

Participação de homens que fazem sexo com homens em organizações não governamentais em Belo Horizonte, 2007 a 2009*

Participation of men who have sex with men in non-governmental organizations in Belo Horizonte, 2007-2009

Aníbal Fabião Murure¹, Gustavo Machado Rocha², Carla Jorge Machado³, Mark Drew Crosland Guimarães⁴

DOI: 10.5935/2238-3182.20130025

RESUMO

Este trabalho descreve e analisa a participação de homens que fazem sexo com homens (HSH) em organizações não governamentais (ONGs). Trata-se de estudo de corte transversal com 271 HSHs em Belo Horizonte nos anos 2007-2009. Utilizou-se a técnica amostral *Respondent Driven Sampling* (RDS), usada para contatar populações de difícil acesso. Verificou-se que 72,7% dos participantes tinham conhecimentos suficientes sobre a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e vírus da imunodeficiência humana (HIV). Foram verificadas altas proporções de consumo de álcool mais de duas vezes por semana (62,6%) e uso irregular de preservativo no sexo anal receptivo e insertivo (40,5 e 43,9%, respectivamente). Observou-se que 40,6% sentiram-se discriminados pela orientação sexual e foi alta a proporção dos que tiveram história de ter sofrido agressão sexual, física ou verbal pela orientação sexual (67,2%). A participação de HSH em ONGs em Belo Horizonte pode ser considerada baixa (17,3%). As seguintes variáveis estiveram estatisticamente associadas a mais participação em ONG: estar em união estável, sentir-se discriminado pela orientação sexual; história de ter sofrido agressão sexual, física ou verbal; receber preservativos gratuitos nos últimos 12 meses, história de testagem prévia para sífilis, relatar chance moderada a alta de se infectar pelo HIV; e história de DST nos últimos 12 meses. As ONGs devem se empenhar em relação à sensibilização específica da população de HSH, com base na sua participação na disseminação de informação e conhecimentos, com vistas a estimular nessa população empenho, uso regular de preservativo e a prevenção em relação à transmissão de HIV e de outras DSTs.

Palavras-chave: HIV; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Homens; Parceiros Sexuais; Homossexualidade Masculina; Organizações não Governamentais.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe and analyze the participation of men who have sex with men (MSM) in NGOs. This is a cross-sectional study with 265 MSM in Belo Horizonte in 2007-2009. The sampling technique RDS (Respondent Driven Sampling) was used to contact populations considered difficult to be reached. The results indicate that among the participants, 72.7% have sufficient knowledge about the transmission of sexually transmitted diseases (STDs) and HIV. High proportions of alcohol drinking for more than twice a week (62.6%) and of irregular condom use in receptive or insertive anal intercourse (40.5% and 43.9%, respectively) were found. It was also observed that 40.6% felt they were discriminated against due to sexual orientation and the proportion of those who suffered sexual, verbal or physical violence due to sexual orientation was high (67.2%). The participation of MSM in NGOs in Belo Horizonte can be considered low (17.3%). The following variables were statistically associated with higher participation in NGOs: non-white skin color, being in a common-law union, feeling discriminated against because of sexual orientation, a history of sexual, physical or verbal violence, receiving free condoms in the last 12 months, having been

Recebido em: 23/11/2011
Aprovado em: 08/05/2012

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG,
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:
Mark Drew Crosland Guimarães
E-mail: drew@medicina.ufmg.br

tested for syphilis, perceiving to be under risk of becoming infected with HIV, and having a history of STD in the last 12 months. NGOs should strive for specific awareness to encourage greater participation, regular condom use, and prevention of transmission of HIV and other STDs.

Key words: HIV; Sexually Transmitted Diseases; Homosexuality, Male; Men; Sexual Partners; Non-Governmental Organization.

INTRODUÇÃO

A síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) constitui-se em importante problema de saúde pública,¹ acometendo mais de 60 milhões de pessoas, e já tendo falecido cerca da metade desses casos. Nos últimos 20 anos, a epidemia pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)/AIDS tem tomado proporções devastadoras.¹

A prevalência mundial da infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) é muito elevada, comparativamente às outras populações.^{2,3} No Vietnã e na Jamaica a prevalência do HIV na população geral e de HSH é de 0,53 e 9,0%² e de 1,6 e de 32%,³ respectivamente. O HIV foi o primeiro agente a ser vinculado a enfermidades que acometem especificamente HSH.⁴ Esse fato é também observado no Brasil.⁵ As taxas crescentes de infecção entre os HSHs no Brasil, e em outros países, podem ser atribuídas a fatores biológicos, comportamentais e/ou socioculturais.⁵ No Brasil, a prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos de idade é estimada em 0,6%.⁶ Em mulheres profissionais do sexo, nos usuários de drogas injetáveis (UDI) e nos HSHs é de 5,1,⁷ 5,9,⁸ e 10,5%, respectivamente. A alta prevalência de infecção pelo HIV entre os HSHs indica que esforços de prevenção no mundo não foram ampliados e intensificados suficientemente para conter a propagação da infecção nessa população.^{9,10}

Os HSHs apresentam comportamento de alto risco, comparativamente aos observados na população em geral, o que aumenta a incidência da infecção pelo HIV, mas também de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST).¹¹⁻¹⁵ Há evidências de que a prática do sexo anal receptivo desprotegido apresenta muito mais riscos para a infecção pelo HIV do que outras práticas sexuais.¹⁶

Em virtude de a epidemia estar associada ao comportamento sexual específico, os HSHs sofrem grau mais elevado de preconceito, homofobia e estigma.¹⁷ Devido às consequências da discriminação e do medo da exposição pública usualmente vivenciada, a população HSH

é marginalizada, o que pode levar a menos acesso e a menos procura pelos serviços públicos de saúde^{16,18} para a obtenção de atenção ou informações sobre prevenção, diagnóstico ou tratamento do HIV ou outras DSTs. Nesse sentido, a participação em organizações não governamentais (ONGs) torna-se importante componente da atenção integral à saúde dessa população.¹⁷

É inegável o pioneirismo das primeiras ONGs criadas pelos grupos de defesa dos direitos homossexuais na luta para a resposta da epidemia do HIV/AIDS no Brasil¹⁹, as quais são denominadas de ONG/AIDS. As ONG/AIDS destacam-se por serem responsáveis pelas primeiras intervenções de prevenção e demandas apresentadas ao poder público para a implantação de programas de AIDS com ativismo político e intervenções para reduzir o estigma associado. Estabeleceram uma rede que possibilitou envolver diretamente as comunidades e os grupos mais afetados na atenção à saúde, como no caso da prevenção e do combate à variadas situações de discriminação.¹⁷

As ONGs voltadas para o combate ao HIV/AIDS são participantes essenciais no processo de desenvolvimento de políticas de saúde pública, estimulam mudanças de comportamento e não se dedicam ao lucro financeiro.²⁰ Sua importância também reside no fato de estarem inseridas nos problemas da população-alvo e por estarem mais próximas da realidade que se busca solucionar.^{20,21}

A importância de se estudar a participação dos HSHs nas ONGs deve-se ao fato de essas organizações possibilitarem a difusão do conhecimento sobre o HIV/AIDS nessa população e de terem contribuído para disseminar informações sobre o risco de comportamentos negativos e das formas de contágio dos indivíduos pelo HIV.²²

Para que as ONGs/AIDS atinjam seus objetivos em plenitude, é importante que haja participação da população à qual essas organizações se destinam. De fato, a participação não é ato individual, mas coletivo, para defender os direitos sociais.²³ É por meio da participação que se dá a ampla representação e se cria determinação da comunidade. A mudança de comportamento só se pode efetivar com participação efetiva. Por meio desta, podem-se adquirir mecanismos para a pressão social com vistas a buscar respeito, equidade e influenciar o destino de uma organização.²³

A participação é uma conquista e deve ser encarada como ato de expressão e democracia, propondo ideias e caminhos a serem seguidos.²⁴ Nesse escopo, a participação fornece aos integrantes de ONGs con-

dições para que adquiram capacidades para melhorar sua saúde e exercer controle na tentativa de buscar soluções para os seus próprios problemas de saúde de forma individual e coletiva.²⁵ Os trabalhos em ONGs são educativos, com oficinas dirigidas por facilitadores para debates e reflexões dos participantes sobre a realidade da sociedade onde estão inseridos e situações nas quais se encontram, estimulando autonomia para agirem como indivíduos principais no direcionamento de sua própria saúde e sua vida.²⁶

São poucos os estudos que avaliam a participação de HSH em ONGs no mundo e no Brasil. Este estudo busca descrever e analisar a participação de HSHs em ONGs em Belo Horizonte no período de 2007 a 2009, procurando contribuir para a formulação de políticas públicas articuladas com essas organizações para a prevenção do HIV e outras DSTs.

MÉTODOS

População e delineamento

Este é um estudo de corte transversal, com o objetivo de estabelecer monitoramento da prevalência da infecção pelo HIV e sífilis na população de HSH, assim como dos conhecimentos, atitudes e práticas sexuais dessa população para subsídios à adoção de políticas de prevenção e assistência a esse segmento populacional. O estudo foi levado a campo entre novembro de 2007 e julho de 2009.⁹

Utilizou-se a técnica amostral *Respondent Driven Sampling* (RDS) para recrutar as pessoas da rede de HSH. Trata-se de técnica de amostragem por cadeia, usada para contatar populações de difícil acesso, na qual o recrutamento é efetuado por indicação dos próprios participantes e não pelos pesquisadores.²⁷

Os primeiros participantes da pesquisa, denominados sementes, foram selecionados escolhendo-se indivíduos de determinado grupo. Foram selecionadas iniciando-se por indivíduos que participavam de uma ONG. Cada uma das sementes recebeu três cupons e foram orientadas, por sua vez, a recrutar outros membros elegíveis. Como previsto nesta metodologia, o recrutamento pela técnica RDS prevê incentivo de participação²⁷, feito na forma de ressarcimento por despesas com transporte e locomoção por meio de um valor correspondente a R\$ 10,00 por novo voluntário recrutado, até o limite de três,

como especificado. Os critérios de elegibilidade para o projeto foram: ser residente no município de Belo Horizonte; não ter participado da pesquisa anteriormente; ter tido pelo menos uma relação sexual (sexo oral ou anal) com um homem nos últimos 12 meses; apresentar um cupom válido para participar do estudo; aceitar as condições para participar do estudo, que incluam responder um questionário estruturado e estar disposto a convidar seus pares a participarem do estudo; aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; e não estar sob a influência de drogas, incluindo álcool, no momento da visita.⁹

Após assinar termo de consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa, cada recrutado respondeu à entrevista semiestruturada com perguntas sobre informações sociodemográficas, comportamentais, de conhecimentos sobre HIV/DST, atitudes e práticas sexuais sobre sua rede social e o tipo de relacionamentos com seu recrutado. Em seguida, receberam aconselhamento pré-teste e foram convidados a realizarem teste rápido para HIV e sífilis⁹. Aqueles que concordaram foram testados, receberam aconselhamento pós-teste e, caso positivo, foram encaminhados para unidades de referência para acompanhamento médico.

O estudo foi aprovado pela CONEP (registro número 14494), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), número 202/07, e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (número 062/2007).

Variáveis explanatórias e evento

O evento de interesse desta análise foi ser membro ou frequentar algum grupo organizado, movimento social ou ONG de promoção da cidadania e defesa dos direitos de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis (LGBT) definido, assim, como participação em ONG.

Para esta análise foram avaliadas, como variáveis explicativas para participação em ONG, as seguintes características: idade; escolaridade; cor da pele; estado civil; renda individual no último mês (em Reais); identidade sexual; uso de álcool; uso de drogas ilícitas nos últimos seis meses; parceria fixa nos últimos seis meses; uso de preservativo no sexo anal receptivo em qualquer tipo de parceria nos últimos seis meses; uso de preservativo no sexo anal insertivo em qualquer tipo de parceria nos últimos seis meses; sentir-se discriminação pela orientação sexual; histó-

ria de ter sofrido agressão verbal, sexual ou física; ter recebido preservativos gratuitos nos últimos 12 meses; ter feito teste prévio para HIV; ter feito teste para sífilis; considerar-se em risco de se infectar pelo HIV; história de DST nos últimos 12 meses; e conhecimentos sobre transmissão de DST/HIV.

Considerou-se cor de pele não branca o agrupamento de cores de pele preta, amarela, morena, mulata, parda ou indígena. O uso consistente do preservativo foi definido como usar sempre o preservativo em todas as relações sexuais. No caso da variável agressão, considerou-se que o indivíduo que sofresse agressão verbal, física ou sexual seria conceituado como tendo resposta positiva para a variável. Definiram-se recebimentos de orientações sobre DST para quem recebeu pelo menos uma orientação sobre tais doenças. Ter conhecimento adequado sobre DST/HIV foi definido como acertar pelo menos nove de 10 perguntas específicas.

Análise dos dados

Procedeu-se à análise tendo como ponto de partida os dados da entrevista basal. Foi feita análise descritiva, que incluiu a descrição da população estudada e distribuição de frequências das variáveis. Avaliou-se a diferença das proporções pelo teste do qui-quadrado de Pearson. A magnitude da associação entre as variáveis explicativas e participação em ONG foi estimada pela *odds ratio* (OR), com intervalo de 95% de confiança (IC95%). O nível de significância considerado foi 0,05. Os programas SAS *System* versão 9.0 (SAS Inst, Cary, Estados Unidos) e *Paradox 11.0 Corel Corporation* foram utilizados para análise e armazenamento dos dados, respectivamente.

RESULTADOS

Análise descritiva

Foram 274 pessoas que participaram deste estudo, todas de Belo Horizonte, sendo excluídas três (1,1%), pela ausência de informação sobre participação em ONGs.

Restaram 271 (98,9%) indivíduos para esta análise, dos quais 47 (17,3%) relataram participar em ONGs; 58,7% com idade igual ou superior a 25

anos; sendo 56,7% de cor com não branca; 87,4% solteiros; 12,6% em união estável; 72,7% com escolaridade igual ou mais de 12 anos; 77,8% com renda superior a 500 reais; e 89,6% se identificaram como HSH (Tabela 1).

Observou-se que 66,9 e 62,6% dos participantes do estudo não consumiram drogas ilícitas nos últimos seis meses e ingeriram álcool por mais de duas vezes por semana, respectivamente. A parceria sexual era fixa nos últimos seis meses em 69,1% dos participantes, sendo o uso irregular de preservativos no sexo anal receptivo e insertivo de 43,9 e 43,9%, respectivamente (Tabela 1).

O sentimento de discriminação pela orientação sexual foi detectado em 40,6% dos participantes, tendo 67,2% dos participantes descrito história de agressão sexual, física ou verbal pela orientação sexual. A participação em palestras ou oficinas sobre DST nos últimos 12 meses foi anotada por 97,0 e 1,5% dos indivíduos nos serviços de saúde e em ONGs, respectivamente (Tabela 1).

Verificou-se que 86,6 e 8,2% dos participantes deste estudo receberam material educativo sobre DST nos últimos 12 meses nos serviços de saúde e em ONGs, respectivamente; 72,7% acertaram pelo menos nove de 10 assertivas sobre DST/AIDS. A realização de teste prévio para HIV foi de 74,2%; e 33,6% informaram exame prévio para diagnóstico de sífilis (Tabela 1).

Análise univariada

A proporção de HSH que participaram de ONGs em Belo Horizonte foi maior entre os menores de 24 anos de idade (19,6%), os de cor não branca (21,1%), em união estável (32,4%), com 11 ou menos anos de escolaridade (21,6%) e com renda superior a R\$ 500,00 (18,6%). Aqueles que se identificaram como bissexuais/heterossexuais, que fizeram uso de álcool menos de duas vezes por semana e que utilizaram drogas ilícitas nos últimos seis meses evidenciaram maior proporção de participação em ONGs. O mesmo ocorreu entre aqueles com parceria fixa nos últimos seis meses (18,8%), que reportaram uso irregular de preservativo no sexo anal receptivo (18,4%) ou insertivo (20,3%). Encontrou-se alta proporção de participação em ONG daqueles que relataram ter sofrido discriminação pela orientação sexual (29,1%) ou história de agressão verbal, sexual ou física (21,4%).

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis sociodemográficas, comportamentais, relacionadas aos serviços, conhecimentos e percepção. Participação de homens que fazem sexo com homens em ONGs em Belo Horizonte, 2007-2009 (N = 271)

Variáveis	n	%
Sociodemográficas		
Participação em ONGs		
Não	224	82,7
Sim	47	17,3
Idade		
25 + anos	159	58,7
≤ 24 anos	112	41,3
Cor da pele		
Branco	116	43,3
Não branco	152	56,7
Estado civil		
Solteiro	235	87,4
União	34	12,6
Escolaridade (anos)		
12 +	197	72,7
≤ 11	74	27,3
Renda individual no último mês (Reais)		
≤500	60	22,2
>500	210	77,8
Identidade sexual		
HSH	242	89,6
Bissexual/Heterossexual	28	10,4
Comportamentais		
Uso de álcool		
≥ 2 vezes por semana	169	62,6
< 2 vezes por semana	101	37,4
Uso de drogas ilícitas nos últimos 6 meses		
Não	180	66,9
Sim	89	33,1
Parceria fixa nos últimos 6 meses		
Não	83	30,9
Sim	186	69,1
Uso de preservativo sexo anal receptivo nos últimos 6 meses		
Sempre	160	59,5
Irregular	109	40,5
Uso de preservativo sexo anal insertivo nos últimos 6 meses		
Sempre	151	56,1
Irregular	118	43,9
Sentir-se discriminado pela orientação		
Não	161	59,4
Sim	110	40,6

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis sociodemográficas, comportamentais, relacionadas aos serviços, conhecimentos e percepção. Participação de homens que fazem sexo com homens em ONGs em Belo Horizonte, 2007-2009 (N = 271)

Variáveis	n	%
História de ter sofrido agressão sexual, física ou verbal pela orientação sexual		
Não	89	32,8
Sim	182	67,2
Relacionadas aos serviços		
Local onde participaram de palestra/oficina sobre DST		
Serviços de Saúde	263	97,0
ONG	7	2,6
Outros	1	0,4
Receber preservativos gratuitos nos últimos 12 meses		
Não	61	22,5
Sim	210	77,5
Local onde receberam material educativo sobre DST nos últimos 12 meses		
Serviços de saúde	233	86,6
ONG	22	8,2
Escola	11	4,1
Bar	2	0,7
Outro	1	0,4
Ter feito teste anti-HIV		
Sim	201	74,2
Não	70	25,8
Ter feito teste antissifilis		
Não	180	66,4
Sim	91	33,6
História de DST nos últimos 12 meses		
Não	219	80,8
Sim	52	19,2
Percepção e conhecimentos		
Conhecimento sobre transmissão de DST/HIV		
Suficiente	197	72,7
Insuficiente	74	27,3
Risco de se infectar pelo HIV		
Nenhuma-pouca	179	68,3
Moderada-grande	83	31,7

Foi mais expressiva a participação dos HSHs que receberam preservativos nos últimos 12 meses, fizeram teste anti-HIV ou sífilis, relataram história de DST nos últimos 12 meses, apresentaram conhecimento insuficiente sobre HIV e relataram risco moderado a alto de se infectar pelo HIV (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas, comportamentais relacionadas aos serviços, percepção e conhecimentos. Participação de homens que fazem sexo com homens em ONGs em Belo Horizonte, 2007-2009 (N = 265)

Variáveis	n total	Participação em ONGs		Odds Ratio (IC95%)	X ² (Valor de p)
		n	% ¹		
<i>Sociodemográficas</i>					
Idade (anos)					
25 +	159	25	15,7	1,0	0,70
≤ 24	112	22	19,6	1,31 (0,70-2,47)	(0,40)
Cor da pele					
Branco	116	14	12,1	1,0	3,73
Não Branco	152	32	21,1	1,94 (0,98-3,84)	(0,05)
Estado civil					
Solteiro	235	36	15,3	1,0	5,98
União	34	11	32,4	2,64 (1,19-5,89)	(0,01)
Escolaridade (anos)					
≥12	197	31	15,7	1,0	1,30
≤ 11	74	16	21,6	1,48 (0,75-2,90)	(0,25)
Renda individual último mês (Reais)					
≤ 500	60	8	13,3	1,0	0,89
> 500	210	39	18,6	1,48 (0,65-3,37)	(0,35)
Identidade sexual					
HSH	242	42	17,4	1,0	0,00
Bissexual/Hetero	28	5	17,9	1,04 (0,37-2,88)	(0,95)
<i>Comportamentais</i>					
Uso de álcool					
≥ 2 vezes por semana	169	25	14,8	1,0	2,15
< 2 vezes por semana	101	22	21,8	1,60 (0,85-3,03)	(0,14)
Uso de drogas ilícitas últimos 6 meses					
Não	180	29	16,1	1,0	0,70
Sim	89	18	20,2	1,32 (0,69-2,53)	(0,40)
Parceria fixa nos últimos 6 meses					
Não	83	12	14,5	1,0	0,76
Sim	186	35	18,8	1,29 (0,63-2,65)	(0,38)
Uso de preservativo sexo anal receptivo					
Sempre	160	27	16,9	1,0	0,10
Irregular	109	20	18,4	1,11 (0,59-2,09)	(0,75)
Uso de preservativo no sexo anal insertivo					
Sempre	151	23	15,2	1,0	1,20
Irregular	118	24	20,3	1,42 (0,76-2,67)	(0,27)
Sentir-se discriminado pela orientação sexual					
Não	161	15	9,3	1,0	17,8
Sim	110	32	29,1	3,99 (2,04-7,82)	(<0,01)
História de ter sofrido agressão verbal, sexual ou física					
Não	89	8	9,0	1,0	6,45
Sim	182	39	21,4	2,76 (1,23-6,20)	(0,01)

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas, comportamentais relacionadas aos serviços, percepção e conhecimentos. Participação de homens que fazem sexo com homens em ONGs em Belo Horizonte, 2007-2009 (N = 265)

Variáveis	n total	Participação em ONGs		Odds Ratio (IC95%)	X ² (Valor de p)
		n	% ¹		
<i>Comportamentais</i>					
Receber preservativos gratuitos nos últimos 12 meses					
Não	61	4	6,6	1,0	6,39
Sim	210	43	20,5	3,67 (1,26-10,67)	(0,01)
Ter feito teste anti-HIV					
Não	70	8	11,4	1,0	2,30
Sim	201	39	19,4	1,87 (0,83-4,22)	(0,13)
Ter feito teste antissifilis					
Não	180	25	13,9	1,0	4,46
Sim	91	22	24,2	1,98 (1,04-3,75)	(0,03)
História de DST nos últimos 12 meses					
Não	219	32	14,6	1,0	5,94
Sim	52	15	28,9	2,37 (1,17-4,81)	(0,01)
<i>Percepção e conhecimentos</i>					
Conhecimento sobre a transmissão de DST/HIV					
Suficiente	197	34	17,3	1,0	0,00
Insuficiente	74	13	17,6	1,02 (0,51-2,06)	(0,95)
Risco de se infectar pelo HIV					
Nenhuma-pouca	179	20	11,2	1,0	11,3
Moderada-grande	83	23	27,7	3,05 (1,56-5,95)	(<0,01)

¹ Proporção de participação em ONG em relação a cada categoria das variáveis.

A análise univariada indicou que as seguintes características estiveram estatisticamente associadas à participação em ONGs ($p < 0,05$): estar em união estável (OR=2,64; IC95%: 1,19-5,89), sentir-se discriminado pela orientação sexual (OR=3,99; IC95%: 2,04-7,82), ter sofrido agressão verbal, sexual ou física (OR=2,76; IC95%: 1,23-6,20), ter recebido preservativos gratuitos nos últimos 12 meses (OR=3,67; IC95%: 1,26-10,67), ter feito teste para sífilis (OR=1,98; IC95%: 1,04-3,75), relatar risco moderado a alto de se infectar pelo HIV (OR=3,05; IC95%: 1,56-5,95) e história de DST nos últimos 12 meses (OR=2,37; IC95%: 1,17-4,81) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Este trabalho buscou descrever e analisar a participação dos HSHs em ONGs em Belo Horizonte, nos anos 2007 a 2009. Os resultados indicaram baixa proporção (17,3%) de HSH que participam de ONGs.

Muito embora não existam estudos publicados até o momento que descrevam a participação de HSH em ONGs, a proporção encontrada neste estudo pode ser considerada baixa, especialmente devido ao investimento feito no Brasil em organizações que se propõem a auxiliar na prevenção do HIV/AIDS e outras DST em grupos vulneráveis²⁸. Este resultado poderia ser explicado, pelo menos em parte, pelo fato de que nem todos os HSHs dessa rede social sabiam da importância da participação em ONGs ou da existência de muitas dessas organizações, apesar de ampla divulgação que ocorre em eventos públicos.

Os primeiros participantes dessa rede social de HSH foram membros provenientes de ONGs de defesa de gays e pessoas vivendo com AIDS; contudo, essas sementes não foram eficazes no recrutamento de outros participantes. Essa baixa participação em ONGs poderia também ser explicada pela dificuldade ou receio de exposição aberta da opção sexual dos HSHs participantes desta pesquisa, provavelmente

te reflexo do contexto sociocultural e religioso de normas rígidas e conservadoras.²⁹⁻³¹

Apesar da maioria (72,7%) ter mais de 12 anos de escolaridade, os HSHs participantes dessa rede social apresentaram comportamento sexual de alto risco, visto que alta proporção (40,5%) relatou uso irregular de preservativo no sexo anal receptivo, assim como no insertivo (43,9%). Em estudo similar realizado no Canadá³², 69,0% dos participantes informaram uso de preservativo em todas as vezes com seus parceiros; enquanto em Juárez³³, no México, o uso de preservativo no sexo anal receptivo e insertivo foi de 60,7 e 52,2%, respectivamente.

Este estudo mostrou que, apesar de a variável “receber preservativos gratuitos” estar associada à participação em ONGs, também se associaram a essa participação as variáveis “ter risco de se infectar pelo HIV” e “ter história de DST nos últimos 12 meses”. Alguns HSHs se engajam intencionalmente na prática de sexo desprotegido por considerá-lo artificial, e não pela falta de acesso a preservativos e/ou conhecimentos sobre o risco associado à infecção, sendo movidos pela sensação do contato sexual e confiança nos avanços da Medicina³², aumentando de forma acentuada o risco de infecção.

Pesquisa feita em Nova York³⁴ acrescenta que muitos HSHs usam preservativo de forma inconsistente porque consideram que o HIV/AIDS já é doença vencida pelos avanços da Medicina ou por terem confiança no parceiro. Em outro estudo, realizado nos Estados Unidos³⁵, verificou-se que 66% dos participantes se envolveram em sexo anal sem proteção e que os HSHs praticantes do sexo anal insertivo tendiam a se envolver em mais alto grau em atos sexuais desprotegidos do que os praticantes do sexo anal receptivo.

Achados relacionados a fatores como insuficiência de conhecimentos sobre transmissão de DST/HIV (27,3% na amostra do presente estudo) e pensar que há nenhum/pouco risco de se infectar pelo HIV (68,3%) indicam que os HSHs têm baixa percepção do risco aumentado. O sucesso da terapia antirretroviral promovendo melhor qualidade de vida, redução da mortalidade por AIDS e prolongamento da vida pode alterar a percepção de risco associado ao HIV. A percepção do baixo risco pode levar à prática de sexo desprotegido e ao uso inconsistente do preservativo.³⁶ Esses dados são corroborados por pesquisa realizada no Vietnã, na qual 30% de HSH tinham conhecimentos sobre alto risco de transmissão de HIV para esse grupo populacional.³⁷

A proporção encontrada de participantes que relataram terem feito teste anti-HIV nos últimos seis meses foi muito alta em relação ao resultado de outro estudo de HSH realizado nos Estados Unidos (74,7% versus 44,0%, respectivamente).³⁸ Contudo, foi baixa a realização de teste antissifilis (31,6%). Isso pode ser parcialmente explicado pelo fato de a sífilis ser doença curável e que tem recebido, equivocadamente, menos atenção da mídia e dos profissionais de saúde, apesar de ser importante marcador de comportamento de risco. Muitos autores³⁹⁻⁴¹ indicam que importante parcela da população ainda associa a opção sexual à disseminação do HIV/AIDS e a outros comportamentos desviantes, com conseqüente aumento da discriminação contra os HSHs. No Brasil, têm sido relatados casos de violência, tortura e até de assassinato movidos pelo desejo de extermínio desse subgrupo populacional.⁴¹ É preocupante o achado de que se sentir discriminado pela orientação sexual e história de ter sofrido agressão sexual, física ou verbal pela orientação sexual associa-se à participação em ONGs. Provavelmente, na ausência ou omissão do poder público na prevenção da violência e discriminação, as ONGs atuem como catalisadoras, refúgio e apoio jurídico para os HSHs vítimas de violência. Em mais de 60% dos participantes de ONGs no Brasil descreveram-se casos de discriminação em todos os ambientes da vida tais como escolas, trabalho, serviços de saúde, áreas de residência, transportes públicos, delegacias e agressão física muito frequente em casas noturnas e nas ruas no período de noite.³⁹ Por isso devem-se fazer campanhas antidiscriminação e antiviolência, com utilização de cartazes, anúncios, debates, palestras em locais públicos, entre outros, para sensibilizar a sociedade para a prevenção desse grave problema de saúde pública.

O incremento da participação de HSH em ONGs pode contribuir para a conscientização dessa população para a importância da prevenção da transmissão da infecção pelo HIV/DST, aumentando o conhecimento sobre práticas de risco, estimulando o uso do preservativo e adotando práticas sexuais seguras. As ONGs devem servir como o espaço privilegiado de prevenção e da disseminação do conhecimento de forma mais ampla, incluindo estreita colaboração com os serviços de saúde pública do país. Devem cooperar com todas as instâncias e com a mídia para darem visibilidade às questões de discriminação com vista à disseminação de informações sobre a criminalização de todas as formas de discriminação e violência baseada na orientação sexual.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo só foi possível com o apoio financeiro do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), além da participação do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Caillods F, Kelly MJ, Tournier B. SIDA: desafios e abordagens do Setor da Educação. Paris: UNESCO-IIEP; 2009. p. 6.
2. Un aids. HIV in Vietnam. Uniting the world against aids, 2008. [Cited 2012 Jan 10]. Available from: http://www.unaids.org.vn/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=72&lang=en
3. Un aids. Universal acces in the Caribbean must include men who have sex with men. Março, 2010. [Cited 2012 Jan 10]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2010/march/20100316msmcaribbean/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil sem homofobia. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília; MS; 2004. p. 1-32.
5. Ungass. United Nations General Assembly Special Session. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na sessão especial da assembléia geral das nações unidas sobre HIV/AIDS. 2010
6. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Souza Júnior PR, Lemos KR, Frias PG, Luhm KR, *et al.* HIV Testing during Pregnancy: Use of Secondary Data to Estimate 2006 Test Coverage and Prevalence in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2008 Jun;12(3):167-72.
7. Szwarcwald CL, De Carvalho MF, Barbosa Júnior A, Barreira D, Speranza FAB, De Castilho EA. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian Military Conscripts, 1997-2002. *Clinics.* 2005; 60(5): 367-74.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS DST. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Viraisano VII n° 01. 2010.
9. Kerr LRF, De Mello MB, Pinho AA, Moranguez AJAD, Moraes AS, Benzaken A, *et al.* Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e Sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico Final. 2009 p.54. [Citado em 2011 jun 09]. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/redes_pesquisa4.asp?ano=2007&numero=234
10. Amfar Aids Research. HIV Prevention for Men Who Have Sex with Men in United States, Brief 2006; (4):1-4.
11. Baral S, Adams D, Lebona J, Kaibe B, Letsie P, Tsheloh R, *et al.* A cross-sectional assessment of population demographics, HIV risks and human rights contexts among men Who have sex with men in lesotho. *J Int AIDS Soc.* 2011; 14:36.
12. Stephenson JM, Imrie J, Davis MMD, Mercer C, Black S, Copas AJ, *et al.* Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection? *Sex Transm Infect.* 2003 Feb; 79(1):7-10.
13. Mimiaga MJ, Reisner SL, Cranston K, Isenberg D, Bright D, Daffin G, *et al.* Sexual Mixing Patterns and Partner Characteristics of Black MSM in Massachusetts at increased risk for HIV Infection and Transmission. *Journal of Urban Health. Bull New York Acad Med.* 2009; 86:603-20.
14. Mendoza-Pérez JC, Ortiz-Hernández L. Factores asociados com El uso inconsistente de condon em hombre que tienen sexo com hombres de Ciudad Juárez. *Rev Salud Pública.* 2009; 11:700-12.
15. Mcdaid LM, Hart G. Sexual risk behaviour for transmission of HIV in men Who have sex with men: recent findings and potential interventions. *Wolters Kluwer Health* 5. 2010; p.311-315. *Curr Opin HIV AIDS.* 2010 Jul; 5(4):311-5.
16. Un aids. Acesso universal para homens que fazem sexo com homens e pessoas trans. Marco de ação da Un aids. Brasília: Un aids; 2009.
17. Da Maia CMF, Da Costa SBN. Qualidade de vida de portadores de HIV/aids assistidos por uma organização de apoio. *Estudos, Goiânia.* 2008 set/out; 35(5):865-86.
18. Organização Pan-americana de Saúde - OPAS. Dia Internacional Contra a Homofobia. Brasília: OPAS; 2011. p. 1-2.
19. Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34; 2000.
20. Grangeiro A. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, 2010; 4(2):15-34.
21. World Bank. The Economic Consequences on HIV in Russia. Moscow: World Bank; 2002.
22. Unesco. Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura. Preventive Education: a strategy for aids. Brasília: Unesco; 2002.
23. Gallo S. Política e Cidadania. Ética e Cidadania: Caminhos da Filosofia. 10ª ed. São Paulo: Papirus; 2002. p. 25.
24. Mota FCP. Administração e participação: reflexões para a educação. *Rev Educ Pesq.* 2003 jul/dez; 29(2):369-73.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde: as cartas da promoção e de Saúde. Brasília: MS; 2002. 56 p.
26. Becker F. Educação construção do conhecimento. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. 126 p.
27. Heckathorn D. Respondent-Driven Sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden population. *Social Problems.* 2002 Feb; 49(1): 11-34
28. World Bank. Operations Evaluation Department. Brazil first and second Aids and STD control projects. Project Performance Assessment Report. Washington DC: World Bank; Apr. 2004.
29. Camurça MA, Tavares FRG, Procópio CE, De Sousa JW, De Carvalho RCDM. Como é ser jovem em Minas Gerais: Religião, moral, costumes e política. *Principia Camin Inic Cient.* 2008; 1:25-41.
30. Camurça MA, Giovannini Jr O. Religião, patrimônio histórico e turismo na semana santa em Tiradentes, Minas Gerais. *Horiz Antropol.* 2003 Oct; 9(20):225-47.

31. Valle E. A igreja católica ante homossexualidade: ênfases e deslocamento de posições. *Rev Est Religião*. 2006; (1):153-85.
32. Schutz M, Gondin G, Kok G, Vézina LA, Naccache H, Otis J, *et al*. Determinants of condom use among HIV-positive men who have sex with men. *Int J STD & AIDS*. 2011 July; 22(7):391-7.
33. Mendoza-Perez JC, Ortiz-Hernández L. Factores asociados com el uso inconsistente de condon em hombre que tienen sexo com hombres de ciudad Juárez. *Rev Salud Pública*. 2009; 11:705-12.
34. Carballo-Die´guez A, Ventuneac A, Dowsett GW, Balan I, Bauermeister J, Robert HR, *et al*. Sexual Pleasure and Intimacy Among Men Who Engage in “Bareback Sex. Springer Scien Business Media, LLC. 2011; 15:57-65.
35. Hart TA, Wolitski RJ, Purcell DW, Gomez C, Halkits P. Sexual behavior among HIV positive men who have sex with men: what´s in a label? *J Sex Res*. 2003 May; 40(2):179-88.
36. Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point? *AIDS*. 2004; 18:805-9.
37. Colby DJ. HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *JAIDS*. 2003; 32:80-8.
38. Buchbinder SP. HIV epidemiology and breakthroughs in prevention 30 years into the AIDS epidemic. Conference Highlights-Epidemiol and Prevention. *Top Antivir Med*. 2011 May/June; 19(2):38-46.
39. Carrara S, Ramos S, Lacerda P, Medrado B, Vieira N. Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 5ª Parada da Diversidade. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 5-88.
40. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.2-32.
41. Mott L, Cerqueira M. Matei porque odeio gay. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2003.