

## Homens que fazem sexo com homens: uso dos serviços de saúde para prevenção/control de HIV/AIDS em Brasília-DF

Men who have sex with men: the use of health services for HIV/AIDS prevention and control, Brasília-DF

Francisca Sueli da Silva Lima<sup>1</sup>  
 Maria Josenilda Gonçalves da Silva<sup>2</sup>  
 Alcinda Maria Machado Godoi<sup>3</sup>  
 Edgar Merchán-Hamann<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Estudos sobre o uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens (HSH) são importantes por causa da vulnerabilidade deste segmento em razão do preconceito e discriminação.

**Objetivo:** Definir o perfil e as motivações de uso dos serviços de diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, testagem para HIV e aquisição do preservativo por homens que fazem sexo com homens, no Distrito Federal.

**Métodos:** Estudo transversal realizado em 2003, em locais de lazer, mediante entrevistas individuais usando questionário estruturado e quatro grupos focais. A amostra foi composta de 465 homens, com idade mínima de 18 anos.

**Resultados:** Dos entrevistados, 7,5% afirmaram ter apresentado algum sintoma de doença sexualmente transmissível nos últimos seis meses. Dentre os que tiveram sintomas, 66% disseram ter procurado serviços de saúde, a maioria privados, apenas 8,6%, os públicos e 17,1% “não fez nada”. Quanto à testagem para HIV, 70,3% afirmaram já ter realizado o teste, variando o número de vezes de 1 a 40 (média = 3,5; mediana 2 exames por indivíduo). Observou-se a prática de realização do teste, após relações sem proteção; o teste devolveria a tranquilidade após tais exposições em pessoas que conhecem o risco. No contexto da testagem, o aconselhamento nem sempre foi visto como importante. Homens mais jovens declararam adquirir o preservativo com maior frequência em locais de encontros gays, em eventos e em organizações não-governamentais.

**Conclusão:** Constatou-se pouco uso dos serviços públicos para consultas por sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e para aquisição de insumos de prevenção. Houve maior uso dos serviços para testagem de HIV.

**Palavras-chave:** Comportamento sexual; Homossexual; AIDS; HIV; Serviços de saúde.

<sup>1</sup>Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil.

<sup>2</sup>Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil.

<sup>3</sup>Senado Federal, Brasília-DF, Brasil.

<sup>4</sup>Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil.

### Correspondência

Francisca Sueli da Silva Lima  
 SQN 307, bloco F, apartamento 307,  
 Brasília-DF 70746-060,  
 Brasil.  
 suelisabino\_carneiro@yahoo.com.br

Recebido em 01/agosto/2007  
 Aprovado em 13/novembro/2007

## ABSTRACT

**Introduction:** Research about health care services use by men who have sex with men (MSM) is relevant due to their special conditions of vulnerability, prejudice and discrimination.

**Objective:** To study the use of health services for STD diagnosis and treatment and its motivations, HIV testing and condom acquisition by MSM in the Federal District of Brazil.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study, at leisure venues in 2003. The sample involved 465 MSM, aged 18 or more, by means of individual interviews based on a structured questionnaire. We also conducted four focus group interviews.

**Results:** Among participants, 7.5% reported symptoms of STD within the previous 6 months. Among those who reported symptoms, 66% looked for health care services, most of them private clinics and only 8.7% public health services; 17.1% reported "doing nothing". Regarding HIV serological testing, 70.3% reported having been tested; the number of tests varied from 1 to 40 (means = 3.5; median 2 tests per person); we observed HIV testing after risk taking behavior and unprotected sex; testing would have a calmativ effect on people who know the risks. Testing counseling was seldom regarded as necessary. Younger men acquired condoms more frequently at gay meeting places, at parties or parades, or at NGOs.

**Conclusion:** Public health services are used with low frequency for STD symptoms and for condom acquisition. They are used more frequently for HIV testing.

**Key words:** Sexual behavior; Homosexual; AIDS; HIV; Health services

## INTRODUÇÃO

Segundo dados do Sistema de Notificação do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS – DST/AIDS – do Distrito Federal (DF), desde o ano 2000, a categoria de transmissão homo e bissexual tem sido responsável por uma proporção de casos, que varia entre 30 e 40% do total das notificações de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em indivíduos do sexo masculino maiores de 13 anos. Destaca-se que nesse período é desconhecida a via de transmissão de 25% dos casos notificados, o que pode elevar ainda mais essa proporção. Até 31 de dezembro de 2003, dos 2.321 casos incluídos no registro ativo de portadores do HIV, 20% correspondia à categoria de exposição sexual homo e bissexual<sup>1</sup>. Em 2005, este sistema (SIS-HIV) notificou 132 casos de infecção por HIV. Desses, 27% correspondem à categoria de exposição sexual homo e bissexual. Isso demons-

tra que o segmento de homens que fazem sexo com homens (HSH), ainda constitui uma parte importante do número de casos de infecção pelo HIV no DF, representando o segundo grupo mais acometido nos casos diagnosticados, depois da categoria heterossexual.

O acesso universal e gratuito ao tratamento anti-retroviral no Brasil, a partir de 1996<sup>2</sup>, levou ao aumento da sobrevivência e à redução da letalidade associada à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)<sup>3</sup>. É possível que esse fato possa estar associado a uma mudança na percepção de risco em relação à adoção de práticas seguras de sexo, que estaria levando à diminuição da frequência do uso do preservativo e conseqüente aumento do risco de transmissão já constatado em outros estudos<sup>4,5,6</sup>.

O fenômeno conhecido como *barebacking*, que se caracteriza pela prática intencional de sexo anal, sem proteção, com parceiros eventuais, apresenta-se como um comportamento vinculado a essa mudança de percepção do risco entre os HSH. Esse fenômeno, constatado entre homossexuais, vem se tornando uma prática cada vez mais comum<sup>8,9</sup>. Segundo Oltramari (2005)<sup>10</sup>, há em torno de 100 sítios na Internet dedicados a essa prática. Esses sites são facilitadores para pessoas que querem se tornar soropositivas (portadores do HIV) e pessoas que são HIV positivo e querem passar o *gift* (chamado de presente pelos *barebackers*). Frente a essas mudanças, torna-se necessário aumentar o conhecimento sobre essas práticas em nosso meio e implementar novas abordagens de educação em saúde para sua inibição.

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<sup>11</sup>. Este artigo focaliza aspectos relativos ao componente dos serviços de saúde para o segmento HSH – sua utilização e alguns aspectos de estrutura, condições de oferta e qualidade das ações – e mostra como estes serviços têm sido usados por esta população, para prevenção e controle de DST, HIV/AIDS no DF.

A rede pública de saúde do Distrito Federal dispõe de nove centros de referência que prestam assistência às pessoas portadoras de HIV/AIDS, oferecem aconselhamento e testagem para HIV, além do diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), desenvolvem ações de prevenção, distribuição de preservativos e atividades junto a entidades da sociedade organizada. A rede de serviços conta ainda com um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que também desenvolve ações de aconselhamento e distribuição de preservativos. Além desses serviços, todos os centros de saúde dessa rede realizam o teste diagnóstico para HIV e distribuem preservativos.

Com vistas a fornecer subsídios para o aprimoramento de estratégias de prevenção e controle do HIV/AIDS entre HSH no DF, realizou-se, em 2003, uma pesquisa em locais de lazer “*gay*” ou dirigidos ao público de “*gays*, lésbicas e simpatizantes” (GLS).

## MÉTODO

Realizou-se um estudo epidemiológico quantitativo do tipo transversal e um estudo qualitativo do tipo grupo focal. A amostra foi composta de HSH, com idade mínima de 18 anos, que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Tendo em vista a não disponibilidade de dados sobre estimativas de prevalências para as variáveis de interesse na população HSH do Distrito Federal, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando a proporção hipotética de uso de preservativo de  $p = 80\%$ . Assim, foram adotados os seguintes parâmetros para o cálculo do tamanho da amostra: erro  $\alpha = 0,05$ ; erro  $\beta = 0,20$ ; diferença mínima de proporções =  $0,10$ . Aplicou-se a fórmula para tamanho de amostra por grupo para comparação de duas proporções<sup>12</sup>, resultando em um tamanho mínimo de 219 homens por grupo de exposição ( $N \text{ total} = 438$ ).

Por tratar-se de uma população de difícil acesso, optou-se por recrutá-los nos locais sabidamente frequentados pela população GLS, como bares, boates e cafés. Para tanto, contou-se com a colaboração de lideranças de ONG de militância pelos direitos de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (GBLT) do Distrito Federal. A pesquisa também foi realizada em saunas e na rodoviária de uma cidade-satélite do DF. Portanto, trata-se de uma amostra de conveniência.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado, constituído de 64 questões que contemplaram, dentre outros, os temas que são abordados neste artigo: antecedente de sintomas de DST nos últimos 6 meses, conduta adotada frente ao problema (procura dos serviços), realização do teste para HIV (local de realização e busca do resultado), conhecimento dos locais de testagem, motivos para a não realização do teste e forma de aquisição de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante).

Para a classificação socioeconômica da população de estudo, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil, conforme proposto pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP, construído a partir do somatório de pontos dados a uma série de questões sobre a posse de bens de consumo duráveis (eletroeletrônicos), número de empregados da casa e o grau de instrução do chefe da família, resultando em um *score*. Essa classificação não tem a pretensão de estratificar a população em “classes sociais”, tão-somente de

estabelecer uma divisão de mercado com base em “classes econômicas”, as quais permitem estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas<sup>3</sup>. A aplicação dos critérios resulta em cinco classes socioeconômicas: A, B, C, D e E, em um gradiente decrescente de poder de compra. Para permitir a comparabilidade com outros estudos, as classes foram agregadas, o que resultou em três categorias: A/B, C e D/E.

A “cor da pele” foi auto-referida, tendo sido empregadas as categorias utilizadas pelo IBGE: branca, preta, parda/morena, amarela/oriental e indígena.

Os entrevistadores, de ambos os sexos, foram selecionados entre os participantes de ONG de militância *gay*. No treinamento para o trabalho de campo, foram abordados os seguintes tópicos: ética em pesquisa (sigilo, TCLE, anonimato e privacidade), objetivos da pesquisa, delineamento metodológico, seleção dos entrevistados, abordagem para recrutamento, simulações de entrevistas e vivência no campo sob supervisão.

Os objetivos do estudo eram apresentados aos potenciais entrevistados. Para aqueles que concordavam em participar, era lido o TCLE, o qual era assinado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado. A entrevista foi conduzida nos locais em que as abordagens foram feitas, em um ambiente mais reservado, para assegurar a privacidade. O tempo médio da entrevista foi de 30 minutos.

Foi utilizado o *software* Epi-info 6.04, para a construção do banco de dados e posterior análise. Foram calculadas as médias e medianas de variáveis numéricas e os coeficientes de prevalência de relato dos eventos de interesse. Foi empregado o teste do qui-quadrado para testar a existência de diferenças entre proporções de diversas variáveis em relação à idade e classe econômica, considerando-se como nível de significância estatística um valor  $p$  menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

Para aprofundar os aspectos mais subjetivos, foram conduzidos quatro grupos focais, estratificados em duas faixas etárias: uma de 18 a 24 anos e a outra a partir de 25 anos. Foi construído um roteiro próprio para a condução dos grupos focais, as discussões eram registradas em meio eletrônico e, posteriormente, transcritas. Cada grupo contou com uma participação média de seis homens. As reuniões tiveram como moderadores os próprios pesquisadores e o tempo médio de duração foi de duas horas.

Nos grupos, foram abordadas questões relacionadas às representações sobre: a homossexualidade, as práticas e parcerias sexuais, as motivações e determinantes de práticas de risco para o HIV/AIDS e cidadania. Essa técnica é considerada apropriada para abordar aspectos dessa natureza<sup>14</sup>.

O protocolo do estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo foi financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

### Perfil sociodemográfico

A amostra foi constituída de 465 homens, predominantemente jovens, 92,7% entre 18 e 39 anos, a média foi de 27 anos de idade, mediana 26 e moda 20 (DP= 7,1; intervalo interquartil 21-31). Quanto à classe econômica, 65,3% pertence às classes econômicas A e B, 28% à C e apenas 6,7% às classes D e E. No que se refere à escolaridade, 33,3% tinham curso superior incompleto, 21,6% superior completo, 27,1% o ensino médio completo. Apenas 18% referiram níveis menores de escolaridade.

### Uso dos Serviços de Saúde

Dos entrevistados, 35 (7,5%) afirmaram ter apresentado nos últimos seis meses sinal ou sintoma de DST, tais como “ferida, verruga ou corrimento” no pênis (Tabela 1). Segundo esses relatos, a prevalência dessa sintomatologia foi maior entre homens com idade igual ou superior a 25 anos, representando 9%, entre aqueles com menos de 25 anos, a prevalência foi 5,5%. No tocante à classe econômica, a maior prevalência de sintomas de DST foi encontrada nas classes D/E (9,7%). Essas diferenças não apresentaram significância estatística ( $p > 0,05$ ). Na tabela 1, constata-se também que quase dois terços (65,7%) disseram ter procurado os serviços de saúde, a maioria os serviços privados e apenas 8,7% os serviços públicos. A busca por alternativas foi relatada por 28,6%. Um percentual expressivo, 17,1%, referiu não ter “feito nada”.

Tabela 1

Prevalência de relato de sintomas de DST, nos últimos 6 meses, entre HSH\*, por grupo etário, classe econômica e busca pelo tratamento. DF, 2003.

|   | Prevalência de relato de DST |      |
|---|------------------------------|------|
|   | n                            | %    |
| <b>Grupo etário**</b>                   |                              |      |
| 18 a 24                                 | 11                           | 5,5  |
| 25 a 39                                 | 21                           | 9,1  |
| 40 e +                                  | 3                            | 8,8  |
| <b>Classe econômica**</b>               |                              |      |
| A/B                                     | 23                           | 7,6  |
| C                                       | 9                            | 6,9  |
| D/E                                     | 3                            | 9,7  |
| <b>Procura pelo serviço de saúde***</b> |                              |      |
| Procurou                                | 23                           | 65,7 |
| no serviço de saúde público             | 3                            | 8,6  |
| no serviço de saúde privado             | 20                           | 57,1 |
| Não procurou                            | 12                           | 34,3 |
| Buscou diretamente a farmácia           | 1                            | 2,9  |
| Auto medicou-se                         | 6                            | 17,1 |
| Buscou ajuda com amigos                 | 3                            | 8,6  |
| Não fez nada                            | 6                            | 17,1 |

\* HSH: homens que fazem sexo com homens.

\*\* Prevalências calculadas em relação aos subtotais da amostra por categorias.

\*\*\* Percentuais calculados em relação ao número de participantes com relato de DST. Em relação aos que não procuraram o serviço, houve indivíduos que buscaram ajuda de mais de uma forma.

### Aquisição do Preservativo

A aquisição do preservativo (Tabela 2) variou conforme a idade. Os homens mais jovens disseram comprar 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. A diferença foi maior e estatisticamente significativa no que diz respeito à aquisição em locais de encontro gay mencionados com escassa frequência por aqueles com menor poder aquisitivo.

Tabela 2

Formas de acesso ao preservativo (%) entre HSH\*, por grupo etário e classe econômica. DF, 2003.

|                        | Grupo etário   |                |                | Valor de p | Classe econômica |            |             | Valor de p |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|------------|------------------|------------|-------------|------------|
|                        | 18-24<br>n=198 | 25-39<br>n=231 | 40 e +<br>n=34 |            | A/B<br>n=303     | C<br>n=130 | D/E<br>n=31 |            |
| Compra                 | 85,9           | 91,8           | 97,1           | 0,045      | 89,4             | 90,8       | 87,1        | 0,82       |
| Locais de encontro GLS | 67,2           | 58,9           | 50,0           | 0,07       | 65,0             | 60,0       | 35,5        | 0,005      |
| ONGs                   | 14,1           | 10,4           | 5,9            | 0,266      | 13,2             | 10,0       | 3,2         | 0,20       |
| Serviços de saúde      | 18,7           | 19,0           | 8,8            | 0,340      | 21,1             | 3,1        | 9,7         | 0,062      |
| Eventos                | 66,2           | 58,4           | 47,1           | 0,060      | 61,7             | 60,8       | 51,6        | 0,55       |

\*HSH: homens que fazem sexo com homens.

### Teste diagnóstico para HIV

Quanto à testagem para HIV (Tabela 3), um percentual relevante da população estudada (70,3%) declarou já ter realizado o teste, pelo menos uma vez, em algum momento da vida. O número de vezes em que a sorologia foi realizada variou de uma a quarenta, com uma média de 3,5, moda de 1,0 e mediana de 2 exames sorológicos por pessoa, (DP=4.07; Intervalo interquartil= 1-4). Ressalta-se que 16% dos entrevistados já foram testados mais de cinco vezes, chamam a atenção alguns indivíduos que referiram números excessivos de teste (de 10 a 40). Os dados mostram que os homens mais jovens e os da classe econômica mais precária são

os que, proporcionalmente apresentam menor procura pela testagem. As diferenças encontradas entre as diversas categorias de idade e de classe econômica foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). A probabilidade de um homem pertencente às classes A/ B ou C realizar o teste é duas vezes maior que a de um homem da classe D/E. A tabela 3 mostra ainda que a maior parte dos homens (cerca de 47%) procurou os serviços públicos de saúde especializados para a realização do teste, vindo a seguir os serviços privados (42%). Os serviços públicos não-especializados foram procurados com menor frequência. A quase totalidade dos homens que fez o teste foi buscar e recebeu o resultado.

Tabela 3

Distribuição dos HSH\* que realizaram teste para HIV, segundo grupo etário, classe econômica, local de testagem e busca do resultado. DF, 2003.

| Variáveis                              | Testagem para HIV |      |
|--|-------------------|------|
|  | n                 | %    |
| <b>Grupo etário **</b>                 |                   |      |
| 18-24                                  | 112               | 56,3 |
| 25-39                                  | 188               | 81,4 |
| 40 e mais                              | 26                | 76,5 |
| <b>Classe econômica**</b>              |                   |      |
| A/B                                    | 222               | 73,0 |
| C                                      | 94                | 72,3 |
| D/E                                    | 11                | 35,5 |
| <b>Número de vezes ***</b>             |                   |      |
| 1-2                                    | 172               | 52,8 |
| 3-5                                    | 96                | 29,4 |
| 6-9                                    | 28                | 8,6  |
| 10 e mais                              | 24                | 7,4  |
| <b>Local da testagem***</b>            |                   |      |
| Serviço de saúde público especializado | 153               | 46,8 |
| Serviço de saúde privado               | 137               | 41,9 |
| Serviço público não-especializado      | 48                | 14,7 |
| Hemocentro                             | 45                | 13,8 |
| <b>Busca pelo resultado***</b>         |                   |      |
| Sim e recebeu                          | 320               | 98,5 |
| Sim, mas não recebeu                   | 1                 | 0,3  |
| Não                                    | 4                 | 1,2  |

\*HSH: homens que fazem sexo com homens.

\*\* Prevalências calculadas com base na amostra total para cada categoria.

\*\*\* Percentuais calculados sobre as informações fornecidas pelos participantes que realizaram o teste. Em relação ao local de testagem, houve indivíduos que fizeram mais de uma vez em serviços diferentes.

Em relação aos motivos que levaram a não realização do teste para o HIV (Tabela 4), o principal foi “não achar necessário” (35,5%), seguido pela falta de interesse em fazê-lo (25,4%). O medo do resultado contribuiu para que cerca de 19% dos homens não o fizessem. Problemas relativos ao próprio serviço de testagem foram pouco referidos; o desconhecimento dos locais que oferecem o teste foi mencionado por 6,5% dos entrevistados como um motivo de não-realização do mesmo.

A tabela 5 mostra distribuição dos participantes que não realizaram teste para HIV em razão do desconhecimento sobre os locais de realização de teste. Observa-se que o desconhecimento com relação ao local onde fazer o teste foi pouco referido como motivo para a não realização do mesmo, porém o percentual de homens que não o fizeram e que não sabem onde fazer é elevado, cerca de 22%. Essa proporção é mais elevada entre indivíduos das classes sociais menos favorecidas, em torno de 45%.

Tabela 4

Distribuição dos HSH\* que não realizaram teste para HIV, segundo o motivo de não realização. DF, 2003.

| Motivos de não ter feito o teste | n          | %            |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Medo do resultado                | 26         | 18,8         |
| Não se interessou                | 35         | 25,4         |
| Não achou necessário             | 49         | 35,5         |
| Falta de teste no serviço        | 4          | 2,9          |
| Não sabe onde faz                | 9          | 6,5          |
| Outro motivo                     | 9          | 6,5          |
| Não opinou                       | 7          | 5,0          |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>139</b> | <b>100,0</b> |

\*HSH: homens que fazem sexo com homens.

Tabela 5

Distribuição dos HSH\* que não realizaram teste para HIV, segundo conhecimento sobre os locais de testagem. DF, 2003.

| Classe Econômica | Sabe onde fazer o teste |             |           |             | TOTAL      |            |
|------------------|-------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
|                  | Sim                     |             | Não       |             | n          | %          |
|                  | n                       | %           | n         | %           |            |            |
| A/B              | 67                      | 81,7        | 15        | 18,3        | 82         | 59,4       |
| C                | 30                      | 83,3        | 06        | 16,7        | 36         | 26,1       |
| D/E              | 11                      | 55,0        | 09        | 45,0        | 20         | 14,5       |
| <b>Total</b>     | <b>108</b>              | <b>78,3</b> | <b>30</b> | <b>21,7</b> | <b>138</b> | <b>100</b> |

\*HSH: homens que fazem sexo com homens

Nos grupos focais, a situação encontrada foi similar à do aspecto quantitativo. A maioria dos participantes disse já ter realizado o teste, dentre esses, alguns com uma frequência elevada e com justificativas diversas: conhecer alguém com AIDS, ter algum contato com pessoas vivendo com HIV/AIDS, ter realizado práticas de sexo desprotegido em relações ocasionais ou ainda de ter múltiplos parceiros. Nas duas últimas situações, observou-se que a realização do teste devolve a tranquilidade após essas exposições, demonstrando que os participantes conhecem o risco envolvido e, mesmo assim, adotam, de forma recorrente, práticas desprotegidas. As transcrições abaixo mostram o comportamento dos entrevistados:

“- A gente não corre risco, mas é pela cultura do medo, de repente você vê um amigo seu com AIDS, você fica com receio.

- Mais o receio vem da onde?

- O passado negro”. (GF > 25 anos)

“Eu fui muito promíscuo, de ter cinco parceiros na noite e sem camisinha. Na época de faculdade eu bebia muita cachaça e trocava de parceiro na república até cinco parceiros na noite. A primeira vez que eu fiz, morri de medo, até receber o resultado eu estava tremendo e deu negativo; da segunda vez que eu fiz já estava mais tranquilo. Apesar do meu

*parceiro nunca ter feito o teste, eu tento convencê-lo, mais ele ainda não quis”. (GF > 25 anos)*

*“Eu fiz porque eu tinha um namorado na minha cidade e nós transamos sem camisinha e quando eu vim pra Brasília, eu fiz pra ter mais segurança e saber se eu poderia realmente ter outro relacionamento com outra pessoa”. (GF > 25 anos)*

*“Porque pode ser que você transe com a pessoa e o vírus só vai ‘desincubar’ bem depois. (GF < 25 anos)”*

*“Eu tinha essa dúvida porque eu tinha transado sem camisinha com meu namorado, aí eu fui e fiz”. (GF < 25 anos)*

Apesar de todos os participantes mencionarem conhecer os serviços públicos de testagem, ainda assim, observou-se que a doação de sangue é utilizada com muita frequência como forma de conhecer o status sorológico.

*“Quando eu fui fazer, tinha aquelas perguntas... quando ela me perguntou se eu tinha relações homossexuais, eu respondi que não, mas eu fiquei com um peso na consciência. Meu amigo que foi comigo, disse que se eu dissesse que eu era homossexual, ela não deixaria você doar sangue”. (GF > 25 anos)*

Quanto à discriminação por parte de profissionais de saúde no que se refere à homossexualidade, não foram relatados eventos desse tipo no âmbito dos serviços de testagem ou ao atendimento prestado aos homossexuais. As críticas feitas foram de caráter geral. Os participantes percebem os profissionais de saúde bem preparados para atendê-los. Porém, demonstram incompreensão sobre o papel do aconselhamento pré e pós-teste nos serviços públicos. Alguns participantes não vêem no aconselhamento uma ação de saúde necessária e sim uma perda de tempo. As citações a seguir ilustram essa afirmação:

*“Acho que é a área de saúde que mais atende bem, que mais estão preparados pra atender”. (GF < 25 anos)*

*“- ...o que acho ruim é que demora muito entregar o resultado.  
- O que demora mais é a assistente social falar com você, é ela dar notícia, fica naquele suspense.  
- Porque ela não fala logo o que você tem? fica só enrolando”. (GF > 25 anos)”*

*“... a assistente diz pra mim, senta aqui, e começa a me perguntar um monte de coisa, se eu transava muito, todo aquele texto, daí que demora demais.  
- Ela faz um preparo, eu concordo que ela tem que fazer essas perguntas sim, imagine se ela chega e diz que é soropositivo, meu amigo, vai matar a bicha na hora”. (GF > 25 anos)*

*“- Eu prefiro particular.*

*- Por quê?*

*- Porque o atendimento é claro e rápido, o público tem mais enrolação; querem saber o que você tem, investigar sua vida. No particular o médico vai dizer o que você tem e o que você não tem”. (GF > 25 anos)*

## DISCUSSÃO

No que se refere à prevalência de relato de sintomas de DST nos últimos 06 meses, observou-se que o valor encontrado 7,5% é inferior ao referido na primeira consulta dos participantes da coorte de HSH do Projeto Bela Vista, acompanhada na cidade de São Paulo no período de 1994 a 1999<sup>15</sup>. Ressalta-se que nesse estudo houve uma intervenção padronizada para todos os integrantes, tais como: distribuição de preservativos, atividades de educação em saúde, sendo verificada uma tendência de queda da prevalência desses sintomas ao longo do estudo, de 11,8% na primeira para 6,1% na sexta consulta.

Chama a atenção o fato de os serviços privados terem sido os mais procurados pelos homens que apresentaram sintomas de DST. Isso pode estar relacionado ao alto poder aquisitivo da população estudada. Possivelmente, essa preferência pode decorrer de uma percepção preconcebida com relação aos serviços públicos de saúde, como dificuldade no acesso, tempo para conseguir uma consulta, longas filas para o atendimento, falta de privacidade durante a consulta e o mau acolhimento recebido. Todos esses fatores relacionados à qualidade dos serviços influenciam diretamente a satisfação do usuário, constituindo-se em verdadeiras barreiras de acesso à assistência. No entanto, no Distrito Federal, a estratégia de abordagem sindrômica para DST, recomendada pelo Ministério da Saúde,<sup>16</sup> está efetivada, sendo um fator facilitador de acesso e resolubilidade dos serviços.

Os resultados do estudo com relação à forma de aquisição do preservativo indicam que menos de 20% dos entrevistados os recebiam dos serviços

de saúde públicos e aproximadamente 12% de ONGs. Uma possível explicação da predominância da aquisição, via compra, estaria relacionada ao perfil dos participantes, pois a maioria pertence às classes A e B. Nesse caso, era de se esperar que uma maior proporção dos entrevistados de menor poder aquisitivo estivesse recebendo gratuitamente este insumo. Porém, os dados mostram que o serviço público de saúde e as ONGs não atingem essa população, o que demonstra a falta de uma estratégia de informação que sensibilize este segmento quanto à importância do uso do preservativo como medida de prevenção e controle das DST/AIDS. Este fato é particularmente preocupante com relação ao trabalho desenvolvido pelas ONGs, pois mostra que ainda não estão atuando de forma efetiva junto a essa população de difícil acesso.

Chama a atenção a proporção expressiva dos participantes que relataram adquirir o preservativo em locais de encontro *gay* ou em eventos. Isso leva a inferir que esta aquisição seja esporádica, podendo levar a um aumento da vulnerabilidade para aqueles que dependem dessa forma de acesso. Cabe ressaltar que pessoas de menor renda foram justamente as que receberam com menor frequência os preservativos em locais de encontro *gay*, fato que pode estar relacionado à precariedade do acesso dos segmentos menos favorecidos aos locais de lazer GLS em Brasília. Este cenário contrasta com o fato dessa população estar entre aquelas priorizadas na política nacional de prevenção<sup>17</sup>. Uma pesquisa efetuada na Parada do Orgulho GLBT do Rio de Janeiro<sup>18</sup>, mostrou também uma maior proporção de participantes que compravam o preservativo. No entanto, os resultados daquele estudo contrastam com os dados aqui apresentados, pois os participantes de menor escolaridade utilizam mais a distribuição gratuita pelos serviços de saúde, sendo as ONGs menos utilizadas.

Quanto ao teste diagnóstico para HIV, observou-se por parte de alguns participantes, um excesso na realização do mesmo; por outro lado verificou-se que cerca de 30% dos entrevistados nunca se submeteram à testagem. A primeira situação pode estar relacionada à prática recorrente de comportamentos de risco, o que provocaria temor, levando, então, à procura pelo teste, em parte como forma de minimizar a culpa e o medo relacionados a uma prática insegura, além da falsa segurança proporcionada por um resultado negativo pontual. Quanto a não realização do teste, pode estar associada à falta de percepção do risco e/ou à desinformação sobre a importância do conhecimento da condição

sorológica da população. Uma das recomendações para a prevenção e controle da epidemia de HIV/AIDS é a testagem consciente<sup>19</sup>. Do ponto de vista epidemiológico, o diagnóstico é fundamental para o controle da epidemia de AIDS.

Frente a esses achados, evidencia-se a necessidade de rever todo o processo de aconselhamento, bem como as ações de prevenção e controle. Os dados trazem indícios de que, para aqueles que estão realizando excessivamente o teste, a informação ou a abordagem feita no aconselhamento podem não estar sendo adequadas. Já para os que sequer realizaram um teste, questiona-se a efetividade das ações, principalmente, no tocante à sensibilização, divulgação e acesso à informação.

Diferentemente do que ocorre com o atendimento para as DST, onde a maior procura foi pelos serviços privados, para a realização do teste para o HIV, observou-se que a população de estudo buscou prioritariamente os serviços públicos especializados. Isso mostra que certas características específicas desses serviços podem ser facilitadoras do acesso, como a garantia do anonimato e a prontidão no atendimento.

Foi verificado que um percentual importante dos entrevistados, 13,8%, declarou procurar o hemocentro para doar sangue como estratégia para conhecer seu estado sorológico. Esse fato é preocupante, pois, além de demonstrar o desconhecimento sobre a função desse tipo de serviço, coloca em risco a saúde pública, uma vez que essa procura pode estar associada a uma possível exposição de risco, tornando vulneráveis à infecção os futuros receptores de sangue e/ou de seus componentes, considerando a existência da janela imunológica. Em se tratando desse período, é importante ressaltar que um resultado falso negativo tem como consequência a recorrência de práticas inseguras, o que propicia a disseminação do vírus e ainda impede uma atenção precoce ao indivíduo, importante para o prognóstico. Isso demonstra a necessidade do serviço de divulgação do papel dos hemocentros, que têm por finalidade prover sangue e derivados para serem transfundidos. Cabe ainda divulgar a existência dos serviços de testagem especializados, ressaltando as facilidades e particularidades do atendimento prestado por eles, os quais estão mais preparados para dar respostas para aqueles que desejam conhecer seu *status* sorológico de forma segura, tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo.

Este estudo apresenta limitações. Não houve amostragem probabilística por razões logísticas e devido à própria população-alvo constituir um coletivo de difícil acesso face às questões socioculturais envolvidas. Além da falta de representatividade da amostra, existe sempre a possibilidade de vieses de voluntariedade além de a pesquisa ter sido realizada em locais de lazer. Os estudos transversais podem apresentar também suas próprias limitações como o viés de prevalência ou a ambigüidade temporal.

Os fatos ora apresentados evidenciam que as características da epidemia de AIDS e sua dinâmica colocam para os serviços novos desafios e a necessidade de um processo permanente de acompanhamento e avaliação das ações de prevenção e controle para que essas, de fato, estejam voltadas aos segmentos mais vulneráveis à infecção. Isso demonstra que a formulação das políticas públicas deve ter um olhar diferenciado para as mais diversas tendências da epidemia. Destaca-se ainda a importância dos gestores, que devem ter sensibilidade e conhecimento necessários para o desenvolvimento de ações compatíveis com a realidade epidemiológica e sociocultural regional e local. Vale lembrar que o papel da sociedade civil não deve se limitar à militância reivindicatória; a ocupação de outros espaços de controle social, inclusive os institucionais, tais como conselhos de saúde, comissões interinstitucionais e outros fóruns, é de fundamental importância para o combate à epidemia. É nessas instâncias que representantes das categorias tradicionalmente discriminadas, HSH ou a categoria mais ampla GLBT, devem se fazer presentes. É assim que estas e outras minorias estarão realizando o que Jonathan Mann previu em seu último trabalho, antes da sua morte prematura, ocorrida em 1998, sobre o futuro da AIDS:

*“...depois de quinze anos de luta contra uma pandemia global, apesar da carga de morte e doença, aqueles que trabalham com HIV/AIDS podem levar uma mensagem de esperança e confiança -- não apenas a confiança na capacidade de continuar aprendendo e entendendo, mas também a confiança na nossa crença no valor dos direitos humanos e na dignidade humana. Isto nos proporciona esperança e confiança mútua, em nós mesmos, e finalmente no nosso mundo e seu futuro”<sup>20</sup>.*

## AGRADECIMENTOS

Programa Nacional de DST/AIDS – Ministério da Saúde em especial a Lília Rossi; Grupo Estruturação e a todos os participantes da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), 2004. *Boletim Epidemiológico de DST / AIDS do Distrito Federal* (4): 11-12.
2. Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002, 360: 1862-1865.
3. Marins JRP, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, *et al.* Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003, 17: 1675-1682.
4. Elford J, Bolding G, Sheerr L. High-risk sexual behavior increases among London gay men between 1998 and 2001: what is the role of HIV optimism? *AIDS* 2002, 16: 1537-1544.
5. Boily MC, Bastos FI, Desai K, Masse B. Changes in the transmission dynamics of the HIV epidemic after the wide-scale use of antiretroviral therapy could explain increases in sexually transmitted infections: results from mathematical models. *Sex Transm Dis.* 2004;31(2):100-13.
6. Van de Ven P, Rawstorne P, Nakamura T, Crawford J, Kipax S. HIV Treatments optimism is associated with unprotected anal intercourse with regular and with casual partners among Australian gay and homosexually active men. *Int J STD AIDS* 2002, 13: 181-183.
7. Silva, C.G.M., Gonçalves, D.A., Pacca, J.C.B., Merchán-Hamann, E. & Hearst, N. 2005. Optimistic perception of HIV/AIDS, unprotected sex and implications for prevention among men who have sex with men, São Paulo, Brazil. *AIDS* 19 (suppl 4): S-1-S36.
8. Goodroad BK, Kirksey KM, Butensky E. Bareback sex and gay men: an HIV prevention failure. *J. Assoc Nurses AIDS Care.* 2000 Nov-DEC;11(6):29-36.
9. Suarez T & Miller J. Negotiating risks in context: a perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men--where do we go from here? *Arch Sex Behav* 2001 jun;30(3) 287- 300.

10. Oltramari LC. Bareback: Roleta Russa ou a Ética Sadeana [www.cfc.ufsc.br/~ dich/ Texto Caderno 72.pdf](http://www.cfc.ufsc.br/~dich/Texto_Caderno72.pdf). Acesso em 23 de março de 2007
  11. Mann J & Tarantola DJM. From epidemiology to vulnerability, to human rights. In : Mann J, Tarantola DJM, editors. AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses. New York : Oxford University Press; 1996. p. 427-462.
  12. Browner WS, Newman TB, Cummings SR & Hulley SB. Estimando o tamanho de amostra e o poder estatístico: pontos básicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N & Newman TB, editores. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 83-110.
  13. ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Disponível em: [http:// www.anep.org.br](http://www.anep.org.br) acessado em 27/11/2004.
  14. Greenbaum TL. The handbook for focus group research. London: Sage Publications, 1998.
  15. Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que Fazem Sexo com Homens*. Brasília, 2001.
  16. Moherdai F, Vuylsteke B, Siqueira LF, dos Santos Júnior MQ, Jardim ML, de Brito AM, et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. Sexually Transmitted Infections (former Genitourinary Medicine), 1998; 74 (supl 1):538-543
  17. Ministério da Saúde / Programa Nacional de DST e AIDS. Política de Distribuição de Preservativos para Ações de Prevenção das DST/HIV/AIDS no Brasil, in [www.AIDS.gov.br](http://www.AIDS.gov.br). Acesso em 31 de agosto de 2005.
  18. Carrara S, Ramos S, Caetano M. Política, Direitos, Violência e Homossexualidade. Pesquisa 8ª Parada do orgulho GLBT – Rio. Rio de Janeiro: Pallas; 2003.
  19. Ministério da Saúde/ Programa Nacional de DST e AIDS. In [www.AIDS.gov.br/fiquesabendo](http://www.AIDS.gov.br/fiquesabendo). Acesso em 31 de agosto de 2005.
  20. Mann JM. Human rights and AIDS: the future of the pandemic. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA & Anna GJ (editors). Health and Human Rights. New York: Routledge; 1999. p. 216-226.
-