação majoritária de jovens em suas amostras é uma tendência observada em estudos recentes entre HSH, assim como foi encontrado em inquérito que entrevistou 1478 HSH em Salvador e região metropolitana, no qual as médias de idades de homossexuais, bissexuais, travestis e outros HSH variaram de 27,3 a 30 anos (BRIGNOL, 2008).

Nesse sentido, Lima *et al.* (2008) desenvolveram pesquisa com amostragem semelhante, na qual entrevistou 465 HSH na cidade em locais de socialização gay de Brasília, revelando amostra formada predominantemente por jovens, com 92,7% entre 18 e 39 anos e média de 27 anos de idade.

Ademais, a pequena representatividade de HSH acima dos 40 anos nos estudos com a população de HSH pode ser resultado da grande repressão que a sociedade impôs aos homossexuais até meados dos anos 80, quando possivelmente os valores e aspectos socioculturais podem ter interferido na maneira como estes assumem a identidade em relação à sexualidade, fazendo com que os homossexuais mantivessem resistência em assumir sua orientação sexual (PARKER, 1997).

O nível educacional apresentou que 43,6% (109) dos HSH que referiram a prática sexual desprotegida possuíam mais de 9 anos de estudo. Os estudos realizados com a população em questão têm demonstrado, de maneira geral, um nível de escolaridade elevado, o que está em consonância com o presente inquérito.

Dessa maneira, Raxach *et al.* (2007) demonstraram que 44% (176) dos 400 HSH investigados no Rio de Janeiro informaram ter completado o ensino médio, 29,5% (118) o superior incompleto e 102 (25,5%) o superior completo. Logo, 55% possuíam o curso superior incompleto, ou mais. Os achados de Lima *et al.* (2008) também corroboram com o estudo, pois dos 465 HSH entrevistados em Brasília, enquanto 54,9% (117) possuíam no mínimo o ensino superior incompleto.

Portanto, de acordo com os estudos supracitados, nota-se que o nível de instrução de HSH em diversos locais do país aparece como um fator positivo para a implementação de estratégias de cunho educativo, uma vez que a sensibilização para esse tipo de atividade em populações com essa especificidade pode tornar-se facilitada. Vale ressaltar que as informações divulgadas devem ser proporcionais ao nível educacional dos sujeitos envolvidos, daí a necessidade de um planejamento adequado da atividade direcionada a esse público.

Salienta-se ainda que diversas campanhas educativas com foco na prevenção das DST/aids têm sido desenvolvidas para população homossexual desde início da década de 90. Logo, deve-se considerar tal fato para que se evite a transmissão repetida de informações.

A variável estado civil revelou que 51,7% (15) dos não solteiros, ou seja, casados ou em união estável se envolveram em relação sexual desprotegida. Esse achado é relevante, pois em uma amostra predominantemente formada por solteiros ter essa constatação demonstra a necessidade de uma análise mais aprofundada dessa relação.

A associação entre possuir e não possuir religião e a prática sexual desprotegida também não evidenciou diferença estatística. Contudo, é relevante compreender melhor a influência religiosa na vulnerabilidade. Segundo IBGE (2010), a religião católica ainda prevalece com 64,63% de católicos na população brasileira. Ademais, o catolicismo continua dominante na região Nordeste, o que corrobora com o achado da pesquisa em questão.

Apesar disso, entre outros aspectos evidenciou-se, desde o último censo, em 2000, o declínio da Igreja Católica e o crescimento das religiões evangélicas e do número de pessoas que se declaram sem religião. De acordo com o recente censo de 2010, 22,16% dos brasileiros são evangélicos.

Nesse panorama, contrariando a tendência nacional de crescimento de evangélicos na população geral, o presente estudo revelou apenas 9,7% (25) dos HSH como evangélicos. Afinal, o posicionamento histórico do protestantismo sempre foi o de rejeitar a homossexualidade, ora condenando-a como pecado, ora explicando-a como doença ou resultado de uma influência “demoníaca”. Além disso, a postura habitual das igrejas católicas e protestantes tendo sido a de interditar a participação de homossexuais nos mais diversos aspectos da experiência religiosa coletiva (BARRETO; OLIVEIRA FILHO, 2012).

Quanto às religiões afro-brasileiras, apesar da baixa prevalência no presente estudo 4,7% (12), a literatura apresenta os terreiros de candomblé como lugares homófilos, ou seja, lugares de aceitação da presença de pessoas com práticas homossexuais. Tal fato ajuda na explicação da alta prevalência das religiões afro-brasileiras no meio homossexual (RIOS, 2012). Além disso, sugere-se que a afirmação dessas práticas religiosas pode ser dificultada devido ao preconceito e estigma que essas religiões sofrem em um país predominantemente cristão, podendo explicar a baixa prevalência no presente inquérito.

No presente estudo, os indivíduos negros e não-negros mantiveram relação sexual desprotegida sem diferença estatisticamente significante. No entanto, a questão racial/étnica pode ter relação com comportamentos de risco em determinados lugares, como nos EUA, por exemplo, onde foi realizado um estudo caso-controle para identificar os fatores associados à

infecção por HIV entre os jovens HSH afroamericanos. Foi utilizada a análise de regressão logística para avaliar os fatores associados à infecção pelo HIV. Em uma análise multivariada de 25 participantes de casos e 85 controles, foram associados com a infecção pelo HIV os HSH com parceiros mais velhos do sexo masculino, a prática de sexo anal desprotegida com parceiros casuais do sexo masculino, sendo provável a permissão de relação sexual desprotegida com um parceiro que queira (OSTER *et al.*, 2011).

Outro aspecto importante da autodefinição de cor foi abordado em estudo realizado por Brignol e Dourado (2011), no qual 533 HSH foram recrutados pela internet, encontrou que 71,5% dos respondentes autodefiniram-se de raça branca, contrariando o presente estudo apesar de ter sido realizado no estado da Bahia também localizado no Nordeste brasileiro. Assim, considerando a forma de recrutamento pela internet, situação em que o pesquisador não tem contato direto com o participante, torna-se mais livre a autodefinição da cor e de outros aspectos.

No que se refere à companhia na moradia, 45,6%(94) dos HSH que relataram moram com companhia mantiveram relação sexual sem camisinha nos últimos seis meses e 35,3%(18) dos que não tem companhia para morar também mantiveram prática sexual desprotegida. Assim, esta associação também não mostrou diferença estatística significativa, $p=0,183$. Na Índia, pesquisa que recrutou 210 HSH revelou, após regressão logística multivariada, que ser menos educados ($p=0,05$) e não viver atualmente com os pais ($p = 0,05$) (THOMAS *et al.*, 2009).

Neste inquérito não foi possível comprovar a influência da baixa renda na vulnerabilidade ao HIV/aids de HSH, pois não se obteve significância estatística nos testes. No entanto, é importante salientar que estudos mostram a existência dessa associação (WEI *et al.*, 2011; WILTON *et al.*, 2009).

Brignol (2013) em um recorte de estudo nacional com HSH de Salvador, Bahia, estudou, dentre outras variáveis, a renda familiar. Encontrou que 62% dos sujeitos ganhavam até R\$ 1.000,00, enquanto, 44% dos HSH relataram estar sem carteira assinada ou estar trabalhando por conta própria e 37% não estavam trabalhando no momento da entrevista. Entre os que estavam desempregados, 59% referiram a busca por trabalho sem êxito e 71% relataram ser os principais contribuintes na renda do domicílio onde moravam.

De maneira semelhante ao encontrado no presente estudo, Fonte *et al.* (2013) em pesquisa que investigou os fatores associados ao uso do preservativo entre 220 HSH e jovens adultos frequentadores de boates gays no município do Rio de Janeiro verificaram que a maioria dos entrevistados, 31,4%, possuía renda familiar entre 3 a 5 salários mínimos. A

consonância nos achados entre o presente estudo e o estudo de Fonte *et al.* (2013) pode estar relacionada à semelhança do desenho metodológico dos dois estudos.

Souza (2001), em pesquisa com uma coorte de 675 voluntários, formada de 1994 a 1999 por homens que relataram ter praticado sexo com homens nos seis meses anteriores à entrevista inicial, com idades de 18 a 50 anos e sorologia negativa para o HIV, traçou as características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo HIV em HSH e constatou que o sexo anal desprotegido com parceiros ocasionais se mostrou associado à menor renda, baixa escolaridade, autopercepção de vulnerabilidade e uso de crack/cocaína.

Cabe ressaltar a influência do conceito de vulnerabilidade social para a análise das variáveis sociodemográficas, considerada aquela relativa à avaliação da obtenção das informações, ao acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos cognitivos e materiais e ao poder de participar de decisões políticas e em instituições (AYRES *et al.*, 2009).

Dessa forma, as variáveis sociodemográficas foram consideradas fundamentais para a compreensão do contexto de vulnerabilidade social dos HSH, verificando a situação de empregabilidade, as crenças religiosas, as possibilidades de acesso à escolarização, a situação conjugal, dentre outras, que minimizam ou potencializam a vulnerabilidade ao HIV entre os HSH (AYRES *et al.*, 2009).

O perfil apresentado pela amostra denota aspectos importantes da vulnerabilidade individual e social da população de HSH. Os jovens gays são considerados como um dos públicos-alvo prioritários para ações de prevenção devido à referida vulnerabilidade individual. Ademais, o baixo poder aquisitivo constitui um aspecto importante da vulnerabilidade social da amostra investigada.

Além disso, cabe ao profissional enfermeiro a compreensão de que a promoção da saúde, inclusive a saúde sexual, desse segmento requer o reconhecimento do contexto social no qual a população de HSH está inserida, com vistas ao desenvolvimento de estratégias e ações que promovam o real empoderamento desses sujeitos.

5.6 Associação da identidade sexual e relação sexual desprotegida

Os dados da tabela 9 apontam as associações entre as variáveis da identidade sexual e o envolvimento em relação sexual desprotegida nos últimos seis meses.

Tabela 9 - Associação das variáveis da identidade sexual e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

	<i>Sexo sem Camisinha nos 6 meses</i>				Q - quadrado de Pearson	p		
	Sim		Não					
	N	%	n	%				
Apoio familiar								
Com apoio	48	42,9	64	57,1	0,042	0,837		
Sem apoio	64	44,1	81	55,9				
Frequenta lugares gay								
Sim	106	42,9	141	57,1	1,141	0,285		
Não	6	60	4	40				

A associação entre o apoio familiar e a adoção da prática de risco com o sexo desprotegido nos últimos seis meses não revelou significância estatística, pois 42,9% (48) dos HSH com apoio da família mantiverem a prática do sexo desprotegido, e 44,1% (64) daqueles sem o apoio familiar também realizaram essa prática.

A discussão acerca do apoio familiar envolve aspectos sociais, históricos e culturais complexos, recheados de diversas implicações. Inicialmente, é fato que culturalmente no Brasil espera-se que a família exerça um papel acolhedor e perpetuador de alguns valores colocados como únicos e verdadeiros, corretos e aceitáveis, reforçados pelo discurso religioso cristão. Muitos homossexuais sofrem violentas pressões psicológicas por viverem no seio familiar crenças religiosas, onde foram educados e aprenderam que ser homossexual é pecado, é errado, merece castigo e condenação eterna. Portanto, esse fato pode contribuir para que as próprias famílias sintam dificuldade em aceitar a orientação sexual de seus filhos (PAMPLONA, 2012).

No presente inquérito, a maioria dos entrevistados relatou receber apoio da família no que se refere à sua sexualidade. No entanto, sabe-se que essa não é uma característica do comportamento dominante e que muitos homossexuais são punidos no interior da estrutura familiar, mesmo que nunca tenham feito nada de errado. Essa punição tem consequências dramáticas tanto nas experiências sociais quanto nas relações de maior confiança como as relações afetivo-sexuais (SCHULMAN, 2010).

Esses componentes podem influenciar diretamente a vulnerabilidade social desses indivíduos, uma vez que esses conflitos familiares podem colaborar para a inserção do sujeito em espaços insalubres para a realização de práticas sexuais, além do evidente prejuízo que a

falta de diálogo e apoio no âmbito familiar pode acarretar para a saúde sexual desses sujeitos (AYRES *et al.*, 2009).

Cabe salientar que a falta de apoio familiar pode contribuir para o surgimento de sofrimentos mentais. Alvy (2011) afirma que HSH mostram taxas mais elevadas de depressão do que não HSH ao examinar a associação entre depressão e risco sexual entre HSH. Numa amostra nacional dos EUA (N = 1.540), dos HSH HIV positivos e HIV negativos que relataram sexo desprotegido e uso de drogas, encontrou-se evidências de que a depressão está relacionada ao risco de transmissão do HIV.

No tocante à frequência em lugares gay, essa variável não denotou associação, $p=0,285$. Sobre este achado, Parker (2002) apresenta estes espaços como o “mundo urbano gay”, localizados nos centros urbanos, como uma consequência da configuração contemporânea das cidades e de suas subculturas. Ademais, os espaços “gays” ainda são lugares fortemente marcados pela presença das identidades homossexuais, onde as pressões e opressões são momentaneamente afastadas, possibilitando a vivência da identidade homossexual (MACRAE, 2005).

O antropólogo Luiz Mott definiu a “cena gay” de Salvador após mapeamento da extensão da ocupação homossexual, denominando-a como:

... o conjunto dos espaços ao ar livre, logradouros urbanos, estabelecimentos comerciais que servem de nicho ecológico para sociabilização e encontros de variados graus entre homens com atração homossexual (MOTT, 2000).

Por fim, ratifica-se a importância de considerar os aspectos relacionados à identidade sexual, investigando as identidades autorrelatadas pelos participantes (gays, homossexuais, bichas, bissexuais, heterossexual e outros homens que fazem sexo com homens), tornando importante considerar além das práticas sexuais com outros homens, as questões relativas à identidade desse segmento.

O enfermeiro deve conhecer as especificidades da identidade sexual do segmento HSH, no intuito de desenvolver estratégias de promoção/educação em saúde que consigam captar essa identidade autorreferida, a fim de que sejam eficazmente direcionadas. Dessa forma, ressalta-se a importância de considerar os aspectos da identidade sexual por ocasião da elaboração de materiais e/ou estratégias preventivas nas quais a população-alvo é o subgrupo de HSH.

Portanto, o entendimento da identidade sexual tem se tornado relevante para a compreensão da vulnerabilidade individual, uma vez que existem comportamentos e práticas específicas que passam a ser assumidos em decorrência da vivência da identidade sexual.

5.7 Associação do histórico sexual e relação sexual desprotegida

A tabela 10 apresenta as associações entre os dados da história sexual e o sexo sem camisinha nos últimos seis meses.

Tabela 10 - Associação das variáveis do histórico sexual e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

	<i>Sexo sem Camisinha nos 6 meses</i>				Q - quadrado de Pearson	p
	Sim	n	%	Não		
Idade da 1ª relação sexual homossexual						
6 – 12	16	43,2		21	56,8	0,297
13 – 19	77	44,5		96	55,5	
20 – 30	18	40		27	60	
Relação Heterossexual						
Sim	79	46,7		90	53,3	2,012
Não	33	37,5		55	62,5	
Parceiro fixo						
Sim	59	56,7		45	43,3	12,228
Não	53	34,6		100	65,4	
Nº de parceiros nos últimos 3 meses						
1	44	44		56	56	0,690
2 – 3	33	46,5		38	53,5	
4 - 100	29	50,9		28	49,1	
Nº de parceiros na vida						
1 – 5	13	35,1		24	64,9	2,543
6 – 10	16	40		24	60	
11 – 35	13	39,4		20	60,6	
36 - 500	18	52,9		16	47,1	
Sexo virtual						
Sim	51	49		53	51	2,117
Não	61	39,9		92	60,1	
História de DST						
Sim	21	58,3		15	41,7	3,620
Não	91	41,4		129	58,6	
Realização de teste anti-HIV						
Sim	87	45,5		104	55,5	1,174
Não	25	37,9		41	62,1	0,279

Relativo à idade da primeira relação sexual homossexual, apesar da não significância estatística, evidenciou-se que 87,7% (93) dos HSH que mantiveram relação sexual desprotegida iniciaram a vida sexual homossexual antes dos 19 anos, denotando o início precoce da vida sexual da amostra estudada. Acrescenta-se que a atividade acontece principalmente na infância e na adolescência, fases na quais a vulnerabilidade está associada à imaturidade e ao baixo poder de negociação, constituindo um forte fator de risco para aquisição das DST/HIV/aids.

Nesse panorama, faz-se necessária a realização de estratégias educativas para promoção da saúde sexual ainda nas escolas, com vistas a encorajar o uso do preservativo desde a realização da primeira relação sexual, para que esta atitude torne-se um hábito de proteção durante todos os envolvimentos sexuais posteriores.

Em relação à iniciação sexual precoce, tais achados corroboram com uma pesquisa de âmbito nacional realizada pelo Ministério da Saúde sobre conhecimentos, atitudes e práticas sexuais da população geral de 15 a 49 anos realizada, na qual 36% dos homens referiu o início da vida sexual com menos de 15 anos (BRASIL, 2005).

Segundo Andrade *et al.* (2007), a idade média de início de relacionamento sexual de 17% dos HSH entrevistados em Campo Grande se situou por volta dos oito anos; 44% aconteceu em torno dos 13 anos de idade, que caracteriza um elemento favorável à aquisição de DST, inclusive aids. Ademais, a maioria representada por 79% da amostra iniciou sua vida sexual com parceiro do sexo masculino.

Consoante ao estudo supracitado, uma amostra de 73 HSH no Cairo, Egito, foi investigada quanto a infecção pelo HIV e entrevistada sobre as práticas sexuais de risco para o HIV/aids. A idade que os HSH iniciaram suas relações sexuais foi menor que 15 anos para 65,8% dos respondentes (EL-SAYYED; KABBASH; EL-GUENIEDY, 2008). Assim, percebe-se que o fenômeno da iniciação sexual precoce é prática recorrente em todo mundo, presente na população de homossexuais, o que acarreta vulnerabilidades às DST/aids, o que magnifica a vulnerabilidade individual desses sujeitos.

Raxach (2007) em entrevista com 400 HSH do Rio de Janeiro encontrou que 71,3% tiveram sua primeira experiência sexual com homens. Nesse sentido, sugere-se que apesar da força da norma heterossexual na sociedade, uma parcela significativa de pessoas do sexo masculino tem sua iniciação sexual fora das normas dominantes.

Esse dado é corroborado por estudo realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, com 52 sujeitos, em que a idade média de início da atividade sexual de 17% dos

entrevistados foi de oito anos e 44% em torno dos 13 anos de idade, configurando-se como um fator de risco para a aquisição de DST (ANDRADE *et al.*, 2007).

Cabe salientar, que independentemente da idade da iniciação sexual com homem ou com mulher, o presente estudo revela percentuais representativos de iniciação sexual muito precoces, na faixa de 6 a 12 anos, com 19,1% (49) naqueles que realizaram tal prática com homem e 14,4% (37) dos que mantiveram essa relação sexual com mulher.

Sobre esta realidade, Vieira (2006) revela que 33,2% dos homossexuais entrevistados referiu que suas primeiras “brincadeiras” sexuais aconteceram na infância, até os nove anos de idade e, para a metade, essa experiência ocorreu entre os 10 e 14 anos de idade. Segundo Rios (2003), as “brincadeiras” sexuais, ainda que na infância, podem ocorrer com relações penetrativas, e se acontecerem sem uso de preservativo existe a possibilidade de muitos jovens se infectarem nesse momento. Do ponto de vista da exposição potencial a infecção pelo HIV, esses tipos de práticas merecem ser mais investigadas.

Portanto, relacionado ao uso do preservativo na primeira relação sexual, Pereira (2007) em seu estudo revelou que 51% dos homens inquiridos não utilizou o preservativo durante a sua primeira relação sexual, devido principalmente ao fato de não terem informação sobre os preservativos ou devido ao fato de não estarem à espera de a relação acontecer. Quanto às práticas realizadas durante sua primeira relação homossexual, verificou-se que a maioria dos indivíduos praticou sexo anal e oral 29,2%, seguindo-se a prática da masturbação mútua 19,6% e as carícias/esfregaços 18,1%. Contudo, essas variáveis não foram investigadas no presente estudo.

Dentre os fatores citados como impeditivos da utilização do preservativo, cabe ressaltar a casualidade em que, muitas vezes, pode acontecer a primeira relação sexual. Assim, muitos jovens, por não preverem quando a primeira relação irá acontecer, não portam o preservativo rotineiramente.

O envolvimento em relação heterossexual e a prática de sexo desprotegido não apontou associação significativa. No entanto, percebe-se uma prevalência elevada de HSH que referiram relação sexual com mulheres em algum momento da vida e mantiveram relação sexual desprotegida, 46,7% (79), tal fato pode estar relacionado ao período em que a identidade sexual ainda não é totalmente compreendida pelo HSH, levando-o a busca por diversas experiências sexuais, inclusive a relação heterossexual. Por outro lado, pode-se associar esse achado como uma expressão da orientação bissexual dentro da amostra investigada, quando o desejo aponta para pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto.

Ademais, este dado corrobora com pesquisa desenvolvida no Cairo, Egito, na qual a prática de relações heterossexuais foi reportada por 72% do total de HSH envolvidos no estudo (EL-SAYEED, 2008). No que concerne à bissexualidade, estudo desenvolvido em Belo Horizonte objetivou verificar as diferenças entre práticas protegidas de 195 bissexuais em suas relações com homens e mulheres, constatando um maior índice de sexo com uso inconsistente do preservativo entre os homens que se relacionavam com homens e mulheres do que aqueles mantinham relação sexual exclusivamente com homem ou com mulher (GRECO *et al.*, 2007).

Beloqui (2008) calculou as estimativas para o risco relativo (RR) para aids da população de HSH em relação à população heterossexual masculina do Brasil, verificando que o RR para HSH foi mais elevado em relação aos heterossexuais. Esse resultado indica alta e persistente vulnerabilidade dessa população. Ressalta-se que a população bisexual tende a adicionar esses riscos.

O fato de possuir parceria fixa e o envolvimento em relação sexual desprotegida apresentou diferença estatisticamente significante ($p=0,000$) com 56,7% dos HSH que possuem parceiro fixo terem se relacionado sem camisinha nos últimos seis meses.

A parceria fixa pode representar um fator de vulnerabilidade individual ao HIV/aids por ser uma tendência apresentada em diversas populações, justificada pela confiança no parceiro. Segundo Maia, Guilhem e Freitas (2008), investigar a prevenção do HIV/aids entre indivíduos com relacionamentos estáveis pode ter como obstáculo o quanto essas pessoas estão vinculadas a crenças e valores morais associados a atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade. Há um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectarem.

Funari (2003), em estudo realizado pela internet com 575 HSH, procedeu uma ampla investigação acerca da parceria fixa e suas implicações para a epidemia de aids nesse segmento. Sobre a relação entre tempo de relacionamento e chamar alguém de parceiro fixo, 9,8% consideram um mês o tempo necessário; 25,8% consideram necessários 3 meses, 31,7% consideram necessários 6 meses e 32,8% consideram necessário 1 ano.

Prosseguindo no estudo supracitado, ao estabelecer a condição de parceiro fixo como sendo um companheiro único, que esteja com o entrevistado por mais de 6 meses, e que o entrevistado faça sexo só com ele, 39% responderam que tem um parceiro fixo dentro dessas condições. Entre os que têm parceiro fixo, 76,3% acreditam que na fidelidade do parceiro. Além disso, 83,6% de entrevistados afirmam que “gostariam de fazer sexo com seu

“parceiro fixo sem camisinha” e 37,5% “fazem sexo com seu parceiro sem camisinha” (FUNARI, 2003).

Quanto ao número de parceiros nos últimos três meses, percebeu-se uma homogeneidade nos dados entre os intervalos mencionados, com teste estatístico não significativo, $p=0,708$. Entretanto, a multiplicidade de parceiros evidenciada entre os HSH que referiram prática sexual desprotegida é um dado relevante.

Nesse sentido, estudo desenvolvido por Lim *et al.* (2012) teve como objetivo analisar as trajetórias de 237 HSH mais velhos, com idade de 50 a 59,9 anos, com relação ao número de parceiros sexuais para determinar as características associadas à raça, estado sorológico do HIV, uso de drogas (maconha, cocaína e crack, e viagra), o número de parceiros em relações sexuais desprotegidas e atitudes pessoais em relação ao sexo. A maioria dos homens, 69,2%, obteve uma média de dois parceiros sexuais nos últimos 6 meses em todas as faixas etárias do estudo.

Nesse sentido, estudo transversal realizado por Gondim e Kerr-Pontes (2000) junto a 400 homens de prática homo/bissexual de Fortaleza (CE), no qual se buscou analisar fatores relacionados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas, identificou-se que, entre aqueles indivíduos que relataram uma frequência de relação sexual maior ou igual a uma vez no mês, 39% tiveram mais de 10 parceiros no último ano. Além disso, evidenciou que os homens com mais de 10 parceiros nos últimos 12 meses se envolveram mais frequentemente em relação sexual desprotegida que aqueles com menos parceiros ($p=0,032$). Também se encontrou associação entre os homens que tiveram uma maior frequência de relações sexuais com homens nos últimos 12 meses e a prática de risco ($p<0,001$).

Outro estudo transversal foi realizado por meio de entrevistas, com 105 adolescentes escolhidos aleatoriamente, evidenciou que 64 tiveram experiência sexual prévia, sendo 13 (20,3%) com homens. Destes adolescentes, 3 (23,1%), assumidamente bissexuais, foram os que revelaram um maior número de parceiros e parceiras (TAQUETTE *et al.*, 2005).

Cabe salientar que homo/bissexualidade é vivida de modo diferente entre homens e mulheres. Os dados evidenciam que o gênero tende a prevalecer, em geral, sobre a gestão da sexualidade. No caso dos homens homo/bisexuais há maior convergência de atitudes expressa, por exemplo, na significativa declaração de um maior número de parceiros do que as mulheres (HEILBORN; CABRAL, 2006). A multiplicidade de parceiros apresenta-se como um fator que incrementa a vulnerabilidade individual à exposição ao HIV/aids, uma vez que aumenta a possibilidade de contato com parceiro contaminado, sobretudo se a relação sexual for desprotegida.

A associação entre a realização do sexo virtual e a prática sexual desprotegida não evidenciou significância estatística, no entanto 51% (49) dos HSH que revelaram prática sexual desprotegida afirmou a realização do sexo virtual. A realidade virtual na sociedade contemporânea se distancia, conceitualmente, do âmbito do ficcional e do imaginário. O que a torna diferente da realidade comumente vista como real é o fato de que é tornada possível pela revolução da informática. Desse modo, formas derivativas dessa realidade virtual estão muito presentes no cotidiano contemporâneo como loja virtual, *shopping center* virtual, banco virtual, dinheiro virtual, comunidade virtual, grupo de trabalho virtual, turismo virtual e o sexo virtual (MISKOLCI, 2009).

Além disso, no âmbito da epidemia de aids no segmento HSH, estudos que investigaram as práticas e comportamentos sexuais de HSH que recrutaram parceiros sexuais na internet, mostram resultados que indicam que a internet proporciona certa facilidade para o encontro de parceiros sexuais e para o sexo anal desprotegido (COLEMAN *et al.*, 2010; BERG, 2008).

Stein *et al.* (2011) utilizaram um questionário na internet para investigar se a visualização de pornografia retratando relação sexual anal desprotegida foi associada à prática semelhante, em uma amostra de 821 HSH que mantinham relacionamento não monogâmico. Dos 751 indivíduos que forneceram dados sobre a visualização de pornografia mostraram elevada razão de chance para o envolvimento em sexo anal desprotegido, seja receptivo, insertivo ou ambos, associado com o aumento da percentagem de pornografia visualizada.

A internet também pode se configurar um meio importante para o recrutamento de sujeitos em inquéritos investigativos. Desse modo, Coleman *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa on-line que recolheu informações sobre a relação entre o comportamento sexual compulsivo e o sexo anal desprotegido entre 2716 HSH, por meio de um número de grupos étnicos/raciais (512 asiáticos, 445 negros, 683 latinos, 348 outros, 728 branco) e que costumavam utilizar a internet para procurar parceiros sexuais.

A associação entre história de DST na vida e o envolvimento em relação sexual desprotegidas nos últimos seis meses apresentou significância estatística com $p=0,05$. Dessa forma, percebe-se mais um aspecto da vulnerabilidade individual dos HSH à infecção pelo HIV/aids, uma vez que o histórico de DST é um dado relevante da vida sexual do indivíduo, sendo uma fonte importante para a avaliação da adoção de práticas sexuais inseguras.

A alta prevalência de testagem entre a população estudada pode estar relacionada com a prática recorrente de comportamentos de risco, que provocaria medo de ter contraído o HIV e que levaria à procura pelo teste, em parte como forma de reduzir a culpa e o medo

relacionados à prática insegura, além da falsa segurança proporcionada por um resultado negativo. Já a não realização do teste pode estar associada à falta de percepção do risco e à desinformação sobre a importância do conhecimento da condição sorológica do indivíduo. Cabe ressaltar que a testagem deve ser realizada de forma consciente a fim de que a prevenção e o controle da epidemia de HIV/Aids tornem-se mais efetivas.

Nesse sentido, percebe-se uma consonância com investigação desenvolvida por Raxach *et al.* (2007), na cidade do Rio de Janeiro, na qual comunicaram já terem realizado o teste anti-HIV, 72,5% (290) dos entrevistados. A não realização do teste pode estar associada ao medo de conhecerem sua sorologia, ou acreditarem ser HIV negativos.

Observou-se ainda o relato de não se preocupar com possibilidade de contaminação com o HIV, assim como o medo e o desconhecimento de locais para a realização do teste.

Dessa forma, percebe-se que a aids continua sendo percebida como um problema do “outro”. Assim, a realização do teste anti-HIV requer uma análise individual da própria condição de risco que é um importante elemento para uma mudança comportamental. A autopercepção de risco envolve uma avaliação individual sobre condutas ou comportamentos adotados que predispõem a uma maior exposição à contaminação pelo HIV, e a partir daí a opção pela realização do teste.

Em estudo realizado em Recife, com foco nos comportamentos e práticas de 277 HSH, constatou-se que a maioria dos entrevistados, 69,6% (192) relatou ter se submetido ao teste anti-HIV alguma vez na vida; entre esses, 61,4% (170) referiram que o fizeram pelo menos três vezes (VIEIRA, 2006).

A testagem para HIV obteve um percentual relevante entre HSH investigados em Brasília, representando 70,3% (326) de HSH que realizou o teste, pelo menos uma vez, em algum momento da vida. Cabe notar o achado de que alguns indivíduos referiram números excessivos de teste que variaram de 10 a 40 vezes. Os dados revelaram, ainda, que os homens mais jovens e os da classe econômica mais precária são os que, proporcionalmente apresentam menor procura pela testagem (LIMA *et al.*, 2008).

As comparações entre as médias das variáveis numéricas que compunham o histórico sexual de HSH dispostas na tabela 11 (idade da primeira relação sexual, idade da primeira relação homossexual, tempo de parceria, idade do parceiro, número de parceiros nos últimos três meses, número de parceiros no ano e número de parceiros na vida) não evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre os que praticaram sexo sem e com camisinha nos últimos seis meses.

Tabela 11 - Comparação entre as médias dos dados do histórico sexual segundo a realização do sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro 2014.

	n	Sexo sem camisinha nos 6 meses				p	
		Sim		Não			
		Média	DP	N	Média	DP	
<i>Idade da 1^a relação sexual (n=256)</i>	112	14,84	3,2	144	15,15	3,5	0,470
<i>Idade da 1^a relação homossexual (n=255)</i>	111	16,41	4,8	144	16,48	4,6	0,902
<i>Tempo de parceria (n=104)</i>	59	2,97	1,4	45	2,93	1,1	0,903
<i>Idade do parceiro (n=104)</i>	59	28,39	8,1	45	30,64	9,9	0,211
<i>Número de parceiros nos últimos 3 meses (n=228)</i>	106	4,81	11,2	122	4,39	8,1	0,741
<i>Número de parceiros no ano (n=216)</i>	95	11,58	21,9	121	9,24	17,1	0,380
<i>Número de parceiros na vida (n=144)</i>	60	45,33	65,5	84	36,04	76,4	0,447

5.8 Associação da prática sexual e relação sexual desprotegida

A tabela 12 apresenta as associações entre a prática sexual e o sexo sem camisinha nos últimos seis meses.

Tabela 12 - Associação das variáveis da prática sexual e a realização sexo sem camisinha nos últimos seis meses entre HSH. Fortaleza, Ceará, janeiro, 2014.

	Sexo sem camisinha nos 6 meses				Q - quadrado de Pearson	p		
	Sim		Não					
	n	%	n	%				
Sexo oral								
Sim	107	43,5	139	56,8	0,016	0,898		
Não	5	45,5	6	54,5				
Camisinha no sexo oral								
Sempre	20	28,2	51	71,8	13,149	0,004		
Às vezes	23	39,7	35	60,3				
Não usa	62	54,9	51	45,1				
Quando realiza	2	50	2	50				
Sexo anal								
Sim	110	43,5	143	56,5	0,068	0,794		
Não	2	50	2	50				
Camisinha no sexo oral								
Sim	79	35,6	143	64,4	42,369	0,000		
Não	33	94,3	2	5,7				

A relação entre os HSH que realizaram o sexo oral e os que não realizaram esse tipo de prática também não mostrou diferença estatisticamente significante ($p=0,898$). A preferência pelo sexo oral foi investigada em uma pesquisa com 577 HSH, usuários da internet, onde se aplicou uma escala de graduação de prazer em relação ao sexo oral insertivo e receptivo. Assim, foi considerada uma prática prazerosa por 74,2% (insertivo) e 73,9% (receptivo) dos entrevistados, respectivamente (FUNARI, 2003).

A realização do sexo oral insertivo foi referida por 88,3% (265) e o receptivo por 90,1% (270) dos 300 HSH recrutados em estudo realizado em três grandes cidades da região Sul (FERRAZ; SCHWENCK; QUENTAL, 2004).

Já a associação entre utilizar a camisinha no sexo oral e o envolvimento em relação sexual desprotegida apresentou significância, ($p=0,004$), pois apenas 28,2% dos HSH que utilizam a camisinha no sexo oral se relacionaram sem camisinha nos últimos seis meses e 71,8% dos que não a utilizam nessa prática afirmaram ter mantido essa relação desprotegida nos seis últimos meses.

Segundo Funari (2003), existem evidências científicas que apontam para o sexo oral como uma via de transmissão para o HIV. Porém, os estudos realizados até o momento não são precisos quanto à quantificação e à qualificação desse risco. Estas evidências associam um risco significativo de infecção ao sexo oral receptivo, relação onde existe o contato da cavidade bucal do sujeito com o genital de um parceiro infectado. Entretanto, também existem relatos de transmissão via sexo oral insertivo, quando existe o contato da cavidade oral de um sujeito infectado com a genitália do parceiro.

Pereira (2007) conduziu estudo com 338 HSH que utilizam a internet de Portugal. Verificou-se que quem mais pratica sexo oral de forma receptiva são os homens que não utilizaram preservativo quando comparados com aqueles que o utilizaram ($p=0,010$). O estudo ainda explorou eventuais diferenças para outras práticas sexuais, e obteve-se resultados estatisticamente significativos ($p=0,012$) na comparação entre grupos de homens que utilizaram e não utilizaram preservativo no que diz respeito ao papel adotado durante o ato sexual, sendo que 29,2% dos homens que se identificaram como ativos foram aqueles que menos utilizaram o preservativo.

Nesse sentido, revela-se o contexto de vulnerabilidade da população de HSH, considerando que 54,9% dos entrevistados que se envolveram em prática sexual desprotegida admitiram o comportamento de risco para aquisição das DST/aids, por meio do “não uso” do preservativo nesse tipo de prática. Portanto, o desenvolvimento de estratégias, que visem o aumento do uso do preservativo nesse tipo de prática, torna-se cada vez mais necessária.

A vulnerabilidade associada às práticas sexuais orais reflete o desconhecimento de muitos HSH acerca da possibilidade de transmissão do vírus nessa forma de relação que é demonstrada pela baixa adesão ao uso do preservativo na realização dessa prática, seja no sexo oral insertivo ou receptivo. Logo, torna-se importante a elaboração de estratégias de prevenção que considerem esse aspecto peculiar da epidemia de aids no segmento de HSH.

Segundo relato de Brignol (2013), 76,7% (293) dos 383 HSH entrevistados em um inquérito sobre conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas da cidade de Salvador revelou a prática do sexo oral desprotegida, achado que corrobora com a problemática em questão. A realização de um inquérito de comportamentos, atitudes e práticas na cidade de Recife também demonstrou resultado semelhante ao presente estudo, com 83,4% dos entrevistados referindo realização do sexo oral sem uso do preservativo (VIEIRA, 2006).

Dessa forma, Pereira (2007) em investigação realizada com 338 HSH usuários da internet e constatou que dos sujeitos que “sempre” praticam sexo oral de forma receptora, 16,2% são homens que não utilizam o preservativo.

Pedrosa e Rocha (2008), em pesquisa que utilizou a metodologia do grupo focal, identificaram fatores subjetivos interferentes na prevenção. Analisou-se quatro grupos focais, separados por faixa etária. Assim, observou-se que os sujeitos recebiam mais o sexo oral (insertivo) que o praticavam no parceiro (receptivo) e que sempre se daria sem proteção.

Ferraz, Schwenck e Quental (2004) compararam o sexo oral seguro entre as parcerias fixas e ocasionais de 300 HSH da região sul do Brasil, observando uma maior utilização do preservativo nas relações orais com os parceiros ocasionais do que com os parceiros fixos, que representou 41% e 29% respectivamente. Tal achado reforça resultados de pesquisas anteriores que apontam para uma mudança de comportamento no que se refere a parceiros fixos e ocasionais (RAXACH *et al.*, 2007).

A realização de um inquérito de comportamentos, atitudes e práticas na cidade de Recife também demonstrou resultado semelhante ao presente estudo, com 83,4% dos entrevistados referindo realização do sexo oral sem uso do preservativo (VIEIRA, 2006).

Dessa forma, Pereira (2007) em investigação realizada com 338 HSH usuários da internet e constatou que dos sujeitos que “sempre” praticam sexo oral de forma receptora, 16,2% são homens que não utilizam o preservativo.

Pedrosa e Rocha (2008), em pesquisa que utilizou a metodologia do grupo focal, identificaram fatores subjetivos interferentes na prevenção. Analisou-se quatro grupos focais, separados por faixa etária. Assim, observou-se que os sujeitos recebiam mais o sexo oral (insertivo) que o praticavam no parceiro (receptivo) e que sempre se daria sem proteção.

Ferraz, Schwenck e Quental (2004) compararam o sexo oral seguro entre as parcerias fixas e ocasionais de 300 HSH da região sul do Brasil, observando uma maior utilização do preservativo nas relações orais com os parceiros ocasionais do que com os parceiros fixos, que representou 41% e 29% respectivamente. Tal achado reforça resultados de pesquisas anteriores que apontam para uma mudança de comportamento no que se refere a parceiros fixos e ocasionais (RAXACH *et al.*, 2007).

A associação entre a realização da prática sexual anal e o envolvimento em relação sexual desprotegida não foi estatisticamente significativa. Entretanto, no tocante à proteção no sexo anal, a associação entre a utilização do preservativo nessa prática e a realização de sexo desprotegido nos seis meses apresentou diferença estatisticamente significante ($p=0,000$), pois quem afirma utilizar camisinha não realizou prática desprotegida.

Cabe notar a grande preferência da população de HSH estudada pela realização da prática do sexo anal. Percebe-se que os HSH têm na realização dessa prática uma importante dimensão na vivência de sua identidade sexual, possuindo um significado simbólico e emocional dentro do cenário das práticas sexuais dessa população (GONDIM; KERR-PONTES, 2000).

Entretanto, sabe-se que o sexo anal é considerado como a prática de maior risco para a infecção pelo HIV/aids dentro de uma hierarquia de prevenção, segundo os diferentes tipos de práticas sexuais (BRASIL, 2002). Logo, os HSH se colocam entre as populações de maior risco para a aquisição da infecção pelo HIV, em consequência da combinação da fragilidade e do alto poder de absorção da mucosa anal em contato com o sêmen, o principal veículo orgânico para o HIV (GONDIM; KERR-PONTES, 2000).

O sexo desprotegido, ou seja, sem uso do preservativo é um fenômeno que envolve muitos fatores que se associam e se sobrepõem, que dificultam o entendimento e compõe um desafio para promoção das práticas sexuais seguras entre os HSH (FUNARI, 2003; PARKER, 1997). Assim, a não utilização do mesmo na relação anal indica a existência de vulnerabilidades, fato que ocorreu no estudo. A busca pela compreensão desse fenômeno é fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção à infecção pelo HIV junto às populações específicas.

Nesse sentido, torna-se importante a compreensão sobre as formas de acesso ao preservativo entre os HSH. Lima *et al.* (2008) relacionaram o acesso ao preservativo com a idade e a classe econômica, encontrando que a aquisição do preservativo variou conforme a idade. Os HSH mais jovens compravam preservativos com uma frequência expressiva, porém, menor em relação a homens de mais idade. Entre os mais jovens, houve uma tendência a

adquirir este insumo em locais de encontro gay, ONGs, serviços de saúde e eventos, predominando os locais de encontro gay. Em relação à classe econômica, em geral, os participantes de menor poder aquisitivo, independentemente da forma, tiveram menor acesso ao preservativo.

Pesquisa desenvolvida na Índia por meio de entrevistas com 210 HSH com vistas a identificar comportamentos de risco entre os respondentes constatou a prática relatada do sexo anal desprotegido nos últimos três meses por 25% dos participantes, indicando a alta prevalência de envolvimento desse segmento em relações sexuais inseguras (THOMAS *et al.*, 2009).

Sobre este achado Melo (2006) em pesquisa com delineamento transversal com 650 HSH encontraram que a única variável que se manteve como real fator de risco independente foi o sexo anal desprotegido, tanto com parceiro fixo como com parceiro casual.

Nesse contexto, algumas situações específicas do universo homossexual podem ser relacionadas ao envolvimento em prática sexual desprotegida como o abuso sexual na infância. Sobre esta condição Welles *et al.* (2009) em estudo realizado nos EUA relacionou as taxas de abuso sexual na infância de 593 HSH soropositivos ao sexo anal desprotegido com outros homens no ano anterior. Entre aqueles que foram abusados, o abuso sexual na infância foi associado a mais contatos sexuais ($p <0,001$) e ao sexo anal inseguro ($p <0,001$) em comparação com os homens que não foram abusados quando crianças.

Ademais, outra prática relativamente comum entre HSH é o sexo em grupo, sendo considerado um fator de risco provável de infecção com HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Esta condição foi objeto de estudo desenvolvido com 5432 HSH na Austrália, questionados sobre a sua participação no sexo grupal. Quase metade (44,0%) daqueles que relataram relações sexuais com parceiros casuais nos seis meses anteriores também relataram envolvimento em sexo em grupo. Entre outros fatores, engajar-se em sexo anal, ambos com preservativo ($OR = 3,03$, $IC = 2,46-3,73$) e sem preservativo ($OR = 5,68$, $IC = 4,53-7,12$) foram associados de forma independente com ter se engajado em sexo em grupo. Sugere-se, portanto, que os homens gays que praticam sexo grupal representam uma prioridade importante para ações de combate ao HIV (PRESTAGE, 2011).

Raxach *et al.* (2007) em estudo realizado no Rio de Janeiro encontraram o percentual de 16,5% do total de entrevistados que informa ter praticado sexo anal receptivo sem proteção na última relação sexual, enquanto a realização do sexo anal receptivo protegido na última relação sexual foi apontado por 46,3% dos 400 HSH estudados.

Zhong *et al.* (2011) realizaram pesquisa para investigar estado sorológico de HIV relacionado às características comportamentais de 369 HSH em Guangzhou, China. Encontrou-se que 60,3% (222) dos HSH entrevistados relatou sexo anal desprotegido nos últimos 6 meses.

Assim, o envolvimento em práticas sexuais inseguras foi investigado em uma amostra diversificada de homossexuais, bissexuais e outros HSH formada por 311 sujeitos de Nova York, onde se constatou o envolvimento de 88% dos pesquisados em relação sexual casual nos últimos seis meses, além da alta frequência de atos sexuais desprotegidos sem conhecer o estado sorológico do parceiro, evidenciando os sérios fatores de vulnerabilidade que os HSH se expõem (POLLOCK; HALKITIS, 2009).

Relacionado ao uso de preservativos nas relações sexuais, observa-se que a maioria dos HSH entrevistados na cidade de Recife afirmou ter usado preservativo na última relação sexual anal, porém quando questionados sobre a prática do sexo anal nos últimos seis meses, há uma redução nesse número e a maioria passa a ser daqueles que não usaram preservativos em algum momento nesse período (VIEIRA, 2006). Brignol (2008) constatou a prática sexual sem proteção nos últimos 12 meses por 42,8% dos indivíduos que participaram de um inquérito na cidade de Salvador.

Funari (2003) relacionado à vida sexual no último ano, 60,3% dos entrevistados responderam que acreditam ter realizado alguma prática que possa tê-los expostos ao vírus do HIV. Ressalta-se a importância de ações que busquem a sensibilização dos HSH para a utilização do preservativo, com ênfase no diálogo relacionado aos principais motivos apontados para a não utilização da proteção da relação sexual.

6 CONCLUSÃO

Os achados da presente pesquisa apontam implicações importantes relacionadas à promoção da saúde dos HSH no contexto do HIV/aids. Os planos individual e social do conceito ampliado vulnerabilidade fundamentaram a análise das variáveis que evidenciaram vulnerabilidades importantes ao HIV/aids no segmento HSH.

Constata-se a influência marcante da vulnerabilidade individual na determinação das situações de suscetibilidades do grupo estudado frente ao HIV/aids, uma vez que fatores subjetivos, comportamentais e de história de vida foram cuidadosamente analisados.

Um aspecto relevante da vulnerabilidade individual foi a alta prevalência de realização de sexo oral desprotegido. A baixa percepção do risco para aquisição do HIV/aids nessa prática parece contribuir diretamente para a pequena adesão ao preservativo. Sugere-se, portanto, uma melhor compreensão dessa especificidade por meio da construção de um conhecimento mais aprofundado com o objetivo de subsidiar intervenções que visem à redução do comportamento desse risco entre os HSH.

Além disso, a prevalência elevada da proteção no sexo anal denota uma maior preocupação e incorporação de práticas de prevenção que apontam para o crescimento da capacidade desse grupo em reagir positivamente aos desafios impostos pela epidemia. Nesse sentido, observou-se que apesar de não existirem estratégias de ampla escala no contexto da prevenção entre os HSH, verificou-se mudanças que apontam para uma maior proteção dentro desse grupo.

Ademais, outro fator relevante foi associação significativa da prática sexual desprotegida com a parceria fixa. Recomenda-se uma abordagem específica desse fator para uma melhor compreensão da epidemia de aids nesse segmento. Sabe-se de dificuldade de abordar esse aspecto, pois ele possui uma conotação que envolve a fidelidade e a confiança nas parcerias fixas. Cabe ressaltar que esse aspecto também está relacionado ao fenômeno de feminização do HIV/aids, tornando a parceria fixa um ponto importante para compreensão das tendências da epidemia, inclusive, na população em geral.

A suscetibilidade de determinados grupos e a identificação e compreensão de suas particularidades constituem, ainda, um grande desafio a ser enfrentado em todos os espaços, em que condições de risco para aquisição do HIV/aids estejam presentes. Assim, a investigação de outros fatores como o uso de drogas lícitas e ilícitas, por exemplo, merecem ser melhor compreendidos, sobretudo em locais de sociabilidade homossexual, uma vez que esta uma lacuna importante que foi detectada durante a construção presente estudo.

Durante o percurso metodológico surgiram diversos obstáculos como a amostragem. A amostra por conveniência mostrou-se a mais viável para o alcance dos objetivos propostos, contudo a existência de outras formas de amostragem, as semi-probabilísticas, podem auxiliar na construção de outras investigações. Nesse sentido, cabe lembrar que devido ao método de amostragem, os resultados obtidos não permitem uma generalização para toda população de HSH. Contudo, os achados da pesquisa demonstram informações importantes que podem subsidiar a construção de ações educativas, de políticas e programas direcionadas para esse segmento populacional.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde sexual desse grupo específico, por meio de uma atenção humanizada pautada no cuidado holístico, livre de preconceitos, e em atividades de caráter educativo com vistas a mudanças de comportamento que apontem para a prática sexual segura.

O recrutamento da amostra envolveu outros desafios como mobilizar pesquisadores para coleta aos finais de semana, abordar os sujeitos em locais de diversão e entretenimento, explicar e convencer a participação no estudo, fornecer privacidade e fugir de ruídos foram alguns dos obstáculos que precisaram ser superados para a conclusão do estudo.

Apesar dos desafios, considera-se importante a realização de novas pesquisas que objetivem aprofundar a investigação sobre as razões associadas a não utilização de preservativos, seja na prática do sexo oral ou anal. A compreensão do que está implicado no momento da decisão de usar ou não usar o preservativo deve ser aprofundada, bem como os aspectos envolvidos nas negociações entre os parceiros sexuais.

REFERÊNCIAS

- ALVY, L. M.; MCKIRNAN, D.; MANSERGH, G. J.; KOBLIN, B.; COLFAX, G. N.; FLORES, S. A.; HUDSON, S. Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 1171–1179, 2011.
- ANDRADE, S. M. O.; TAMAKI, E. M.; VINHA, J. M.; POMPILIO, M. A.; PRIETO, C. W.; BARROS, L. M.; LIMA, L. B.; CHAGURI, M. C.; POMPILIO, S. A. L. Vulnerability of men who have sex with men in the context of AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 479-482, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina, F.C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.121-143.
- BARRETO, M. C. R.; OLIVEIRA FILHO, J. E. A inclusão de homossexuais no protestantismo. **RBHCS Rev. Bras. Hist. Ciênc. Sociais**, v. 4, n. 8, p. 117-135, 2012.
- BELOQUI, J. A. Risco relativo para aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl. 3 p. 437-442, 2008.
- BERG, R.C. Barebacking among MSM Internet Users. **AIDS Behav.**, v. 12, p. 822-833, 2008.
- BRAHMAM, G. N. V.; KODAVALLA, V.; RAJKUMAR, H.; RACHAKULLA, H. K.; KALLAM, S.; MYAKALA, S. P.; PARANJAPE, R. S.; GUPTE, M. D.; LAKSHMI, R.; KOHLI, A.; RAMESH, B. M. Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states of India. **AIDS**. v. 22, supl. 5, p. 45-57, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012, de 13 de junho de 2013. **Dispõe sobre novas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos no cenário brasileiro**. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais**. Brasília, 2010b.
- _____. Programa Nacional de DST e AIDS. **Bol. Epidemiol. AIDS**. Brasília-DF, Jan a Jun/2012.
- _____. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre gays, outros HSH e travestis**. Brasília, 2008.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de Prevenção de DST /Aids e cidadania para homossexuais**. Brasília, 2002. 145p (Série Manual, n. 52).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST Aids. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sexualidades e saúde reprodutiva**. In adolescentes e jovens para a educação entre pares. Brasília, 2010a.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I. **Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet**. Rev Bras Epidemiol, v.14, n.3 p.423-34, 2011.

BRIGNOL, S. M. S. **Estudo epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no município de Salvador**. Tese (Doutorado) - Departamento de Saúde Comunitária-Epidemiologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

BRIGNOL, S. M. S. **Estudo epidemiológico das práticas sexuais desprotegidas em uma população de homens e travestis**. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Comunitária-Epidemiologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

BROWNE, D. C.; CLUBB, P. A.; WANG, Y.; WAGNER, F. Drug use and high-risk sexual behaviors among african american men who have sex with men and men who have sex with women. **Am. J. Public Health.**, v. 99, n. 6, p. 1062-1066, 2009.

CAMPOS, R. G. **Burnout**: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Inf. Epidemiol. DST/Aids**. Fortaleza, 2013.

COELHO, J. F. J. **Bastidores e estréias**: performers trans e boates gays “abalando” a cidade. Dissertação (Mestrado) - Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

COLEMAN, E.; HORNATH, K. J.; MINER, M.; ROSS, M. W.; OAKES, M.; ROSSER, B. R. S. Compulsive sexual behavior and risk for unsafe sex among internet using men who have sex with men. **Arch. Sex. Behav.**, v. 39, p.1045-1053, 2010.

CORNWALL, A.; JOLLY, S. **Questões de sexualidade**: ensaios transculturais. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

COSTA, A. H. C. **Homem com h**: uma etnografia sobre os homens que fazem sexo com homens - HSH na cidade de Fortaleza. Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23 a 26 de agosto de 2010

EL-SAYYED, N.; KABBASH, I. A.; EL-GUENIEDY, M. Risk behaviours for HIV/AIDS infection among men who have sex with men in Cairo, Egypt. **East. Mediterr. Health J.**, v. 14, n. 4, p. 905-915, 2008.

FERRAZ, E. A.; SCHWENCK, C.; QUENTAL, C. I. Homens que fazem sexo com homens: vulnerabilidades a partir de comportamentos sexuais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu-MG. Minas gerais: ABEP, 2004.

FONTE, V. R. F.; PINHEIRO, C. D. P.; BARCELLOS, N. S. B.; FRANCISCO, M. T. R.; COSTA, C. M. A. Fatores associados ao uso do preservativo entre Homens que fazem sexo com homens, jovens adultos, frequentadores de boates gays no município do Rio de Janeiro. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., Natal, 2013.

FRY, P; MACRAE, E. **O Que é homossexualidade?**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FUNARI, S. L. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 6, p. 1841-1844, 2003.

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

GONDIM, R. C.; KERR-PONTES, L. R. S. Homo-bisexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 3, n. 1-3, p. 38-49, 2000.

GRECO, M.; SILVA, A. P.; MERCHÁN-HAMANN, E.; JERONYMO, M. L.; ANDRADE, J. C.; GRECO, D. B. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl. 2, p.109-117, 2007.

GROV, C.; PARSONS, J. T.; BIMBI, D. S. In the shadows of a prevention campaign: sexual risk behavior in the absence of crystal methamphetamine. **AIDS Educ. Prev.**, v. 20, n.1, p. 42-55, 2008.

HAN, C. A Qualitative exploration of the relationship between racism and unsafe sex among asian pacific islander gay men. **Arch. Sex. Behav.**, v. 37, p. 827-837, 2008.

HATZENBUEHLER, M. L.; O'CLEIRIGH, C.; MAYER, K. H.; MIMIAGA, M. J.; SAFREN, S. A. Prospective associations between hiv-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. **Ann. Behav. Med.**, v. 42, p. 227-234, 2011.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. S. As trajetórias homo-bissexuais. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 9, p. 361.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 35.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 dez 2013.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa:** guia prático. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KELLY, B. C.; BIMBI, D. S.; IZIENICKI, H.; PARSONS, J. T. Stress and coping among hiv-positive barebackers. **AIDS Behav.**, v. 13, p. 792-797, 2009.

KERR, L. R. F. S.; MOTA, R. S.; KENDALL, C.; PINHO, A. A.; MELLO, M. B.; GUIMARÃES, M. D.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; BENZAKEN, A.; MCFARLAND, W.; RUTHERFORD, G. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v. 27, n. 3, p. 427-435, 28, 2013.

LAMBERT, G.; COX, J.; HOTTES, T.S.; TREMBLAY, C.; FRIGAULT, L.R.; ALARY,M; OTIS, J.; REMIS, R.S. Correlates of Unprotected Anal Sex at Last Sexual Episode: Analysis from a Surveillance Study of Men who have Sex with Men in Montreal. **AIDS Behav.**, v.15, p. 584-595, 2011.

LANE, T.; SHADE, S. B.; MCINTYRE, S. F. M. Alcohol and sexual risk behavior among men who have sex with men in South African township communities. **AIDS Behav.**, v. 12, p. S78-S85, 2008.

LAU, J. T. F.; CAI, W.; TSUI, H. Y.; CHEN, L.; CHENG, J. Psychosocial factors in association with condom use during commercial sex among migrant male sex workers living in Shenzhen, Mainland China who serve cross-border Hong Kong male clients. **AIDS Behav.**, v. 13, p. 939-948, 2009.

LAU, J. T. F.; WANG, M.; TSE, Y. K.; GU, J.; TSUI, H. Y.; ZHANG, Y.; WANG, N.; CHENG, F. HIV-related behaviors among men who have sex with men in China: 2005-2006. **AIDS Educ. Prev.**, v. 21, n. 4, p. 325-339, 2009.

LIM, S. H.; OSTROW, D.; STALL, R.; CHMIEL, J.; HERRICK, A.; SHOPTAW, S.; KAO, U.; CARRICO, A.; PLANKEY, M. Changes in stimulant drug use over time in the MACS: evidence for resilience against stimulant drug use among men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 16, p. 151-158, 2012.

LIMA, F. S. S.; SILVA, M. J. G.; GODOI, A. M. M.; MÉRCHAN-HAMANN, E. Homens que fazem sexo com homens: uso dos serviços para prevenção/controle de HIV/AIDS em Brasília-DF. **Com. Ciênc. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 25-34, 2008.

LO, S. C.; REISEN, C. A.; POPPEN, P. J.; BIANCHI, F. T.; ZEA, M. C. Cultural beliefs, partner characteristics, communication and sexual risk among latino MSM. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 613-620, 2011.

MACRAE, E. Em defesa do gueto. In: GREEN, J. N.; TRINDADE, R. (Orgs.). **Homossexualismo em São Paulo e outros escritos**. São Paulo: Unesp, 2005. p. 291-308.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. (Orgs.). **AIDS in the world II global dimensions social roots and responses**. The Global AIDS Policy Coalition. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 441-3.

MAYER, K. H.; SKEER, M.; COVAHEY, C.; LEIDOLF, E.; VANDERWARKER, R.; SAFREN, S. A. Which HIV-infected men who have sex with men in care are engaging in risky sex and acquiring sexually transmitted infections: findings from a Boston community health centre. **Sex. Transm. Infect.**, v. 86, n. 1, p. 66-70, 2010.

MELO, L. N. **Perfil de comportamento de risco para HIV/DST em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) a partir do uso da técnica de amostragem time space sampling (TSS)**. 2006, Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M. “ Você aprende . A gente ensina ?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MISKOLCI, R. O Armário ampliado: notas sobre sociabilidade homoerótica na era da internet. **Gênero**, v. 9, n. 2, p. 171-190, 2009.

MOSKOWITZ, D. A.; SEAL, D. W.; RINTAMAKI, L.; RIEGER, G. HIV in the Leather Community: Rates and Risk-Related Behaviors. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 557-564, 2011.

MOTT, L. **A cena gay de Salvador em tempos de Aids**. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2000. p. 75.

MUSTANSKI, B. Moderating effects of age on the alcohol and sexual risk taking association: an online daily diary study of men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 12, p. 118-126, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **En riesgo y desatendidos**: cuatro grupos de población clave. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Genebra, 2006.

OSTER, A. M.; DORELL, C. G.; MENA, L. A.; THOMAS, P. E.; TOLEDO, C. A.; HEFFELFINGER, J. D. HIV risk among young african american men who have sex with men: a case-control study in Mississippi. **Am. J. Public Health**, v. 101, n. 1, p. 137-143, 2011.

PAMPLONA, R. S. A moral do ressentimento e as práticas discriminatórias na diversidade sexual. **Rev. Eletr. Itinerarius Reflectionis**, v. 2, n. 13, 2012.

PARKER, R. G. Homossexualidades brasileiras. In: PARKER, R. G. **Abaixo do equador:** culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 51-85.

PARKER, R. G. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para as intervenções em face do HIV/Aids. **Phisys**, v. 7 n. 1 p. 99-108, 1997.

PEDROSA, F.; ROCHA, S. A pesquisa em dados e análises. In: PEDROSA, F.; CASTRO, C. **Juventudes homossexuais e sexualidades:** comportamentos e práticas. Fortaleza: GRAB, 2008.

PEREIRA, H. Determinantes do risco e implicações para a saúde nas práticas sexuais de homens que têm sexo com homens. **Anál. Psicol.**, v. 3, n. 25, p. 517-527, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLLOCK, J. A.; HALKITIS, P. N. Environmental factors in relation to unprotected sexual behavior among gay, bisexual, and other MSM. **AIDS Educ. Prev.**, v. 21, n. 4, p. 340-355, 2009.

PRESTAGE, G.; DOWN, I.; GRULICH, A.; ZABLOTSKA. Sex partying among gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 298-304, 2011.

PRESTAGE, G. P.; HUDSON, J.; DOWN, I.; BRADLEY, J.; CORRIGAN, N.; HURLEY, M.; GRULICH, A. E.; MCINNES, D. Gay men who engage in group sex are at increased risk of HIV infection and onward transmission. **AIDS Behav.**, v. 13, p. 724-730, 2009.

RAXACH, J. C.; TERTO JR, V.; GARCÍA, J.; PIMENTA, C.; ALMEIDA, V.; PARKER, R. **Práticas sexuais e conscientização sobre AIDS :** uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual. Rio de Janeiro: ABIA, 2007 (Saúde Sexual e Reprodutiva, 5).

RAYMOND, H. F.; KAJUBI, P.; KAMYA, M. R.; RUTHERFORD, G. W.; MANDEL, J. S.; MCFARLAND, W. Correlates of unprotected receptive anal intercourse among gay and bisexual men: Kampala, Uganda. **AIDS Behav.**, v. 13, n. 4, p. 677-681, 2009.

RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência – Anfetamina.** Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

RIOS, L. F. O paradoxo dos prazeres: trabalho, homossexualidade e estilos de ser homem no candomblé queto fluminense. **Etnográfica**, v.16, n.1, p. 53-74, 2012.

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

ROSSER, B. R. S.; OAKES, J. M.; HORVATH, K. J.; KONSTAN, J. A.; DANILENKO, G. P.; PETERSON, J. L. HIV sexual risk behavior by men who use the internet to seek sex with men: results of the men's internet sex Study-II (MINTS-II). **AIDS Behav.**, v. 13, p. 488-498, 2009.

ROSSER, B. R. S.; MINER, M. H.; BOCKTING, W. O.; ROSS, M. W.; KONSTAN, J.; GURAK, L.; STANTON, J.; EDWARDS, W.; JACOBY, S.; DIEGUEZ, A. C.; MAZIN, R.; COLEMAN, E. HIV Risk and the Internet: Results of the Men's INTernet Sex (MINTS) Study. *AIDS Behav.*, v. 13, p. 746-756, 2009.

SALOMON, E. A.; MIMIAGA, M. J.; HUSNIK, M. J.; WELLES, S. L.; MANSEAU, M. W.; MONTENEGRO, A. B.; SAFREN, S. A.; KOBLIN, B. A.; CHESNEY, M. A. Depressive symptoms, utilization of mental health care, substance use and sexual risk among young men who have sex with men in explore: implications for age-specific interventions. *AIDS Behav.*, v. 13, p. 811-821, 2009.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SCHULMAN, S. Homofobia familiar: uma experiência em busca de reconhecimento. *Bagoas*, n. 5, p. 67-78, 2010.

SEMPLE, S. J.; STRATHDEE, S. A.; ZIANS, J.; MCQUAID, J.; THOMAS, L. P. Correlates of obsessive-compulsive disorder in a sample of hiv-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS Behav.*, v. 15, p. 1153-1160, 2011.

SEROVICH, J. M.; REED, S.; GRAFSKY, E. L. ANDRIST, D. An intervention to assist men who have sex with men disclose their serostatus to casual sex partners: results from a pilot study. *AIDS Educ. Prev.*, v. 21, n. 3, p. 207-219, 2009.

SOLOMON, T. M.; HALKITIS, P. N.; MOELLER, R. M.; SICONOLFI, D. E.; KIANG, M. V.; BARTON, S. C. Sex parties among young gay, bisexual, and other men who have sex with men in New York city: attendance and behavior. *J. Urban Health*, v. 88, n. 6, p. 1063-1065, 2011.

SOUZA, C. T. V. **Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “Projeto Rio”**. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

STEIN, D.; SILVERA, R.; HAGERTY, R.; MARMOR, M. Viewing pornography depicting unprotected anal intercourse: are there implications for hiv prevention among men who have sex with men? *Arch. Sex. Behav.*, v. 41, p. 411-419, 2012.

SZWARCWALD, C. L. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; SANTOS, U. P. P.; BARROS, M. M. V. Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 399-407, 2005.

THOMAS, B.; MIMIAGA, M. J.; MENON, S.; CHANDRASEKARAN, V.; MURUGESAN, P.; SWAMINATHAN, S.; MAYER, K. H.; SAFREN, A. S. Unseen and unheard: predictors

of sexual risk behavior and HIV infection among men who have sex with men in Chennai, India. **AIDS Educ. Prev.**, v. 21, n. 4, p. 372-383, 2009.

VIEIRA, N. A. **Entendendo quem entende:** comportamentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para Aids entre homens que fazem sexo com homens. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

WEI, C.; RAYMOND, F.; GUADAMUZ, T. E.; STALL, R.; COLFAX, G. N.; SNOWDEN, J.; MCFARLAND, W. Racial/Ethnic Differences in Seroadaptive and Serodisclosure Behaviors Among Men Who Have Sex with Men. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 22-29, 2011.

WELLES, S. L; BAKER, C.; MINER, M. H.; BRENNAN, D. J.; JACOBY, S. History of childhood sexual abuse and unsafe anal intercourse in a 6-city study of hiv-positive men who have sex with men. **Am. J. Public Health**, v. 99, n. 6, p. 1070-1086, 2009.

WELLS, B. E.; GOLUB, S. A.; PARSONS, J. T. An integrated theoretical approach to substance use and risky sexual behavior among men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 509-520, 2011.

WILTON, L.; HERBST, J. H.; COURY-DONIGER, P.; PAINTER, T.M.; ENGLISH, G.; ALVAREZ, M. E.; SCAHILL, M.; ROBERSON, M. A.; LUCAS, B.; JOHNSON, W. D.; Efficacy of an HIV/STI prevention intervention for black men who have sex with men: findings from the many men, many voices (3MV) project. **AIDS Behav.**, v. 13, p. 532-544, 2009.

WOODFORD, M. R; NEWMAN, P. A.; CHAKRAPANI, V.; SHUNMUGAM, M.; KAKINAMI, L. Correlates of HIV Testing Uptake among Kothi-Identified Men who have Sex with Men in Public Sex Environments in Chennai, India. **AIDS Behav.**, v. 16, n. 1, p. 53-62, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Overview of global AIDS epidemic**. In: Report on the global AIDS Epidemic. World Health Organization, 2009

ZEKAN, S.; NOVOTNY, T. E.; BEGOVAC, J. Unsafe Sexual Behavior Among HIV-Infected Patients in Croatia, 2006: Prevalence and Associated Factors. **AIDS Behav.**, v. 12, p. S86-S92, 2008.

ZHONG, F.; LIN, P.; XU, H.; WANG, Y.; WANG, M.; HE, Q.; FAN, L.; LI, Y.; WE, F.; LIANG, Y.; RAYMOND, H. F.; ZHAO, J. Possible increase in hiv and syphilis prevalence among men who have sex with men in Guangzhou, China: results from a respondent-driven sampling survey. **AIDS Behav.**, v. 15, p. 1058-1066, 2011.

APÊNDICES

APENDICE A
PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.1 Idade (anos completos): _____

1.2 Escolaridade em anos de estudo: _____

() 1.Alfabetizado

() 2.Fundamental incompleto Série: _____

() 3.Fundamental Completo

() 4.Médio Incompleto Ano: _____

() 5.Médio Completo

() 6.Superior

() 7.Pós-graduação

1.3 Estado civil:

() 1.solteiro () 2.casado/amigado com homem () 3.casado/amigado com mulher

() 4.separado () 5.divorciado () 6. viúvo

1.4 Religião:

() 1.católica () 2.evangélica () 3.afrobrasileira () 4.nenhuma () 5.outras

1.5 Cor auto-referida:

() 1.branca () 2.negra () 3.parda () 4.amarela () 5.não sabe () 6.outras

1.6 Mora com:

() 1.sozinho () 2.pais/parentes () 3.amigos () 4.com o parceiro () 5.com a mulher

() 6.outros

1.7 Ocupação: _____

1.8 Renda mensal (valor): _____

PARTE 2 - IDENTIDADE SEXUAL

➤ **Que termo melhor define sua sexualidade?**

() 1.homossexual () 2.gay () 3.entendido () 4.viado () 5.bicha () 6.baitola ()

7.homem () 8.bissexual

➤ **Como sua família se comporta em relação a sua sexualidade?**

() 1.não sabe () 2.apóia () 3.é indiferente () 4.não aceita () 5.outros

➤ **Costuma freqüentar lugares gay?** ()1. Sim () Não

	Sempre(1)	Freqüentemente(2)	Raramente(3)	Nunca(4)
Boates				
Praia(barracas)				
Bares				
Quarto escuro				
Saunas				
Banheiros públicos				
Cinema de pegação				
Outros				

PARTE 3 - HISTÓRICO DA PRÁTICA SEXUAL

3.1 Idade da 1^a relação sexual: _____

3.2 Idade da 1^a relação com homem: _____

3.3 Já manteve relação sexual com mulher?

()1.sim ()2.não

3.4 Possui parceiro fixo?

()1.sim ()2.não

3.5 O parceiro é:

()homem ()mulher

3.6 Quanto tempo de parceria? _____

()1. até 3 meses

()2. entre 3 meses e 1 ano

()3. entre 1 e 2 anos

()4. entre 2 e 5 anos

()5. mais de 5 anos

3.7 Qual a idade do parceiro? _____

3.8 Nos últimos 3(três) meses, como tem sido sua vida sexual?

()1. sem relacionamento sexual

()2. com parceiro sexual fixo, sem relação com outros homens/mulheres

()3. com parceiro fixo, mantendo relação com outros homens/mulheres

()4. mantém relações esporádicas com diferentes homens

3.9 Nº de parceiros nos últimos 3 meses: _____

3.10 Nº de parceiros no último ano: _____

3.11 Nº de parceiros na vida: _____

3.12 Já fez ou faz sexo virtual?

()1.Sim ()2.Não

3.13 Já apresentou corrimento/ferida/verruga genital alguma vez na vida?

()1.Sim ()2.Não ()3. Não lembra

3.14 Se sim, Realizou tratamento?

()1.Sim ()2.Não ()3. Não lembra

3.15 Já fez teste Anti HIV alguma vez?

()1.Sim ()2.Não ()3. Não lembra

PARTE 4 – PRÁTICAS SEXUAIS

4.1 Já fez ou faz sexo oral?

()1.Sim ()2.Não

4.2 Se sim, Usa camisinha no sexo oral?

()1.sempre()2.às vezes()3.não usa ()4.apenas quando recebo ()5.apenas quando realizo

4.3 Pratica sexo anal?

()1.sim ()2.não

5 Qual tipo de sexo anal?

()1.ativo e passivo

()2.somente passivo

()3.somente ativo

4.4 Se sim, Usa camisinha no sexo anal?

()1.sempre, independente do tipo

()2.apenas quando é passivo

()3.apenas quando é ativo

()4.não usa

4.5 Manteve relação sexual sem camisinha nos últimos 6 meses?

()1.Sim()2.Não ()3. Não lembra

APENDICE B
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

VALIDAÇÃO DE FACE E CONTEÚDO

- 1) O conteúdo das perguntas reflete os itens necessários para analisar os fatores de vulnerabilidade ao HIV/aids de homens que fazem sexo com homens a partir dos comportamentos e práticas sexuais?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões:

Comentários:

—

- 2) Nas questões e alternativas existem termos ou expressões que não condizem com a análise dos fatores de vulnerabilidade ao HIV/aids de homens que fazem sexo com homens a partir dos comportamentos e práticas sexuais?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões:

Comentários:

- 3) A forma de abordagem e o conteúdo das perguntas e alternativas estão com o vocabulário adequado?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões:

Comentários:

- 4) As perguntas e opções demonstram clareza e objetividade?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões:

Comentários:

5) É necessário fazer alguma alteração gramatical ou correção?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões:

Comentários:

6) As perguntas são adequadas para avaliar os fatores de vulnerabilidade de Homens que fazem Sexo com Homens?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões:

Comentários:

Nome do especialista da área ou especialista em validação de conteúdo e de face:

Instituição:

Cargo:

Comentários finais:

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-JUÍZES

Prezada Professora,

Sou DIEGO JORGE MAIA LIMA, mestrando do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo um estudo intitulado **Vulnerabilidade ao HIV/aids de Homens que fazem Sexo com Homens: comportamentos e práticas**, que será realizado em locais de sociabilidade homossexual de Fortaleza por meio de entrevistas com 257 HSH. O estudo tem como objetivo analisar os fatores de vulnerabilidade ao HIV/aids de homens que fazem sexo com homens a partir dos comportamentos e práticas sexuais.

Para alcançar o objetivo, será utilizado como instrumento para coleta de dados um formulário anônimo, padronizado, estruturado com perguntas fechadas, construído a partir da adaptação da pesquisa sobre sexualidade brasileira e de instrumentos utilizados em estudos de âmbitos locais e nacionais. O instrumento é composto por três seções: dados sociodemográficos, comportamentos sexuais e práticas sexuais. Para tanto, o inquérito precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação, ou que se denomina validade de conteúdo, para conferir maior credibilidade ao instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-la a participar do meu estudo na qualidade de juiz.

Desta forma, a senhora receberá uma cópia do instrumento e um questionário para avaliação do inquérito. Sua participação neste estudo é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para validar o instrumento, um encontro (virtual ou pessoal) com o pesquisador para que possamos discutir e fazer uma síntese de sua apreciação do material, caso considere necessário.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (085) 87476059 ou E-mail: diegojorge19@hotmail.com.

Eu, _____ RG _____
após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado,
concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura da Expert (Juiz)

Assinatura do pesquisador

APENDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-PARTICIPANTES

Prezado senhor,

Eu, Diego Jorge Maia Lima, enfermeiro, estou convidando o senhor para participar de uma pesquisa que será realizada sob minha responsabilidade, intitulada como “VULNERJABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS: COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS”. Esta pesquisa pretende analisar os comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens em Fortaleza.

Os participantes devem ser homens que fazem sexo com homens, maiores de dezoito anos, brasileiros, que tenham tido pelo menos um encontro sexual no último ano e que freqüentem locais de sociabilidade gay. Espera-se que com os dados obtidos possam auxiliar na formulação de políticas de forma a melhorar a qualidade de vida desses homens. Peço sua autorização para participar de uma entrevista que contém perguntas de identificação, comportamentos e práticas sexuais. Garanto que a participação na entrevista não envolve riscos e que, esse encontro terá duração de, no máximo, 20 minutos e o senhor poderá, a qualquer momento, perguntar sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de não participar ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para você.

Para sua maior comodidade, asseguramos que o sigilo de sua identidade será mantido, e você poderá desistir de participar quando achar conveniente. Os dados coletados serão apresentados ao Curso de Mestrado em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica. O estudo não trará nenhuma despesa para o senhor e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3366 8338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Diego Jorge Maia Lima

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: 3366-8448

diegojorge19@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, RG _____ n° _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2011

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador