

Vulnerabilidade e fatores associados a HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG

Vulnerability and factors associated with HIV and syphilis among men who have sex with men, Belo Horizonte, MG

Mark Drew Crosland Guimarães¹, Maria das Graças Braga Ceccato², Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes³, Gustavo Machado Rocha⁴, Lidiane do Valle Camelo⁵, Ricardo Andrade Carmo⁶, Francisco de Assis Acurcio⁷

DOI: 10.5935/2238-3182.20130067

RESUMO

¹ Médico. Doutor em Epidemiologia. Professor Associado do Departamento de Medicina e Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Farmacêutica Bioquímica. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Farmácia Social da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Saúde Pública pela UFMG. Epidemiologista, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Médico Infectologista. Doutorando em Saúde Pública pela UFMG. Professor da Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis, MG – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Médico Infectologista. Doutor em Medicina Tropical. Centro de Treinamento e Referência Orestes Diniz, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁷ Médico. Doutor em Saúde Pública. Professor Titular do Departamento de Farmácia Social, UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: a epidemia do HIV no Brasil caracteriza-se como concentrada em populações-chave, incluindo homens que fazem sexo com homens (HSH). No entanto, são pouco conhecidos os indicadores de monitoramento e avaliação da epidemia em nível estadual ou municipal destas populações. **Objetivo:** descrever comportamentos de risco e prevalências de HIV e sífilis em população de HSH em Belo Horizonte, MG. **Métodos:** estudo de corte transversal parte de estudo multicêntrico nacional entre HSH adultos. A amostra foi recrutada pela técnica *Respondent Driven Sampling* (RDS). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e exames para HIV e sífilis. **Resultados:** foram recrutados 274 HSH em Belo Horizonte. Os participantes eram principalmente indivíduos jovens, com alta escolaridade, de classes sociais A/B, que se autorreferiram gay ou homossexual e tinham alta proporção do uso irregular de preservativos. As prevalências ponderadas da infecção pelo HIV e de sífilis foram, respectivamente, 10,3 e 13,9%. Idade, cor, contar para a mãe ou pai sobre a orientação sexual, testagem prévia para o HIV ou sífilis, diagnóstico prévio de sífilis ou de outras DSTs foram estatisticamente associados a ambas as infecções ($p < 0,05$). Estado civil, família ser indiferente ou desaprovar a opção sexual, ter melhor conhecimento sobre HIV/Aids, mas não saber avaliar sua percepção de risco estiveram estatisticamente associados somente ao HIV e classe social somente com sífilis. **Conclusão:** os resultados revelam a gravidade da epidemia do HIV na população de HSH residentes em Belo Horizonte. Políticas públicas no nível municipal e estadual devem ser implementadas e/ou revistas com urgência. **Palavras-chave:** HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Sífilis; Soroprevalência de HIV e Sífilis; Comportamento Sexual; Vulnerabilidade em Saúde; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: The HIV epidemic in Brazil is characterized as concentrated on key populations, including men who have sex with men (MSM). However, monitoring and evaluation indicators are not well known at Municipal or State levels. **Objective:** To describe risk behaviors and HIV and syphilis prevalences among MSM in Belo Horizonte, MG. **Methods:** Cross-sectional study part of a national multicenter study among adult MSM in Brazil. The sample was recruited using Respondent Driven Sampling (RDS) technique. Semistructure interviews and serological exams for HIV and syphilis were conducted. **Results:** A total of 274 MSM were recruited in Belo Horizonte. Participants were mostly young, with high education, social classes A/B, self-reported as gay or homosexual and with high proportion of irregular use of condoms. Weighted prevalence of HIV infection and syphilis were, respectively, 10.3% and 13.9%. Age, color, sharing with their mother or father their sexual orientation, prior HIV and syphilis testing, and previous diagnosis of syphilis or other STDs were statistically associated with both infections ($p < 0.05$). Marital status, family disapproval or indifference of their sexual

Recebido em: 10/12/2013
Aprovado em: 19/12/2013

Instituição:
Departamento de Medicina Preventiva e Social
da Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

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

orientation, better HIV/Aids knowledge, not knowing their chances of acquiring HIV were statistically associated only with HIV and social class only with syphilis. Conclusion: These results indicate the severity of the HIV epidemic among the MSM population in Belo Horizonte. Public policies at the municipal and state levels must be implemented and/or revised urgently.

Key words: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Syphilis; HIV and Syphilis Seroprevalence; Sexual Behavior; Health Vulnerability; Brazil.

INTRODUÇÃO

A epidemia do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) continua sendo um importante problema de saúde pública, apesar dos recentes avanços alcançados em alguns países. O programa das Nações Unidas para o HIV/Aids (UNAIDS)¹ classifica a epidemia em generalizada (prevalência do HIV na população geral maior do que 1%), de baixo nível (prevalência do HIV na população geral e em subgrupos menor do que 1%) e concentrada (prevalência do HIV na população geral < 1% e em subgrupos > 5%). No Brasil, estima-se a prevalência da infecção pelo HIV entre 0,4 e 0,5% na população adulta, a epidemia é predominantemente de transmissão sexual e está concentrada em populações em alto risco de exposição ao HIV (populações-chave), incluindo usuários de drogas injetáveis (UDI), trabalhadoras do sexo e, principalmente, homens que fazem sexo com outros homens (HSH).²

As metas da UNAIDS¹ até 2015 estão bem estabelecidas e incluem: reduzir a transmissão sexual do HIV em 50%, reduzir à metade a transmissão entre UDI, eliminar a transmissão vertical, expandir o tratamento para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), eliminar iniquidades de gênero, discriminação, estigma, e violência.¹ Para se atingir tais metas, é necessária o estabelecimento de um sistema eficaz de monitoramento e avaliação da epidemia do HIV por meio de indicadores padronizados, tanto nacional quanto internacionalmente. Entre os indicadores recomendados estão estimativas de prevalência do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo sífilis, da proporção de comportamento sexual sem proteção, da proporção de testagem para o HIV e sífilis, da proporção de conhecimento adequado sobre transmissão do HIV e outras ISTs. Em epidemias concentradas esses indicadores devem priorizar o monitoramento da epidemia em populações-chave.

Dados recentes do Brasil indicam altas prevalências do HIV entre trabalhadoras do sexo (4,8%; IC 95%: 3,4 a 6,1)³ e HSH (11,1%; IC 95%: 10,0 a 14,5)⁴ e revelam preo-

cupação do ponto de vista de saúde pública. São altas também as proporções de sexo desprotegido – 36,5% de sexo anal desprotegido entre HSH⁵ e de não realização de teste anti-HIV – 51,0% entre HSH.⁴ Além disso, são evidentes o diagnóstico e início tardios do tratamento antirretroviral (TARV) entre PVHA – 59,0% entre 2003 e 2006.⁶ Acrescentam-se a esse cenário índices preocupantes de não adesão à TARV, cujas consequências impactam a mortalidade, a incidência de infecções oportunistas e a circulação de cepas resistentes do vírus HIV. Estigma, discriminação, violência, práticas sexuais desprotegidas e alta prevalência de uso de drogas lícitas ou ilícitas estão entre os fatores contextuais que potencialmente explicam a maior vulnerabilidade dessas populações ao HIV.

É conhecida a dificuldade de obtenção de dados confiáveis e com grau de representatividade que possam gerar estimativas padronizadas desses indicadores de monitoramento e avaliação da epidemia do HIV. Em particular, estudos com populações-chave, geralmente caracterizadas como de difícil acesso, demandam metodologias amostrais específicas. A técnica denominada *Respondent Driven Sampling* (RDS) destaca-se como um dos métodos mais utilizados em diversos países para estudos com essas populações. Por meio dessa técnica é possível realizar inquéritos sorológicos e comportamentais de base populacional, minimizando, desta forma, vieses comuns em estudos que utilizam amostras de conveniência (e.g. serviços de saúde) ou que se baseiam somente em dados secundários.⁷⁻⁹

Neste sentido, em 2010 foi conduzido estudo multicêntrico nacional em 10 cidades brasileiras utilizando a técnica RDS (Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Curitiba, Itajaí, Manaus, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e Santos) entre HSH⁴ cujo principal objetivo foi estabelecer uma linha de base para o monitoramento da infecção pelo HIV e sífilis, de situações de vulnerabilidade e de comportamento sexual dessa população. O objetivo deste trabalho foi apresentar os resultados do recrutamento, as características descritivas e as prevalências de HIV e sífilis da amostra obtida na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

MÉTODOS

Delineamento e população

Este é um estudo de corte transversal parte do estudo multicêntrico nacional entre HSH nas 10 cidades

brasileiras.⁴ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Ceará (número 202/07), pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP número 14494) e pelos serviços participantes, incluindo a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP SMS-PBH número 062/2007).

Foram elegíveis HSH com descrição de pelo menos uma relação sexual com outro homem nos 12 meses anteriores à entrevista, idade 18 anos ou mais, que apresentassem cupom válido e não estivessem sob efeito de drogas durante a entrevista. Além disso, deveriam ser residentes nas cidades-sede e não se identificarem como travestis ou transexuais. A participação foi voluntária e os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Para esta análise foram incluídos somente participantes residentes em Belo Horizonte, MG, onde o estudo recebeu o nome de Projeto Atitude.

Amostra e recrutamento

O tamanho da amostra foi *a priori* definido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DDAHV/MS) em 250 a 350 participantes por cidade. Para o recrutamento foi utilizada a técnica amostral RDS. Trata-se de um tipo de amostragem por cadeia utilizada para abordar populações de difícil acesso.⁷⁻⁹ O recrutamento é realizado pelos próprios participantes utilizando um sistema duplo de incentivos e os primeiros recrutadores são denominados sementes. Esse método assume premissas do modelo estocástico de Markov e gera cadeias de recrutamento que, após saturação, se tornam independentes das sementes de origem. Os recrutados são solicitados a indicar o tamanho de sua rede social pessoal de potenciais indivíduos a serem convidados para compor o tamanho amostral estimado. Pelo fato de que indivíduos com redes sociais mais amplas têm mais probabilidade de serem selecionados, menor peso é dado a esse grupo nas análises. Cada semente recebe três cupons únicos não falsificáveis para distribuição entre conhecidos de sua rede social. Os cupons são previamente numerados e identificados por meio de códigos numéricos, permitindo, assim, o estudo da rede de recrutamento final. Dependendo das características das primeiras sementes e da rede social dos recrutados, ocorre saturação nas primeiras ondas do estudo.

Neste trabalho as sementes foram selecionadas durante pesquisa formativa prévia (e.g. grupos focais e en-

trevistas), considerando faixa etária (≤ 25 ou > 25 anos) e escolaridade (≤ 8 ou > 8 anos de estudo). Homens que receberam cupom válido foram orientados por seus recrutadores a contatar os pesquisadores a fim de agendar horário e local para as entrevistas. Os primeiros indivíduos que chegaram ao local do estudo com cupom válido e que atenderam ao critério de inclusão constituíram a primeira onda do estudo. Após os procedimentos da pesquisa, estes participantes receberam três novos cupons previamente numerados para convidar pessoas de suas respectivas redes sociais. Esse processo se repetiu até que o tamanho amostral previsto fosse atingido, constituindo, assim, ondas sucessivas de recrutamento. Indivíduos não elegíveis ou que desistiram de participar foram convidados a responder um breve questionário com perguntas de natureza sociodemográfica e motivos para não participação.

Coleta de dados

Em Belo Horizonte, a pesquisa foi conduzida em dois locais: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Sagrada Família/SMS-PBH e sala independente localizada em área hospitalar. Os participantes foram convidados a responderem a um questionário semiestruturado e a realizarem exames para HIV e sífilis. As entrevistas foram conduzidas face a face por profissionais previamente treinados e as respostas foram registradas em computador portátil.

O questionário foi previamente testado e padronizado e as variáveis investigadas foram agrupadas, a saber:

- dados sociodemográficos (e.g. idade, escolaridade, classe socioeconômica, cor da pele, estado civil, renda individual mensal, trabalho atual, moradia);
- história de testagem de HIV e sífilis e conhecimento sobre HIV/Aids;
- assunção identitária (e.g. orientação, identidade e atração sexual, visibilidade, apoio familiar);
- comportamento sexual (e.g. idade e gênero da primeira relação sexual, tipo de parceria, uso de preservativos, tipo de práticas sexuais, número de parceiros e locais de encontro sexual, sexo sob efeito de drogas);
- uso de drogas lícitas (e.g. uso atual e uso abusivo de álcool – *binge*, tabagismo) e ilícitas (e.g. *cannabis*, cocaína, uso de drogas injetáveis);
- saúde mental (e.g. preocupação, tristeza, depressão, problemas para dormir, medo ou pânico,

pensamento suicida) e história de violência (e.g. física, sexual, verbal) e discriminação (e.g. racial, orientação sexual, idade, classe social);

- participação social (e.g. ONG, religiosa) e suporte social (e.g. família, conhecidos, trabalho, amigos);
- assistência à saúde, acesso a preservativos e a fontes de informações sobre IST/HIV;
- história de DST, autopercepção de risco para o HIV.

Além disto, foram obtidas informações acerca do tamanho da rede social do participante, seguindo as perguntas:

- quantos homens você conhece e que também conhecem você que você acha que fazem sexo com outros homens e que moram em Belo Horizonte?;
- destes homens que você mencionou, quantos têm 18 ou mais anos de idade?;
- quantos desses homens com 18 anos ou mais você encontrou ou conversou pessoalmente, por telefone ou internet nos últimos dois meses?;
- desses homens que fazem sexo com homens, que têm 18 anos ou mais e que você encontrou ou falou nos últimos dois meses, quantos você convidaria para participar deste estudo? Este último dado foi utilizado para ponderar a análise pelo tamanho da rede social dos participantes.

O comportamento sexual foi caracterizado de acordo com o tipo de parceria (fixo, eventual ou comercial) e o tempo (últimos seis meses, último ano e na vida). O uso de preservativo nas relações sexuais foi classificado em sempre, às vezes, raramente ou nunca, tanto para as relações com outros homens (orais e anais) quanto para as relações com mulheres (orais, anais ou vaginais). As respostas: às vezes, raramente ou nunca foram categorizadas como uso irregular. Os participantes foram classificados em cinco classes sociais, de A (a mais alta) até E (a mais baixa), segundo o Critério Brasil.¹⁰ O conhecimento sobre HIV/Aids foi avaliado por 10 questões sobre transmissão e analisadas por meio da teoria da resposta ao item (TRI).¹¹ Foi considerado conhecimento baixo os escores abaixo do percentil 25. O uso abusivo de álcool (*binge*) foi definido como o consumo de cinco ou mais doses de álcool num único dia, pelo menos uma vez por semana. A identidade sexual foi informada pelo paciente, sendo classificada em *gay*, homossexual, HSH e outros (e.g. bissexual, heterossexual). A autopercepção de risco de se infectar pelo

HIV foi classificada em duas categorias: nenhuma ou pouca chance e moderada ou grande chance.

Os participantes foram convidados a realizar teste rápida para HIV e sífilis. A coleta de sangue foi feita por punção em polpa digital e sangue total foi usado em todos os testes diagnósticos. O estudo seguiu as normas e o algoritmo recomendado pelo Ministério da Saúde para testes rápidos para o HIV: RapidCheck HIV-1&2 e Bio-Manguinhos HIV-1&2 foram aplicados simultaneamente, seguidos por teste confirmatório no caso de discrepância entre os resultados dos dois primeiros.^{12,13} Para sífilis foi utilizado o teste rápido *Determine™ Sífilis TP*. Trata-se de imunoenensaio qualitativo treponêmico para detecção de anticorpos para *Treponema pallidum*, sendo um teste de triagem. Os testes rápidos foram fornecidos pelo DDAHV/MS. Todos os participantes receberam aconselhamento pré e pós-teste. Aqueles positivos para o HIV foram convidados a realizar o teste de genotipagem e foram encaminhados para acompanhamento nos centros de referência e aqueles positivos para sífilis foram encaminhados para confirmação do diagnóstico e tratamento, se necessário.

Análise estatística

Foi realizada análise descritiva das variáveis categóricas e medidas de tendência central das variáveis contínuas. A rede de participantes foi descrita incluindo-se o grau de dependência dos participantes recrutados em relação aos recrutadores, i.e., grau de homofilia, para as seguintes variáveis: idade, classe socioeconômica, infecção pelo HIV e sífilis, autorrelato de HIV, participação em ONG. O grau de dependência foi avaliado pelo teste qui-quadrado McNemar para amostras pareadas, considerando-se cada recrutador-recrutado um par. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Conforme proposto inicialmente, a probabilidade de um indivíduo participar de uma pesquisa envolvendo a técnica RDS depende do tamanho da rede social desse indivíduo.⁷⁻⁹ Dessa forma, as estimativas foram ponderadas pela média harmônica do inverso do tamanho da rede social informada pelo entrevistado. As diferenças de proporção foram avaliadas por meio do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 0,05. Foram utilizados os *softwares* RDSAT, NetDraw e SAS® (SAS Inst., Cary, USA) SAS.

RESULTADOS

Recrutamento

Entre os 3.859 HSH que constituíram a amostra total do estudo nos 10 municípios brasileiros, 274 (7,1%) foram recrutados no Projeto Atitude em Belo Horizonte. O recrutamento do Projeto Atitude foi lento e com difícil formação da rede, tendo sido necessárias 21 sementes para gerar a rede final. Ao todo foram distribuídos 828 cupons válidos, sendo que somente 33,9% (n=282) agendaram entrevista e efetivamente 253 (30,9%) compareceram, totalizando 274 participantes, incluídas as sementes. Também chama à atenção a dificuldade das sementes em conseguir recrutados e a alta concentração destes em poucas sementes. Das 21 sementes, 43% não geraram qualquer recrutamento, sete (33%) geraram um a cinco recrutados e seis (24%) geraram seis ou mais recrutados. Somente três sementes geraram as principais redes, com forte concentração na semente 14 (S14) (50% S14; 18% S15; 15% S20) (Figura 1).

Para as análises de homofilia (dependência) foram utilizados 220 pares recrutador-recrutado entre os 274 HSH incluídos no estudo. A probabilidade de recrutar um participante positivo para o HIV foi de 28,6% quando o recrutador era também positivo para o HIV e 6,6% quando este era negativo para o HIV, indicando um grau de homofilia limítrofe ($p=0,084$). Para sorologia de sífilis, participar de ONG e classe social, não houve evidência de dependência no processo de recrutamento ($p=0,391$; $p=0,211$; $p=0,146$, respectivamente). No entanto, houve indicação estatística de dependência para idade (18-24; 25-34; 35+) ($p=0,045$), i.e., recrutadores tendem a convidar participantes de idade semelhante, com predominância de jovens HSH de 18 a 24 anos (Figura 2).

Análise descritiva

A análise descritiva é apresentada na Tabela 1. Em relação às características demográficas, os participantes eram jovens (41,3% com idade entre 18 e 24 anos e 36,8% com idade entre 25 e 34 anos), com alta escolaridade (72,8%), pertencentes às classes sociais A ou B (63,0%), de cor branca (43,5%) ou parda (41,3%) e solteiros (87,0%). Também, relataram morar com os pais (44,4%) ou com parceiros (38,9%), trabalhar atualmente (82,6%) e ter renda igual ou superior a R\$ 750,00 no último mês antes da entrevista (67,9%).

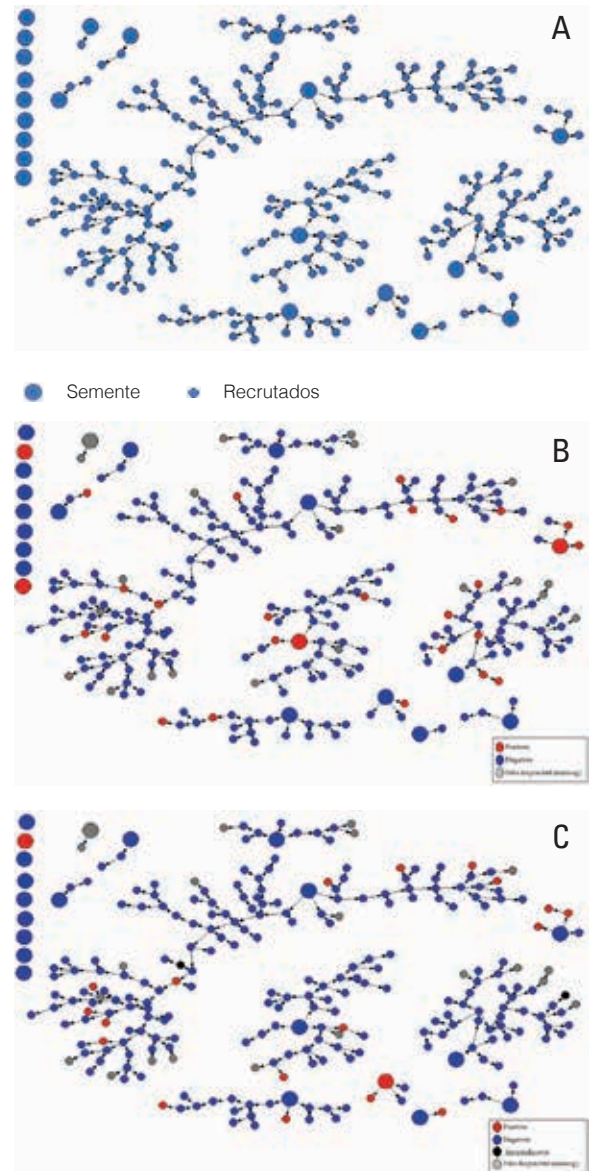


Figura 1 - Rede de recrutados, Projeto Atitude, Belo Horizonte, 2010 A: Sem atributos; B: De acordo com a positividade para sífilis; C: De acordo com a positividade para o HIV.

Em relação à assunção identitária, a maioria se autorreferiu como gay (40,7%) ou homossexual (48,9%) e declarou sentir atração sexual somente por homens (74,4%). Mais de 90% comentaram com pelo menos uma pessoa sua preferência sexual, sendo os amigos com quem a maioria compartilhou essa informação (82,4%), seguido da mãe (62,1%) e somente 36,8% com o pai. Grande parte (48,0%) indica ter apoio total ou parcial de familiares, sendo que para 27,7% a família é indiferente quanto ao participante ter preferência sexual por homens. Chama à atenção a relevância do contexto de discriminação e violência nessa população.

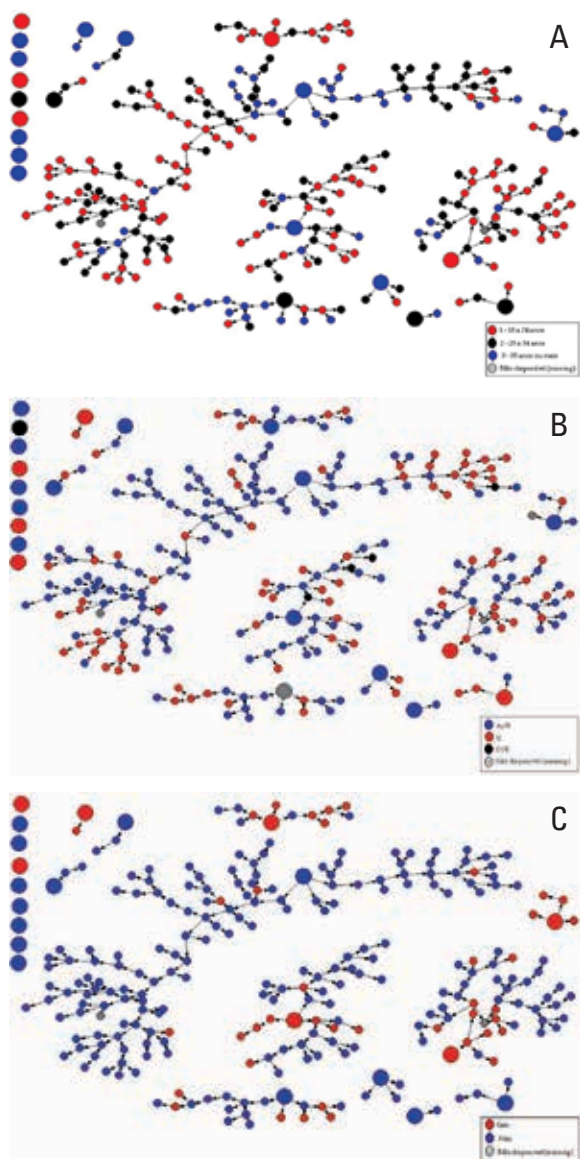


Figura 2 - Rede de recrutados, Projeto Atitude, Belo Horizonte, 2010 segundo A:Idade; B:Classe social C: Participação em ONG.

Enquanto 47,4% informaram terem sofrido algum tipo de discriminação, a maior proporção foi devida à orientação sexual (40,7%). Os locais em que mais ocorreu esse tipo de discriminação foram na rua (40,0%), no trabalho (26,4%), no lazer (22,7%) e na escola (22,7%). A maioria informou ter sofrido agressão verbal (61,8%) devido à orientação sexual, enquanto que quase 10,0% relataram ter sofrido agressão física pelo mesmo motivo. Em torno de 13,0% declararam ter tido relação sexual contra a vontade e, destes, a maioria tinha menos de 14 anos de idade (68,6%) quando isso ocorreu.

Tabela 1 - Características descritivas da amostra de homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

	n (%)	% ponderada
Sociodemográficas		
<i>Idade (anos):</i>		
18-24	113 (41,3)	42,2
25-34	100 (36,8)	29,8
35+	59 (21,7)	28,0
<i>Escolaridade (>=12 anos):</i>	198 (72,8)	65,4
<i>Classe Social:</i>		
A-B	170 (63,0)	61,7
C	95 (35,2)	32,2
D-E	5 (1,9)	6,1
<i>Cor da Pele:</i>		
Branca	117 (43,5)	43,7
Parda	111 (41,3)	38,3
Outras	41 (15,2)	18,0
<i>Estado civil (solteiro):</i>	235 (87,0)	86,5
<i>Renda individual último mês (>= R\$750):</i>	184 (67,9)	65,6
<i>Trabalha atualmente:</i>	223 (82,6)	85,7
<i>Com quem mora:</i>	31,8	31,9
Parceiro/outros	105 (38,9)	41,2
Sozinho	45 (16,7)	16,8
Pais	120 (44,4)	42,0
Assunção Identitária		
<i>Identidade sexual:</i>		
Bissexual/outro	28 (10,4)	15,1
Gay	110 (40,7)	30,5
HSH/homossexual	132 (48,9)	54,4
<i>Atração sexual (Somente homens):</i>	201 (74,4)	70,3
<i>Relataram sobre atração sexual por homens para:</i>		
Colegas	219 (81,4)	77,5
Mãe	167 (62,1)	58,8
Pai	99 (36,8)	34,8
Outros familiares	210 (78,1)	73,5
Pelo menos uma pessoa	250 (92,9)	91,5
<i>Apoio da família em relação a atração por homens:</i>		
Aprova total/parcialmente	131 (48,0)	46,8
Indiferente	76 (27,7)	27,5
Desaprovam total/parcialmente	19 (6,9)	6,1
Não sabe opinião	48 (17,5)	19,6
Discriminação e Violência		
<i>Sentir-se discriminado de alguma forma:</i>	128 (47,4)	38,4
<i>Pela cor/raça:</i>	14 (5,2)	3,5
<i>Pela condição social:</i>	15 (5,6)	5,0
<i>Pela Idade:</i>	23 (8,5)	6,3
<i>Pela orientação sexual:</i>	110 (40,7)	33,8

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Características descritivas da amostra de homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

	n (%)	% ponderada
Discriminação e Violência		
<i>Onde ocorreu discriminação sexual:</i>		
Trabalho	29 (26,4)	39,2
Escola	25 (22,7)	29,7
Igreja	14 (12,7)	13,3
Comércio	20 (18,2)	19,7
Lazer	25 (22,7)	20,1
Rua	44 (40,0)	29,8
Outros	22 (20,0)	14,6
<i>Agressão verbal devido orientação sexual:</i>	167 (61,8)	59,9
<i>Agressão física devida orientação sexual:</i>	27 (10,0)	6,8
<i>Relação sexual contra vontade:</i>	35 (12,9)	12,4
<i>Idade da relação sexual contra vontade (< 14 anos):</i>	24 (68,6)	70,8
Saúde Mental²		
<i>Alguma/muita tensão e/ou preocupação²:</i>	227 (84,1)	78,0
<i>Algum/muito problema para dormir²:</i>	128 (47,4)	43,6
<i>Algum/muito sentimento de medo e/ou pânico²:</i>	35 (13,0)	11,2
<i>Algum/muito sentimento de tristeza ou depressão²:</i>	144 (53,3)	54,8
<i>Alguma/muita ideia de suicídio²:</i>	35 (13,0)	16,4
Uso de Álcool ou Drogas		
<i>Uso de Álcool:</i>		
Nunca-eventual	101 (37,4)	41,9
2+ vezes por semana	169 (62,6)	58,1
<i>Uso abusivo (Binge)¹:</i>	55 (20,4)	15,9
<i>Uso de droga ilícita²:</i>	89 (33,1)	23,5
<i>Relação sexual sob efeito de álcool³:</i>	187 (69,3)	61,4
<i>Relação sexual sob efeito de droga ilícita²:</i>	55 (20,5)	15,3
<i>Relação sexual sob efeito de álcool ou droga²:</i>	193 (71,5)	62,1
Comportamento sexual		
<i>Idade da primeira relação sexual (anos):</i>		
< 15	62 (23,0)	26,2
15-18	129 (47,8)	47,2
18+	79 (29,2)	26,6
<i>Gênero do primeiro parceiro sexual (homem):</i>	185 (68,5)	67,4
<i>Número de parceiros sexuais³ (> 5):</i>	119 (44,2)	39,0
<i>Número de parceiros sexuais³ (> 5):</i>	79 (29,5)	33,6
<i>Relação sexual somente com homens³:</i>	249 (92,2)	91,7
<i>Uso irregular de preservativos com homens³:</i>	176 (65,2)	56,9
<i>Uso irregular de preservativos nas relações anais receptivas²:</i>	109 (40,5)	35,7

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Características descritivas da amostra de homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

	n (%)	% ponderada
Comportamento sexual		
<i>Somente parceiros sexuais masculinos nos últimos 6 meses:</i>	252 (95,5)	95,1
<i>Locais de encontros sexuais no último mês:</i>		
Nenhum específico	161 (59,6)	61,4
Bares gays	45 (16,7)	18,6
Boates	19 (7,0)	8,1
Dark rooms	13 (4,8)	2,8
Saunas	16 (5,9)	7,9
Cinemas	11 (4,1)	0,9
Banheiros públicos	2 (0,7)	0,3
Festas	1 (0,4)	0,1
Casa de amigos	1 (0,4)	0,1
Usou a internet	1 (0,4)	0,1
História DST/HIV		
<i>Conhecimento sobre HIV/Aids (alto):</i>	204 (75,3)	77,9
<i>Chance de se infectar HIV (Nenhuma/pouca):</i>	144 (52,9)	53,7
<i>Teste anti-HIV prévio:</i>	201 (74,4)	76,3
<i>Teste anti-HIV nos últimos 12 meses:</i>	103 (38,3)	37,3
<i>Teste para sífilis prévio:</i>	91 (35,3)	36,2
<i>Diagnóstico prévio de sífilis:</i>	19 (7,0)	8,7
<i>Diagnóstico de DST nos últimos 12 meses:</i>	66 (24,4)	23,0
Rede/Participação Social		
<i>Todos/maioria dos amigos conversam sobre prevenção DST/Aids:</i>	173 (63,8)	66,9
<i>Todos/maioria dos amigos incentivam uso preservativo</i>	156 (57,6)	54,9
<i>Todos/maioria dos amigos dizem que usam preservativo</i>	191 (70,5)	67,4
<i>Participação em atividade religiosa</i>	73 (26,9)	30,9
<i>Participação em atividade em serviços</i>	37 (13,6)	12,9
<i>Conhece ONG que trabalha com Aids</i>	139 (51,3)	52,6
<i>Participação em ONG</i>	47 (17,3)	14,7

¹ Cinco ou mais doses em uma ocasião uma ou mais vezes por semana.

² Nos últimos seis meses.

³ Nos últimos doze meses.

Chama à atenção a situação de saúde mental e uso de substâncias dessa população. Grande parte declarou ter sentido muita tensão e/ou preocupação (84,1%), enquanto que 53,3 e 47,4% referiram sentimento de tristeza/depressão ou problemas para dormir, respectivamente. Alguma ou muita ideia de suicida foi descrita por 16,4%. É alto o uso de drogas ilícitas (33,1%) ou álcool (62,9%) nos últimos seis meses, tendo sido o uso abusivo citado por 20,4%. A

maioria reportou ter tido relações sexuais nos últimos seis meses sob efeito de álcool e/ou droga (71,5%).

No que se refere ao comportamento sexual dessa amostra, quase um quarto (23,0%) teve início precoce (< 15 anos) de atividades sexuais e 47,8% entre 15 e 18 anos, a maioria com homens (68,5%). Ter cinco ou mais parceiros nos últimos seis ou 12 meses foi mencionado por, respectivamente 39,0 e 33,6%, sendo que para mais de 95% foram somente homens. Foi muito alta a proporção do uso irregular de preservativos nas relações sexuais, tanto em qualquer tipo (65,2%) quanto nas relações anais receptivas (40,5%). Não houve citação de locais específicos para encontros sexuais para grande parte dessa população (59,6%). Para aqueles que descreveram os locais, a maior parte foi em bares *gays* e boates.

O conhecimento sobre HIV/Aids foi alto (75,3%) e mais da metade considerou ter pouca ou nenhuma chance de se infectar com o HIV (52,9%). No entanto, chama a atenção que 16,8% indicam não saber suas chances de se infectar. Observou-se que a maioria fez testagem prévia para o HIV (74,4%), mas foi baixa ao considerar os últimos 12 meses (37,3%), enquanto que para sífilis poucos realizaram testagem prévia (35,3%) e, destes, aproximadamente 7,0% eram positivos.

Ao focar a rede ou participação social dessa população, considerável proporção informou que conversou com seus amigos sobre a prevenção DST/Aids (63,8%) e que os mesmos incentivaram e usaram preservativos. Chama à atenção o fato de que 70,5% dos amigos diziam que usavam preservativos, o que contrasta com a alta proporção de uso irregular declarada pelos participantes (65,2%). Enquanto aproximadamente um quarto reportou participação em atividade religiosa, somente 17,3% indicaram atividades em ONGs, apesar de 51,3% conhecerem ONGs que trabalham com Aids.

Fatores associados a HIV e sífilis

As prevalências ponderadas da infecção pelo HIV e de sífilis foram, respectivamente, 10,3% (IC 95%: 6,6 a 13,9) e 13,9% (IC 95%: 9,7 a 18,1). Chama a atenção que 5,4% dos participantes que tinham resultado prévio anti-HIV negativo foram positivos na pesquisa, indicando provável alta incidência de HIV nessa população. Além disso, 1,4% dos participantes que nunca fizeram teste anti-HIV foi positivo para HIV na pesquisa, enquanto que 23,1% que nunca fizeram teste

para sífilis tiveram resultados positivos na pesquisa. As prevalências de HIV e sífilis foram mais altas entre os mais velhos, com baixa escolaridade, classe social C, D ou E, cor não branca e solteiros. No entanto, somente idade e cor foram estatisticamente associadas a ambas as infecções ($p < 0,05$), classe social somente à sífilis, estado civil somente ao HIV, enquanto que escolaridade apresentou associação limítrofe tanto com o HIV quanto com a sífilis (Tabela 2).

Contar para a mãe ou pai sobre a orientação sexual esteve associado à positividade para HIV e sífilis, enquanto que a família ser indiferente ou desaprovada a opção sexual esteve associado ao HIV somente. Foram elevadas as prevalências de HIV e sífilis entre aqueles que sofreram discriminação por raça ou idade ou sofreram agressão sexual, apesar de não estarem estatisticamente associados. Participantes com algum grau de tensão, problemas para dormir, sentimento de pânico ou tristeza, bem como ideação suicida também apresentaram altas prevalências de HIV e sífilis, no entanto, sem atingir significância estatística. Chama a atenção que ter melhor conhecimento sobre HIV/Aids, mas não saber avaliar sua percepção de risco, associou-se estatisticamente ao HIV. Testagem prévia para o HIV ou sífilis, diagnóstico prévio de sífilis ou de outras DSTs estiveram fortemente associados tanto ao HIV quanto à sífilis nessa população. Finalmente, não conversar sobre prevenção, ter poucos amigos que incentivavam ou que diziam usar preservativos exibiram altas prevalências de sífilis, principalmente enquanto que aqueles com participação em ONGs tiveram mais prevalências de HIV e sífilis.

DISCUSSÃO

Esta investigação, que integra um estudo multicêntrico nacional em 10 cidades do Brasil, constitui, até o momento, a única pesquisa realizada em Belo Horizonte utilizando uma estratégia metodológica (RDS) enfocando a população HSH residente na cidade. É extremamente preocupante a elevada prevalência da infecção pelo HIV encontrada (10,3%), que é mais de 20 vezes superior à da população adulta brasileira e pelo menos o dobro daquelas encontradas entre as trabalhadoras do sexo e os usuários de drogas injetáveis. No estudo multicêntrico a prevalência foi heterogênea, variando de 5,2%, em Recife, a 23,7%, em Brasília, entre as 10 cidades participantes, e uma estimativa ponderada média de 14,2% (IC95% 12,1 a 16,6).

Tabela 2 - Análise univariada da soroprevalência de HIV e Sífilis entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

Características	N ¹	HIV			Sífilis		
		n (%) ²	(Wt %) ³	χ^2 (valor de p)	n (%) ²	(Wt %) ³	χ^2 (valor de p)
Sociodemográficas							
<i>Idade (anos):</i>							
≤ 24	113	3 (2,8)	(2,1)	12,42 (<0,001)	8 (7,21)	(7,4)	6,35 (0,012)
>24	159	17 (10,9)	(15,7)		21 (13,4)	(18,3)	
<i>Escolaridade (anos):</i>							
> 12	198	13 (6,7)	(7,9)	3,01 (0,083)	20 (10,2)	(11,1)	3,51 (0,061)
<12	74	7 (9,7)	(14,8)		9 (12,5)	(19,5)	
<i>Classe Social:</i>							
A-B	170	9 (5,4)	(8,2)	1,78 (0,181)	13 (7,7)	(8,2)	11,20 (<0,001)
C-D-E	100	11 (11,2)	(13,4)		16 (16,2)	(22,9)	
<i>Cor da pele:</i>							
Branços	117	3 (2,6)	(1,9)	14,27 (<0,001)	8 (6,96)	(7,4)	6,93 (0,008)
Não brancos	152	17 (11,5)	(16,4)		21 (14,0)	(18,8)	
<i>Estado Civil:</i>							
Casados	35	2 (6,1)	(1,08)	3,72 (0,054)	3 (9,1)	(8,0)	1,22 (0,270)
Solteiros	235	18 (7,8)	(11,8)		26 (11,2)	(15,0)	
<i>Renda individual mensal:</i>							
≥ US\$420	184	14 (7,8)	(10,6)	0,040 (0,840)	20 (11,1)	(12,7)	0,62 (0,431)
< US\$420	87	6 (7,1)	(9,76)		9 (10,5)	(16,2)	
<i>Mora com:</i>							
Parceiro/outros	105	8 (7,8)	(8,0)	0,977 (0,323)	10 (9,8)	(7,8)	1,20 (0,273)
Sozinho	45	5 (11,4)	(10,9)		6 (13,3)	(30,0)	
Pais	120	7 (5,9)	(12,1)		13 (10,8)	(13,2)	
Assunção Identitária							
<i>Identidade Sexual:</i>							
Bissexual/Outro	28	1 (3,9)	(4,3)	2,47 (0,116)	2 (7,1)	(10,3)	1,33 (0,249)
Gay	110	7 (6,4)	(8,9)		9 (8,2)	(11,7)	
HSH/homossexual	132	12 (9,4)	(12,7)		18 (14,0)	(16,3)	
<i>Contaram sobre a atração sexual para:</i>							
Mãe							
Não	102	6 (6,1)	(4,3)	7,00 (0,008)	9 (8,8)	(7,1)	7,56 (0,006)
Sim	167	14 (8,5)	(14,5)		20 (12,2)	(19,0)	
Pai							
Não	170	11 (6,6)	(6,2)	9,39 (0,002)	16 (9,4)	(8,7)	12,02 (<0,001)
Sim	99	9 (9,4)	(18,5)		13 (13,5)	(24,6)	
<i>Apoio da família sobre a atração por homens</i>							
Apoia totalmente ou parcialmente	179	12 (6,9)	(6,24)	8,43 (0,004)	19 (10,9)	(13,2)	0,22 (0,636)
Indiferente/ não apoia	95	9 (9,6)	(17,7)		11 (11,6)	(15,3)	
Discriminação e Violência							
<i>Sentimento de discriminação devido à raça/cor:</i>							
Não	256	18 (7,2)	(9,8)	1,54 (0,214)	27 (10,6)	(13,5)	1,07 (0,301)
Sim	15	2 (15,4)	(22,3)		2 (15,4)	(25,4)	

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Análise univariada da soroprevalência de HIV e Sífilis entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

Características	N ¹	HIV			Sífilis		
		n (%) ²	(Wt %) ³	χ ² (valor de p)	n (%) ²	(Wt %) ³	χ ² (valor de p)
Discriminação e Violência							
<i>Sentimento de discriminação devido à condição social:</i>							
Não	255	19 (7,5)	(10,7)	0,96 (0,328)	28 (11,1)	(14,5)	0,999 (0,317)
Sim	15	1 (7,1)	(2,3)		1 (7,1)	(4,7)	
<i>Sentimento de discriminação devido à idade:</i>							
Não	247	18 (7,4)	(9,65)	1,64 (0,200)	25 (10,2)	(14,1)	0,070 (0,791)
Sim	23	2 (9,5)	(19,7)		4 (19,1)	(11,7)	
<i>Sentimento de discriminação devido à orientação sexual:</i>							
Não	160	10 (6,4)	(11,7)	1,22 (0,270)	16 (10,1)	(15,2)	0,786 (0,375)
Sim	110	10 (9,3)	(7,3)		13 (12,0)	(11,2)	
<i>Agressão verbal devido à orientação sexual:</i>							
Não	103	4 (4,0)	(10,1)	0,01 (0,934)	12 (11,8)	(18,6)	2,95 (0,086)
Sim	167	16 (9,8)	(10,4)		17 (10,3)	(11,0)	
<i>Agressão física devido à orientação sexual:</i>							
Não	244	19 (7,9)	(10,8)	1,70 (0,192)	22 (9,1)	(13,3)	1,00 (0,317)
Sim	27	1 (4,0)	(0,5)		7 (26,9)	(21,7)	
<i>Relação sexual contra a vontade</i>							
Não	236	17 (7,4)	(9,6)	0,68 (0,409)	22 (9,4)	(12,6)	2,39 (0,122)
Sim	35	3 (8,8)	(14,3)		7 (20,6)	(22,5)	
Saúde mental nos últimos seis meses							
<i>Tensão e preocupação</i>							
Nunca ou pouco	43	4 (10,0)	(8,75)	0,14 (0,712)	5 (12,9)	(16,2)	0,23 (0,633)
Alguma ou muita	227	16 (7,1)	(10,6)		24 (10,7)	(13,5)	
<i>Problemas para dormir</i>							
Nunca ou pouco	142	10 (7,2)	(7,1)	3,48 (0,062)	13 (9,3)	(11,9)	1,09 (0,296)
Algum ou muito	128	10 (8,0)	(14,2)		16 (12,6)	(16,4)	
<i>Sentimento de medo e/ou pânico</i>							
Nunca ou pouco	235	16 (7,0)	(9,5)	1,19 (0,274)	24 (10,3)	(13,2)	0,78 (0,379)
Algum ou muito	35	4 (11,8)	(16,0)		5 (14,7)	(19,2)	
<i>Sentimento de tristeza ou depressão</i>							
Nunca ou pouco	126	7 (5,65)	(7,6)	1,74 (0,187)	9 (7,1)	(7,8)	7,18 (0,007)
Alguma ou muita	144	13 (9,29)	(12,60)		20 (14,2)	(19,3)	
<i>Ideação suicida</i>							
Nunca ou pouco	235	15 (6,5)	(9,0)	2,54 (0,110)	23 (9,9)	(12,6)	2,61 (0,107)
Alguma ou muita	35	5 (14,7)	(17,6)		6 (17,7)	(22,4)	
Uso de álcool e drogas							
<i>Uso de álcool:</i>							
Nunca- eventual	101	7 (7,1)	(7,8)	1,21 (0,271)	9 (9,0)	(11,6)	0,89 (0,346)
2+ vezes por semana	169	13 (7,8)	(12,1)		20 (12,0)	(15,7)	
<i>Consumo abusivo de álcool nos últimos seis meses</i>							
Não	215	16 (7,6)	(10,5)	0,13 (0,718)	20 (9,5)	(13,6)	0,15 (0,699)
Sim	55	4 (7,4)	(8,7)		9 (16,7)	(15,9)	

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Análise univariada da soroprevalência de HIV e Sífilis entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

Características	N ¹	HIV			Sífilis		
		n (%) ²	(Wt %) ³	χ ² (valor de p)	n (%) ²	(Wt %) ³	χ ² (valor de p)
Uso de álcool e drogas							
<i>Uso de drogas ilícitas nos últimos seis meses</i>							
Não	180	14 (7,9)	(11,3)	0,83 (0,361)	19 (10,6)	(15,4)	1,37 (0,242)
Sim	89	6 (6,9)	(7,2)		10 (11,5)	(9,5)	
<i>Relação sexual sob efeito de drogas/álcool nos últimos seis meses</i>							
Não	77	8 (10,7)	(11,5)	1,15 (0,284)	10 (13,0)	(17,4)	1,64 (0,200)
Sim	193	12 (6,3)	(9,5)		19 (10,0)	(11,8)	
Comportamento sexual							
<i>Idade da primeira relação sexual (anos):</i>							
>18	62	5 (8,2)	(15,1)	0,67 (0,410)	4 (6,5)	(15,32)	0,41 (0,521)
15-18	129	9 (7,1)	(7,25)		12 (9,4)	(10,40)	
≤14	79	6 (7,8)	(10,9)		13 (16,9)	(19,41)	
<i>Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses:</i>							
1	58	8 (14,3)	(31,8)	6,10 (0,013)	10 (17,8)	(28,8)	2,40 (0,121)
2-5	131	7 (5,4)	(4,4)		9 (6,9)	(10,3)	
>5	79	4 (5,3)	(10,2)		10 (12,8)	(13,6)	
<i>Relações sexuais exclusivamente com homens nos últimos doze meses:</i>							
Não	21	1 (5,0)	(1,59)	1,74 (0,186)	1 (4,8)	(11,9)	0,09 (0,767)
Sim	249	19 (7,8)	(11,0)		28 (11,4)	(14,2)	
<i>Uso de preservativos nas relações anais receptivas nos últimos seis meses:</i>							
Sempre	160	13 (8,3)	(8,9)	1,04 (0,306)	18 (11,4)	(14,9)	0,29 (0,59)
Irregular	109	7 (6,6)	(12,9)		11 (10,2)	(12,5)	
Percepção e risco DST/ HIV							
<i>Conhecimento sobre HIV / Aids</i>							
Alto	104	17 (8,5)	(12,2)	4,04 (0,044)	20 (10,0)	(13,7)	0,02 (0,885)
Baixo	67	3 (4,5)	(3,1)		9 (13,4)	(14,5)	
<i>Possibilidade de se infectar com o HIV</i>							
Nenhuma ou baixa	144	5 (3,6)	(4,0)	31,12 (<0,001)	8 (5,6)	(6,3)	16,56 (<0,001)
Moderada ou alta	82	5 (2,5)	(3,0)		14 (17,5)	(20,1)	
Desconhecida	46	14 (30,4)	(33,8)		8 (17,4)	(27,0)	
<i>História de testagem para HIV:</i>							
Não	69	1 (1,49)	(0,0)	9,24 (0,002)	4 (5,9)	(4,8)	5,74 (0,017)
Sim	201	19 (9,6)	(13,5)		25 (12,6)	(16,8)	
<i>História de testagem para sífilis:</i>							
Não	167	9 (5,6)	(5,0)	13,90 (<0,001)	8 (4,9)	(5,0)	30,60 (<0,001)
Sim	91	11 (12,1)	(19,9)		21 (23,1)	(30,2)	
<i>Diagnóstico prévio de sífilis:</i>							
Não	252	14 (5,7)	(4,9)	77,99 (<0,001)	15 (6,0)	(7,5)	92,50 (<0,001)
Sim	19	6 (32,6)	(62,8)		14 (73,7)	(79,4)	
<i>Diagnóstico de DST nos últimos 12 meses:</i>							
Não	205	12 (6,0)	(5,7)	17,91 (<0,001)	13 (6,4)	(8,2)	23,21 (<0,001)
Sim	66	8 (12,3)	(24,5)		16 (24,6)	(32,5)	

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Análise univariada da soroprevalência de HIV e Sífilis entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, 2010 (n = 274)

Características	N ¹	HIV			Sífilis		
		n (%) ²	(Wt %) ³	χ ² (valor de p)	n (%) ²	(Wt %) ³	χ ² (valor de p)
Rede/ participação social							
<i>Quantos amigos falam sobre prevenção de DST / Aids?</i>							
Todos/ maioria	98	6 (6,4)	(11,8)	0,29 (0,587)	12 (12,5)	(10,2)	1,41 (0,236)
Alguns/ poucos/ nenhum	173	14 (8,2)	(9,5)		17 (9,8)	(15,6)	
<i>Quantos amigos incentivam o uso do preservativo?</i>							
Todos/ maioria	156	7 (4,6)	(5,5)	7,11 (0,007)	15 (9,7)	(9,1)	5,86 (0,016)
Alguns/ poucos/ nenhum	115	13 (11,5)	(15,6)		14 (12,4)	(19,5)	
<i>Quantos amigos dizem que usam camisinha?</i>							
Todos/ maioria	191	13 (7,0)	(10,9)	0,27 (0,600)	16 (8,5)	(12,8)	0,46 (0,50)
Alguns/ poucos/ nenhum	80	7 (8,7)	(8,8)		13 (16,2)	(15,9)	
Participação ONG							
Não	224	15 (6,8)	(8,8)	4,03 (0,045)	19 (8,5)	(12,1)	4,79 (0,029)
Sim	47	5 (11,1)	(20,1)		10 (22,2)	(26,2)	

¹N= Número total de participantes em cada categoria,

²n(%)=número e proporção não ponderada de positivos em cada categoria,

³Wt%= Proporção ponderada de positivos em cada categoria,

Nesse cenário, Belo Horizonte apresenta a quarta maior prevalência e reforça a constatação de que a epidemia do HIV no Brasil está desproporcionalmente concentrada entre HSH, situação também registrada em outros países.⁴ Ressalta-se também que o resultado encontrado é superior à prevalência encontrada em HSH em Belo Horizonte no final da década de 80a (9,8%)¹⁴ e superior à prevalência do HIV entre HSH da maioria de países latino-americanos que utilizaram RDS como método amostral entre 1984 e 2010.¹⁵ Dados recentes da epidemia de Aids em Belo Horizonte corroboram estes resultados. Em 2012, Belo Horizonte teve taxa de incidência de Aids de 24,8/ 100.000 habitantes, superior à média nacional (20,2/100.000 habitantes em 2011). Além disto, a incidência de Aids foi de 51,4/100.000 para o sexo masculino e 10,7/100.000 para o sexo feminino, indicando uma crescente razão homem:mulher, de 2,2 em 2001 para 4,1 em 2012. Observa-se também aumento da transmissão sexual do HIV entre HSH. Enquanto em 2001 31,0% dos novos casos de Aids eram devidos a relações sexuais com outros homens, em 2012 essa proporção foi superior a 53,0%.²

Apesar de mais escassos, os dados comparativos com sífilis são igualmente preocupantes. A prevalência de sífilis variou de 2,8%, em Campo Grande, a 23,5% no Rio de Janeiro, estando Belo Horizonte (13,9%) com a segunda maior prevalência no estudo

multicêntrico.¹⁶ No período de 2009 a junho de 2013, foram notificados 1.140 casos de sífilis adquirida em Belo Horizonte, sendo 73,8% deles no gênero masculino. Entre os homens com sífilis adquirida, também se observou maior concentração nas faixas etárias mais sexualmente ativas, com 58,9% dos casos ocorrendo entre os 20 e 39 anos de idade.²

Esse cenário de epidemia concentrada e alguns resultados do presente estudo revelam um grave desafio a ser enfrentado no âmbito da saúde pública com vistas ao monitoramento e avaliação da epidemia do HIV. Assim, é importante ressaltar a alta proporção do uso irregular de preservativos nas relações sexuais recentes (últimos seis meses), em particular naquelas anais receptivas, pois entre os participantes de Belo Horizonte ela foi ainda maior do que os 36,5% observados na amostra nacional.⁵ De maneira paradoxal, constata-se que mais da metade dos respondentes considerou ter pouca ou nenhuma chance de se infectar com o HIV, maior do que a média encontrada no âmbito nacional (47,0%), apesar da alta proporção de participantes com conhecimento adequado sobre o HIV/Aids (75,3%), com boa escolaridade (72,8% com 12 ou mais anos de estudo) e renda média elevada e de pertencerem a classes sociais A e B (63,0%). É provável que considerável proporção de novas infecções possa ter ocorrido por meio de sexo anal receptivo desprotegido entre esses homens, uma vez que essa é

considerada a prática mais arriscada para adquirir a infecção pelo HIV durante as relações sexuais.¹⁷

A diminuição das taxas de uso de preservativo por HSH tem sido observada em várias partes do mundo e indica redução da efetividade das estratégias preventivas. Entre os motivos para a potencial diminuição do uso e os altos índices de sexo sem proteção entre HSH destacam-se aumento do otimismo relacionado à eficácia do tratamento antirretroviral, o surgimento da internet como ambiente potencial de risco para encontros sexuais e as deficiências estruturais na organização dos serviços de saúde oferecidos para HSH.¹⁸

Ao encontro dos resultados aqui discutidos, a UNAIDS¹ identifica importantes desafios para essa população. Persistem dificuldades de acesso adequado e de alta qualidade para a prevenção eficaz do HIV entre HSH jovens. Além disso, alguns jovens estão prejudicados em sua capacidade de obter serviços essenciais, devido à limitada proteção de sua confidencialidade e do direito à privacidade médica. A educação sexual abrangente mostra-se eficaz em retardar a iniciação sexual e aumentar o uso de preservativos entre os jovens sexualmente ativos. Entretanto, o acesso inadequado a essas atividades educacionais também prejudica os esforços destinados a proteger os jovens de se infectarem pelo HIV.¹⁹

Para os HSH, os trabalhadores do sexo e as outras populações marginalizadas que têm elevado risco de adquirir o HIV, os déficits programáticos são agravados por desvantagens sociais e legais que aumentam a vulnerabilidade e dificultam que esses indivíduos obtenham os serviços de que necessitam. Assim, HSH muitas vezes têm acesso limitado a preservativos, lubrificantes à base de água, educação e apoio para redução do risco sexual para o HIV. O medo de desaprovação e discriminação por parte dos prestadores de cuidados de saúde também pode dissuadir muitos HSH de buscar o acesso aos serviços convencionais de saúde. Isso se evidenciou na presente pesquisa, diante da necessidade de se encontrar um local alternativo e acolhedor ao CTA, que garantisse a privacidade dos participantes. A pesquisa somente se efetivou devido a essa estratégia adotada. Fica também evidente a elevada proporção de participantes com relato de discriminação devido à orientação sexual (40,7%), de agressão sofrida devido à orientação sexual, do início precoce de atividades sexuais, além da preocupante proporção de sexo não consentido, em uma rede social composta predominantemente por jovens de 18 a 24 anos de

idade. Aumentar o acesso dos HSH ao aconselhamento culturalmente sensível sobre o HIV, além dos testes e da terapia antirretroviral, é uma prioridade urgente de saúde global.¹⁹

A disponibilidade insuficiente de recursos impede os esforços para prover serviços essenciais de prevenção do HIV aos HSH. Os efeitos do financiamento limitado são agravados por uma série de desafios adicionais, incluindo os efeitos de dissuasão da homofobia sobre a capacidade ou a vontade dos HSH de procurarem e obterem esses serviços. Os tomadores de decisão devem trabalhar para expandir o acesso a preservativos e lubrificantes, bem como aumentar a sua utilização. Esforços concentrados específicos devem ser realizados para garantir preservativos seguros para os jovens em geral e para as populações-chave em especial. Torna-se também fundamental a participação de organizações da sociedade civil no processo. Como observado, a participação em ONG nessa população foi muito reduzida, como já constatado anteriormente.²⁰

Os governos, federal, estadual e municipal, precisam empreender esforços mais concertados para ampliar a extensão da epidemia entre HSH, enquanto ampliam a oferta de serviços que removem as barreiras ao acesso. Estigma, discriminação e opressão legal em muitos ambientes desencorajam os HSH a buscarem o teste de HIV. Torna-se fundamental a disponibilidade de serviços adequados e de alta qualidade para prevenção, cuidados e tratamento. Os programas nacionais, e em particular os programas municipais, devem esforçar-se para aumentar a sensibilidade para as necessidades de saúde dos HSH, melhorar o acesso aos serviços de saúde e desenvolver programas para intensificar comportamentos preventivos do HIV nessa população.

Os recursos devem ser direcionados principalmente para facilitadores críticos e para o desenvolvimento de sinergias que reduzam a vulnerabilidade e aumentem a eficácia, a eficiência e o alcance dos esforços de prevenção do HIV. Tais abordagens devem incluir reforma jurídica, redução do estigma, serviços jurídicos, conscientização de direitos, sensibilização da polícia e capacitação dos trabalhadores da saúde. Entre as muitas populações que poderiam se beneficiar de facilitadores críticos e sinergias de desenvolvimento, esse tipo de financiamento é particularmente importante para os HSH, os trabalhadores do sexo e outros grupos marginalizados que apresentam alto risco de infecção pelo HIV.¹

O presente estudo apresenta limitações. Trata-se de estudo de corte transversal cuja metodologia amos-

tral (RDS) pode não ser necessariamente representativa da população HSH de Belo Horizonte. Por depender do recrutamento por meio de convite a conhecidos, a rede social formada pode não atingir saturação em sucessivas ondas. De forma semelhante, uma rede formada pode ter alto grau de homofilia de acordo com características do recrutador. No presente estudo, observa-se uma rede composta de participantes com bom nível socioeconômico, bom conhecimento sobre HIV/Aids, jovem e com boa escolaridade, podendo as estimativas de prevalência e de comportamentos estar subestimadas. Ademais, o tamanho amostral atingido foi insuficiente para gerar estimativas precisas da força de associação de variáveis preditoras para o HIV e sífilis. No entanto, esse método destaca-se por atingir as populações de difícil acesso, evitando resultados baseados apenas em amostras de conveniência. Apesar dessas limitações, os resultados apresentados são de magnitude suficientemente graves para demandar ações imediatas do poder público.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam a gravidade da epidemia do HIV na população de HSH residentes em Belo Horizonte. Apesar do DDAHV/MS desempenhar importante papel no monitoramento e avaliação da epidemia de Aids no Brasil, o atual estágio de conhecimento sobre HIV/Aids tem mostrado que a epidemia de Aids no país não é uniforme entre as regiões, estados ou municípios. Políticas públicas no nível municipal e estadual devem ser implementadas e/ou revistas com urgência. É de grande relevância no âmbito da saúde pública avaliar o impacto das intervenções e do investimento público, incluindo a produção e consolidação de indicadores municipais de monitoramento da prevalência do HIV e sífilis, da testagem para o HIV e dos comportamentos de risco entre as populações-chave. Além disto, é necessário avaliar os níveis de acesso e utilização de serviços entre aqueles vivendo com HIV/Aids, entre os quais se destacam o imediato início de tratamento e a manutenção de uma boa adesão à TARV.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, a partir da colaboração entre o governo brasileiro e

o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) (Projeto AD/BRA/03/H34) e foi conduzido pelo Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva e Social (GPEAS/UFMG), com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Centro de Testagem e Aconselhamento (SMS-PBH). Agradecemos o apoio das ONGs Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual (CELLOS) e LIBERTOS Comunicação e à Coordenação Geral do Projeto, Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr e Rosa Salani Mota, pela contribuição na análise estatística.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Joint United Nations Programme on HIV/aids. Global Report: UNAIDS Report on the global Aids Epidemic. Genebra: WHO; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV-Aids. 2012; 1(1). [Citado em 2013 nov 28]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf
3. Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Damascena GN, Barbosa Jr A, Kendall C. Analysis of Data Collected by RDS Among Sex Workers in 10 Brazilian Cities, 2009: Estimation of the Prevalence of HIV, Variance, and Design Effect. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 57(supl.3):S129-35.
4. Kerr LR, Mota RS, Kendall C, Pinho Ade A, Mello MB, Guimarães MD, et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *Aids*. 2012; 27(3):427-35.
5. Rocha GM, Kerr LRFS, Brito AM, Dourado I, Guimarães MDC. Unprotected Receptive Anal Intercourse Among Men Who have Sex with Men in Brazil. *Aids Behav*. 2013; 17:1288-95
6. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to Aids. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(Sup 1):S114-28.
7. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl*. 1997; 44(2):174-99.
8. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Soc Probl*. 2002; 49(1):11-34
9. Salganick MJ, Heckathorn DD. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Social Methodol*. 2004; 34:193-240.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de classificação econômica Brasil. 2005. [Citado em 2013 nov 22]. Disponível em: <http://www.abep.org>.
11. Gomes RRFMG, Batista JR, Ceccato MGB, Kerr LRFS, Guimarães MDC. HIV/Aids Knowledge among men who have sex with men in Brazil: applying the item response theory. *Rev Saúde Pública (In Press)*.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria 34 de 28 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, SVS, 2005. [Citado em 2013 nov 22]. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau-delegis./svs/2005/prt0034_28_07_2005.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria SVS/MS no. 151, 14/10/2009. [Citado em 2013 nov 22]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/portaria151_2009.pdf
14. Carneiro M, Cardoso FA, Greco M, Oliveira E, Andrade J, Greco DB, *et al.* Determinants of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Prevalence in Homosexual and Bisexual Men Screened for Admission to a Cohort Study of HIV Negatives in Belo Horizonte, Brazil: Project Horizonte. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2003; 98(3):325-9.
15. Miller WM, Buckingham L, Sánchez-Domínguez MS, Morales-Miranda S, Paz-Bailey G. Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. *Salud Pública México.* 2013; 55(Sup1):S65-S78.
16. Kerr LRFS. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório Final. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2009.
17. Baggaley RF, White RG, Boily MC. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol.* 2010; 39: 1048-63.
18. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyaertsak S, Wirtz AL, *et al.* Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet.* 2012; 380(9839):367-77.
19. Paz-Bailey G, Hall HI, Wolitski RJ, Prejean J, Handel MMV, Le B, *et al.* HIV Testing and Risk Behaviors Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men — United States. *MMWR.* 2013; 62(47):958-62
20. Murure AF, Machado CJ, Rocha GM, Guimaraes MDC. Participação de homens que fazem sexo com homens em organizações não governamentais em Belo Horizonte, 2007 a 2009. *Rev Med Minas Gerais.* 2013; 23(1):22-31.