

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

RAQUEL DE ANDRADE SOUZA EW

EXPOSIÇÃO AO RISCO DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS: FATORES ASSOCIADOS À
INTENÇÃO DE NÃO USAR PRESERVATIVO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Porto Alegre

2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**EXPOSIÇÃO AO RISCO DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS: FATORES ASSOCIADOS
À INTENÇÃO DE NÃO USAR PRESERVATIVO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO
COM HOMENS**

RAQUEL DE ANDRADE SOUZA EW

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

**Porto Alegre
Janeiro de 2019**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**EXPOSIÇÃO AO RISCO DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS: FATORES ASSOCIADOS
À INTENÇÃO DE NÃO USAR PRESERVATIVO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO
COM HOMENS**

RAQUEL DE ANDRADE SOUZA EW

ORIENTADORA: PROF.^a DRa. KÁTIA BONES ROCHA
COORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Porto Alegre

2019

Ficha Catalográfica

S729e Ew, Raquel de Andrade Souza

Exposição ao risco de infecção por HIV/AIDS : fatores associados à intenção de não usar preservativo em homens que fazem sexo com homens / Raquel de Andrade Souza Ew . – 2019.

148 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

Co-orientador: Prof. Dr. José Manuel Martínez.

1. HSH. 2. Sexo sem proteção. 3. Teoria do Comportamento Planejado. 4. Avaliação. 5. CIPRASEX HSH. I. Rocha, Kátia Bones. II. Martínez, José Manuel. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**EXPOSIÇÃO AO RISCO DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS: FATORES ASSOCIADOS
À INTENÇÃO DE NÃO USAR PRESERVATIVO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO
COM HOMENS**

RAQUEL DE ANDRADE SOUZA EW

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Kátia Banes Rocha (PUCRS) - Orientadora

Prof. Dr. José Manuel Martínez (UAM) - Coorientador

Prof.^a Dra. Ana Cristina Garcia Dias (UFRGS)

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos (UFS)

Prof.^a Dra. Sheila Gonçalves Câmara (UFCSPA)

Porto Alegre

Janeiro, 2019

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES) pela oportunidade e pelos recursos que me permitiram desenvolver este trabalho;

À Prof^a Dra. Kátia Bones Rocha por ter me incentivado e desejado realizar comigo esse percurso, através de uma orientação afetiva e encorajadora. Obrigada Kátia por usar a educação como um ato para transformação;

Ao Prof. Dr. José Manuel Martinez que gentilmente compartilhou seus estudos e acompanhou nosso processo de pesquisa com preciosas orientações;

Ao Prof. Dr. Adolfo Pizzinato pelo acompanhamento no início da tese, pela leveza e bom humor com que compartilha seus conhecimentos;

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades com os quais partilhei minhas lidas de pesquisa, minhas alegrias e apreensões. Muitas coisas acontecem em quatro anos e é muito bom quando as pessoas com quem trabalhamos nos ajudam na realização dos nossos desafios;

Às alunas de iniciação científica Alice Abadi, Aline Gazzola, Dandara Varela, Gabriela Cabral, Paula Sombrio e Raphaela Eifler meu agradecimento por perseverarem comigo nos plantões para aplicação dos questionários ao longo de um ano. E também ao aluno de iniciação científica Ezequiel Cargnelutti pelo auxílio cuidadoso na construção do banco de dados;

À toda equipe do CTA, do Ambulatório de Dermatologia, que nos acolheu e participou ativamente para viabilização dessa pesquisa. Em especial, agradeço à Dra. Fernanda Carvalho, Dra. Luciana Castoldi e Ma. Nalu Both, profissionais de quem guardo admiração e a aprendizagem de como é possível realizar, na saúde pública, um atendimento humanizado e de qualidade, mesmo em tempos tão difíceis com parcelamento de salários e instabilidades políticas;

A todos os participantes da pesquisa minha sincera gratidão pela disponibilidade em colaborar no estudo com o seu tempo e pela confiança em compartilhar parte de suas trajetórias;

Agradeço à minha banca: Prof^a Dra. Ana Cristina Garcia Dias, Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos e Prof.^a Dra. Sheila Gonçalves Câmara por aceitarem o convite, pelas contribuições e reflexões;

Agradeço às minhas filhas Júlia e Helena, pelo ânimo, pela torcida, pela alegria e pelos olhares inquietadores que sempre me colocam em movimento diante da vida;

Ao meu amor Alexandre, pelo apoio diário, o carinho inesgotável e pela sensibilidade na compreensão de todas as minhas escolhas. Tua presença amiga me faz apreciar cada vez mais o caminho.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar variáveis contextuais e psicossociais associadas ao não uso de preservativos entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) em Porto Alegre. Participaram desta pesquisa usuários HSH de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que chegavam no serviço de saúde para realizar o teste rápido de HIV. A pesquisa, através de três estudos, buscou: compreender como a gestão de risco, relacionada ao não uso de preservativo no sexo anal, acontece nas relações entre HSH; adaptar transculturalmente para o português o *Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que hacen Sexo con Hombres* (CIPRASEX HSH); e analisar as características psicométricas do questionário. O CIPRASEX HSH, concebido a partir da Teoria do Comportamento Planejado, apresenta como dimensões o fator atitudinal, norma subjetiva e controle percebido sobre o comportamento e visa identificar os fatores associados com a intenção de não usar preservativos em HSH. Trata-se de um estudo misto, em que participam homens maiores de 18 anos. No estudo qualitativo de caráter exploratório, participaram 20 HSH e o material coletado a partir de entrevistas semiestruturadas foi analisado sob a perspectiva da análise discursiva. Os estudos de adaptação e validação psicométrica do CIPRASEX HSH contou com 249 participantes. Como resultado, o estudo qualitativo demonstrou que interferem no processo de negociação, a boa aparência do parceiro, a classe social a qual pertence e relações com maior exclusividade e confiabilidade. Ainda, a autoestima, desejo de relação romântica, controle sorológico, apoio familiar e contexto histórico social são elementos que impactam o estabelecimento de estratégias preventivas, relacionados à constituição da gestão de risco. No estudo de adaptação constatou-se boa equivalência conceitual e semântica entre a versão final em português e o original em espanhol, bem como caráter inovador do instrumento no contexto brasileiro. A versão final do CIPRASEX HSH possui boas características psicométricas e os resultados confirmam a associação entre suas dimensões e a intenção relacionada ao uso de preservativos entre HSH. O CIPRASEX HSH é um instrumento atual que pode ser utilizado em futuros estudos e também pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções que considerem as especificidades de HSH.

Palavras-chave: HSH; sexo sem proteção; Teoria do Comportamento Planejado; avaliação; CIPRASEX HSH.

ABSTRACT

This study aims to identify and analyze contextual and psychosocial variables associated with the non-use of condoms among men who have sex with men (MSM) in Porto Alegre. Participants in this study are MSM, users of a Testing and Counseling Center (CTA), who goes to the health service to perform the HIV rapid test. Through three studies, this research verified: understanding how risk management related to the non-use of condoms in anal sex, happens in the relationships between MSM; adapt cross-culturally to Portuguese the *Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que hacen Sexo con Hombres* (CIPRASEX MSM); and to analyze the psychometric characteristics of the questionnaire. The CIPRASEX MSM, conceived based on the Theory of Planned Behavior, presents the following dimensions: the attitudinal factor, subjective norm and perceived control over behavior, and aims to identify the factors associated with the intention to do not use condoms among MSM. This is a mixed study involving men over 18 years old. In an exploratory, qualitative study, 20 MSM participated and the material from semi-structured interviews was analyzed from the perspective of discursive analysis. The psychometric validation and adaptation studies of CIPRASEX MSM included 249 participants. As a result, the qualitative study showed that the negotiation process has the influence of the good appearance of the partner, social class to which he belongs, and relations with bigger exclusivity and reliability. Still, self-esteem, desire for romantic relationship, serological control, family support and historical social context are factors that impact the establishment of preventive strategies, related to the constitution of risk management. In the adaptation study, good conceptual and semantic equivalence was found between the last version in Portuguese and the original in Spanish, as well as the innovative characteristic of the instrument in the Brazilian context. The final version of CIPRASEX MSM has good psychometric characteristics and the results confirm the association between its dimensions and the intention related to the use of condoms among MSM. CIPRASEX MSM is a current instrument that can be applied in future studies and may also contribute to the development of interventions that consider the specificities of MSM.

Keywords: MSM; unprotected sex; Theory of Planned Behavior; evaluation; CIPRASEX MSM.

APRESENTAÇÃO

O grupo de pesquisa Psicologia Saúde e Comunidades - PSC, coordenado pela professora Kátia Bones Rocha, desenvolvia em 2013 um estudo comparativo entre Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que utilizavam o teste rápido e o teste tradicional de laboratório. O propósito da pesquisa era a verificação das principais barreiras mencionadas pelos usuários e profissionais na implantação do teste rápido para HIV, sífilis e hepatites virais. Foi nessa ocasião que iniciei minha aproximação com o tema foco desse estudo, período no qual realizava o mestrado.

Em 2014, um dos projetos do grupo PSC com financiamento do Universal (CNPQ) era uma pesquisa para compreensão sobre os desafios relacionados a descentralização do teste rápido para HIV, sífilis e hepatites virais para a atenção primária à saúde. O resultado desta pesquisa permitiu minha participação em dois estudos, sendo eles: “Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/AIDS” (Rocha, Ew, Moro, Zanardo & Pizzinato, 2018) e “Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais” (Ew, Ferreira, Moro & Rocha, 2018).

Posteriormente, o grupo PSC foi convidado por uma escola privada de ensino fundamental e médio para conversar com os alunos sobre sexualidade e cuidados com a saúde. A partir dessa experiência, submetemos uma pesquisa de extensão com intuito de desenvolver uma pesquisa-ação para entendimento das principais questões e dificuldades dos estudantes de ensino médio relativas à sexualidade em escolas de ensino privado e público. Esse trabalho resultou no artigo “Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível” (Ew, Konz, Farias, Sombrio & Rocha, 2017).

Assim, com o desenvolvimento desses projetos, associado ao conhecimento de um estudo desenvolvido na Universidad Autónoma de Madrid, decorre o contexto de desenvolvimento dessa tese. A análise do atravessamento de questões de discriminação e estigma relativos a sexualidade referida tanto por usuários, como por profissionais da saúde, denota a importância de pesquisas sobre temáticas que possam auxiliar o aprimoramento de estratégias de intervenção e incremento do aconselhamento no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). No sentido de aprimoramento da compreensão dos fatores implicados na conduta preventiva, o estudo em Madrid desenvolveu um questionário

preditivo para identificação da intenção relativa ao uso de preservativos entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

Diante dos estudos realizados, observamos que a sexualidade se desdobra em uma diversidade de contextos, cujos aspectos identitários e sociais são constitutivos e também conflitivos. Como abertura para reflexão e maior aproximação sobre a complexidade do tema principal da tese, o primeiro passo foi compreender o uso do termo Homens que Fazem sexo com Homens (HSH) e suas implicações. O resultado deste processo se traduziu em um capítulo de livro sob o título: “Homens que fazem Sexo com Homens: uma categoria de inclusão ou apagamento?” (Hamann, Ew & Pizzinato, 2017), que foi inserido na introdução deste projeto.

Nossa aproximação com o professor José Manuel Martínez da Universidad Autonoma de Madrid, um dos autores do “*Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que hacen Sexo con Hombres – CIPRASEX HSH*”, resultou em uma parceria institucional internacional, cujos primeiros frutos se desdobram em três artigos que compõem esta tese de doutoramento. Os artigos desenvolvidos partiram de um estudo piloto qualitativo para verificação das variáveis interferentes no comportamento de não uso de preservativo, em que se procurou identificar a correspondência das variáveis presentes no estudo original com as do estudo piloto. Foram identificadas as variáveis a serem incluídas, finalizado o processo de adaptação, aplicado o instrumento nos participantes e analisado os resultados psicométricos para configuração do CIPRASEX HSH versão brasileira, processo que se caracterizou nos seguintes artigos:

Artigo 1: “Economia erótica e fatores relacionados à decisão de uso de preservativos entre homens que fazem sexo com homens”;

Artigo 2: “Práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens: adaptação de questionário” (Ew, Martinez, Carvalho & Rocha, no prelo);

Artigo 3: “Estudo psicométrico do questionário de investigação sobre práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens - CIPRASEX HSH”.

SUMÁRIO

1. Introdução	13
1.1 Homens que fazem Sexo com Homens: uma categoria de inclusão ou apagamento?	16
1.2 Vulnerabilidades e Direitos Humanos	32
1.3 Dados epidemiológicos no mundo e no Brasil	33
1.4 Uso irregular de preservativos em HSH	38
1.5 Teoria do Comportamento Planejado - mapeamento das intenções para o comportamento	42
2. Justificativa	50
3. Objetivo Geral	51
3.1 Objetivos Específicos:	52
4. Método	52
4.1 Participantes	52
4.2 Instrumentos	52
4.3 Procedimentos Éticos	53
5. Artigos	54
Artigo 1: Economia erótica e fatores relacionados à decisão de uso de preservativos entre homens que fazem sexo com homens	65
Artigo 2: Práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens: adaptação de questionário	83
Artigo 3: Estudo psicométrico do questionário de investigação sobre práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens – CIPRASEX HSH	100
Considerações finais	128
Anexos	131

1. Introdução

Este estudo parte do interesse em identificar fatores sociais e individuais que compõem a autogestão de práticas sexuais de exposição ao risco de infecções ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), no que se refere ao não uso de preservativos nas relações sexuais entre homens que fazem sexo com homens (HSH). A construção do estudo parte do modelo investigativo da Teoria do Comportamento Planejado (TCP), além de apoiar-se na perspectiva dos Direitos Humanos e nas conceituações de Vulnerabilidade, que serão explorados de forma complementar para levantamento dos fatores que podem estar associados às práticas sexuais de exposição a risco.

A partir da perspectiva das vulnerabilidades e direitos humanos (Ayres, Paiva & Buchalla, 2013; Paiva, 2012), serão mapeados componentes sociais, programáticos e psicossociais (como comunicação interpessoal e processos identificatórios) que podem intervir diretamente na autogestão de risco nas práticas sexuais das pessoas. No que diz respeito a TCP, as práticas sexuais de exposição ao risco estão associadas às normas subjetivas, atitudes e controle percebido sobre o comportamento.

Assim, o objetivo geral deste estudo é mapear e compreender fatores associados a práticas de exposição ao risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na população de HSH que busca um serviço para testagem rápida de HIV/AIDS dentro de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Porto Alegre. Cabe destacar que se trata de um estudo misto, subdividido em 3 estudos que serão apresentados na sequência.

O presente projeto surgiu a partir da confluência de vários fatores. Entre eles é importante destacar que dá seguimento a um estudo anterior intitulado: “Testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais: análise do impacto dessa tecnologia de cuidado no acesso a populações em situação de maior vulnerabilidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Porto Alegre/RS” financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido em parceria da PUCRS com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) do RS. Estudo realizado pelos grupos de pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades (coordenado pelo Profa. Kátia Bones Rocha) e o grupo Identidades, Narrativas e Comunidades de Prática (coordenado pelo Prof. Adolfo Pizzinato) do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em parceria com Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul. Neste projeto foi encontrada prevalência de resultados positivos para HIV de 25% entre HSH que realizaram a

testagem no CTA/ADS no período de 2011 a 2013. Estes dados são superiores à prevalência nacional de 10% de HIV/AIDS entre HSH (UNAIDS, 2013), o que pode estar associado às características específicas do CTA. Porém, estes dados destacam a importância de estudar e de pensar intervenções específicas para HSH.

O crescimento nos últimos anos da epidemia de HIV/AIDS entre HSH é uma realidade em diferentes países do mundo (Beyrer et al., 2012; Kirby, 2015). Neste sentido, o presente estudo também nasce da parceria para desenvolvimento de pesquisa conjunta com o grupo de pesquisa coordenado pelo professor José Manuel Martínez da Universidad Autónoma de Madrid.

Em 2007 a Universidad Autónoma de Madrid (UAM) desenvolveu um estudo junto ao Centro de Saúde Sandoval (Ayuntamiento de Madrid) para validar modelos psicossociais preditivos que permitissem explicar a evolução das condutas referentes ao não uso de preservativos entre HSH. O projeto objetivava a projeção, implantação e avaliação de intervenção preventiva para redução de exposições sexuais de risco, ou seja, sexo sem preservativo entre HSH. O Centro de Saúde Sandoval, no centro de Madrid, se caracteriza por ser uma unidade de atendimento ambulatorial orientado para o atendimento de pessoas com suspeita de Infecções de Transmissão Sexual (IST) desde a sua inauguração em 1928. Este Centro histórico ao longo dos anos tentou responder adequadamente às necessidades sociais e de saúde que surgiram no campo das IST, lutando para adaptar soluções para grupos mais vulneráveis.

Cabe destacar que o Centro de Saúde Sandoval e o CTA do ADS, espaço no qual o estudo foi desenvolvido no Brasil, possuem uma série de semelhanças. No Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, o ADS é um serviço de saúde vinculado à Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) com importante tradição histórica nessa área (Dornelles & Gorelik, 2003), com início de suas atividades na década de 1920 através do atendimento do que se chamava na época de 'doenças venéreas'. No ano de 1954, com o fim das internações compulsórias dos portadores de Hanseníase, o ADS passou a fazer o atendimento ambulatorial desses pacientes, sendo referência para todo o Estado. A importância desse serviço na área de HIV/AIDS é evidente uma vez que foi no ADS o atendimento do primeiro caso de AIDS no Brasil, em 1983. Além disso, foi criado neste espaço em 1988 o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), hoje chamado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Com isso, o serviço sediou o primeiro centro nacional de capacitação em testagem e aconselhamento em HIV/AIDS (Dornelles & Gorelik, 2003).

Atualmente, o ADS recebe um fluxo intenso de pacientes afetados por HIV/IST/AIDS, desempenhando um papel de grande relevância no cenário da epidemia no Estado. O número de pacientes atendidos mensalmente em diversos serviços oferecidos é expressivo. Outro aspecto importante a destacar é que historicamente o ADS é referência no atendimento a populações consideradas pelo Ministério da Saúde como mais vulneráveis à infecção pelo HIV, como travestis, pessoas trans, jovens gays, profissionais do sexo, usuários de drogas, portadores de IST e população vivendo em situação de rua. Cabe destacar que o CTA do ADS foi o primeiro CTA no Rio Grande do Sul a implementar o teste rápido de HIV, sífilis e hepatites B e C para todos os seus usuários. A implementação desta estratégia se justifica pela elevada taxa de prevalência de AIDS no estado.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) têm como missão promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais IST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade (Brasil, 2010). Resultados de estudos anteriores relatam que usuários com orientações sexuais não hegemônicas, como travestis, pessoas trans e jovens gays preferem muitas vezes serem atendidos por centros especializados, como o Ambulatório de Dermatologia Sanitária, no qual os profissionais estão mais preparados para atender as suas necessidades (Cerqueira-Santos, Calvetti & Rocha, 2010; Rocha et al., 2009), neste sentido é que se justifica nossa escolha por este centro de atendimento para a proposição do presente estudo.

Esta pesquisa parte, portanto, da compreensão das práticas de exposição a risco ao HIV de usuários HSH que chegam no serviço de saúde para realizar o teste rápido de HIV, através da realização de três estudos que envolvem: compreender como a gestão de risco, relacionada ao uso ou não uso de preservativo, acontece nas relações entre HSH; adaptar transculturalmente para o português o *Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que hacen Sexo con Hombres* (CIPRASEX HSH), desenvolvido originalmente na *Universidad Autónoma de Madrid* pelos autores Martín, Martínez, e Rojas (2011) e analisar as características psicométricas do instrumento.

O CIPRASEX HSH, concebido a partir da Teoria do Comportamento Planejado, apresenta como dimensões o fator atitudinal, norma subjetiva e controle percebido sobre o comportamento, e visa identificar os fatores associados ao não uso de preservativos nas relações sexuais entre HSH. A proposta é mapear motivadores para a adoção de práticas de exposição a risco, ou seja, o não uso de preservativo nas relações sexuais, com o objetivo de

possibilitar propostas de intervenção no futuro que possam ser acionadas posteriormente como tecnologia para a abordagem e acompanhamento da população pelas equipes de saúde.

A primeira seção da introdução apresentará o uso do termo HSH, discutindo suas origens, bem como suas potencialidades e limitações. Esta primeira parte do texto foi publicada como um capítulo de livro (Hamann, Ew & Pizzinato, 2017). Na segunda seção são apresentados conceitos estruturais como vulnerabilidade e direitos humanos, que compõem a compreensão da questão social da exposição a riscos relacionados a HIV e outras IST. Na terceira seção são apontados os dados epidemiológicos do HIV/AIDS, tanto no mundo, como no Brasil, de forma a retratar o panorama atual da epidemia e da importância de ações que possam intervir positivamente nesse contexto. Na sequência, na quarta seção, apresentamos estudos que indicam fatores associados ao não uso de preservativos e finalizamos apresentando o modelo teórico da Teoria do Comportamento Planejado, a partir do qual foi construído o CIPRASEX HSH.

1.1 Homens que fazem Sexo com Homens: uma categoria de inclusão ou apagamento?¹

Após o surgimento da AIDS e devido à centralidade da sexualidade na exposição ao HIV, um campo de pesquisas a respeito da doença passou a considerar que os riscos relacionados ao HIV estavam mais ancorados nas práticas sexuais do que propriamente nas questões vinculadas à identidade dos sujeitos. Assim o termo HSH, que se refere aos homens que praticam sexo com homens, passa a ser uma alternativa com o propósito de abarcar diferentes grupos ao suportar esta nomenclatura numa categoria comportamental, mais descritiva e intencionalmente isenta de conteúdo preconceituoso.

Boellstorff (2011) apresenta breve histórico sobre o termo HSH, indicando sua formulação nos Estados Unidos em meados dos anos 1980 e partilhado desde o início com os países de língua inglesa (Reino Unido, Austrália, entre outros). As Nações Unidas, na tentativa de encontrar um termo epidemiologicamente e politicamente adequado, passam a utilizar HSH como categoria abrangente na UNAIDS por volta de 1989. Sua apropriação

¹ Esta seção corresponde ao capítulo de livro publicado pela autora:

Hamann, C.; Ew, R. A. S. ; Pizzinato, A. (2017). Homens que fazem sexo com homens: uma categoria de inclusão ou apagamento?. In: Marlene Neves Strey; Sabrina Cúnico.. (Org.). Teorias de Gênero: feminismos e transgressão.. 1ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2017, 1, 151-171.

como categoria internacional coincidiu com a ascensão da internet e acesso a sites e documentos em PDF de circulação global. Somente a partir do ano 2000, foi amplamente utilizado por profissionais da saúde pública, epidemiologistas e outros profissionais que viam o vírus HIV / AIDS se espalhar de forma significativa através do sexo entre homens.

A categoria apareceu assim em resposta a uma necessidade de descrever analiticamente, para fins da vigilância de HIV / AIDS e mudança de comportamento, com cunhagem científica e burocrática. Sua forma originária era homens que fazem sexo com homens, mas não se identificam como gays, desta maneira o termo significava comportamento sem identidade (Boellstorff, 2011). As definições das identidades sexuais como categorias fixas carregam em si uma dificuldade em contemplar as diferentes experiências e preferências sexuais. O fato de nomear alguém como heterossexual, homossexual, bissexual ou gay não irá caracterizar com precisão como este sujeito se define, quais são os fatores que lhe atraem sexualmente e mesmo como são suas práticas sexuais (Monteiro et al., 2014), visto que os sujeitos se articulam em uma multiplicidade de identificações.

Essa conjuntura de emergência de respostas às infecções por homens evidenciam a necessidade de apurar a discussão sobre identidades contemporâneas. Nesse sentido, esse capítulo procura: apresentar algumas alternativas elencadas por autores e autoras do campo das identidades, ressaltar a importância das contribuições feministas para se pensar os homens contemporâneos e seus processos de subjetivação e articular essas reflexões com o fim de fortalecer a discussão da categoria HSH no contexto brasileiro.

a. Identidade: um breve histórico do termo

Vemos que, de uma forma geral, diversas disciplinas acadêmicas dialogaram e dialogam com o conceito de identidade (especialmente a Antropologia, História, Sociologia e Psicologia) principalmente a partir da segunda metade do século XX. Apesar das diversas perspectivas sobre o termo, todas demonstram um processo de indagação historicamente situado e importante na Contemporaneidade, intimamente ligado à concepção Moderna de indivíduo.

Stuart Hall (2001), por exemplo, liga o contexto de fragmentação do sujeito moderno à emergência dos estudos sobre identidade na Contemporaneidade. O declínio da noção de indivíduo como construto unificado, típico da Modernidade, acompanharia a emergência de várias possibilidades identitárias que, segundo o autor, devem ser historicizadas. Neste contexto, marcadores como classe, gênero, sexualidade, etnia e nacionalidade, por exemplo,

se organizam socialmente de forma mais plural que em outros períodos históricos (Hall, 2001). Essa perspectiva compreende que seria inapropriado pensar, na Contemporaneidade, uma pessoa nuclear (de características essencializadas e não conflitivas) e que deveríamos atentar para as diversas possibilidades de contradições, e multiplicidades de identificação atuais.

Este macrocontexto também é o alvo das indagações de Gilles Lipovetsky (2006), que o compreende como intrinsecamente vinculado a relações humanas de urgência e consumo, nas quais o desejo e a satisfação momentânea seriam características fundamentais. O autor aponta como é necessário pensar as identidades contemporâneas como construções permeadas por uma conjuntura econômica, comunicacional e ideológica de massas. Essa conjuntura social deveria ser tomada como um palco onde se situam as pessoas e um contexto sem o qual não se poderia compreender a vida no Ocidente capitalista (Lipovetsky, 2006).

Como Stuart Hall e Gilles Lipovetsky, Zygmunt Bauman (2001, 2005) compreende que ponderar sobre o modo de vida contemporâneo faz com que pensemos em certa fluidez e em um cotidiano cuja velocidade é diferente de outros períodos históricos. Afirma que, justamente por isso, os problemas relativos à identidade não deveriam ser buscados apenas nos fundadores da sociologia, mas em leituras sociológicas mais contemporâneas. A identidade, antes fundamentada e naturalizada através de ideias mais fixas (como o princípio religioso e nacional), agora sofreria uma mudança seguida pelo enfraquecimento destas “âncoras sociais” (Bauman, 2005, p. 30). Uma identidade, anteriormente predeterminada e inegociável, estaria sujeita a modificações que situariam como demanda certa a noção de pertencimento.

Compreende-se que apesar das terminologias que são adotadas por diversos autores, como “Modernidade Líquida” (Bauman, 2001; 2005), “Hipermodernidade” (Lipovetsky; Charles, 2004) ou Pós Modernidade (Hall, 2001), terminologias estas que podem remeter a divergências teóricas, a percepção sobre o tempo e sobre como as relações sociais são percebidas de forma diferente nos últimos séculos. Paul Virilio (1996) denominou a concepção de Contemporaneidade muito vinculada ao vetor velocidade, o que o faz compreender o cotidiano como permeado por uma ditadura do movimento, ou pelo que o autor denomina como um contexto de guerras não declaradas.

Com o advento do Construcionismo Social, nas vertentes contemporâneas da Psicologia, essas perspectivas que se calcaram em ideias essencialistas de identidade são questionadas. O Construcionismo Social coloca em pauta a discussão sobre as fronteiras entre o indivíduo e o social e simultaneamente as tentativas de superação de um conceito de

identidade iluminista e essencial, como descrita por Stuart Hall (2001). Destaca-se nesse processo a leitura de Kenneth Gergen (1996), que defende que as diversas experiências humanas são estabelecidas pelo contexto, sujeitas a modificações no sentido de que nunca se estabelece uma síntese identitária, já que a identidade seria compreendida como algo que está sempre em processo de construção.

Neste contexto, surgem como possibilidades as modalidades de compreensão da identidade estruturada pela narrativa (Ricoeur, 1997) e a identidade reflexiva (Giddens, 1987; 1989). Estas perspectivas tentam dar vazão às relações estabelecidas socialmente, no entanto, com enfoque nos sentidos que o indivíduo dá a sua história e em como reflete acerca de si através da linguagem. Visto que a comunicação e a atribuição de sentido se dão em interação, a linguagem é elencada como forma de resgatar a importância do social, ontologicamente contextual e relacional. Nesta perspectiva se enfoca um movimento contínuo de integração entre os diferentes papéis e experiências das pessoas, situando-as em um processo ontologicamente social, mas de construção singular.

Para Paul Ricoeur (1997) a percepção de continuidade estaria centrada na história de vida, pela qual, apesar dos diversos acontecimentos, se estabeleceria uma espécie de personagem permanente. Neste sentido a identidade se situaria em uma trama, num fluxo ao qual se estabelecem sentidos à vida e uma sensação de continuidade. Tanto Anthony Giddens (1987; 1989) quanto Paul Ricoeur (1997) ressaltam que este indivíduo cria sua própria história e toma posições estratégicas a partir do que lhe é possibilitado. Esta noção de identidade estabelecida - estruturada a partir da narrativa - propõe que na construção narrativa de suas noções de si, os indivíduos negociariam socialmente os significados de suas experiências. A identidade reflexiva, capaz de se flexibilizar em relação aos incidentes e incertezas do contexto, possibilitaria uma forma de organização pessoal (Giddens, 1987; 1989), assim como a compreensão de determinados discursos.

No entanto, para alguns críticos, algumas vertentes mais radicais do Construcionismo não dariam conta da noção de indivíduo (Ferreira; Salgado; Cunha, 2006). Neste terreno conflituoso do problema originado, de um suposto “Eu” verdadeiro e conhecedor-observador (herdado de John Locke) e do perigo de uma leitura construcionista radical, alguns autores tentam resolver essa problemática recorrendo a uma perspectiva dialógica (Ferreira; Salgado; Cunha, 2006). Hubert Hermans (2001; 2003), por exemplo, retoma as construções de Mikhail Bakhtin e William James propondo o dialogismo como princípio estruturante da noção de sujeito e defendendo a ideia de self-dialógico (dialogical-self). O autor compreende que, tal

como em um romance, o self deveria ser entendido como constituído por uma pluralidade de vozes (ou autores) e não como uma forma central unificada de um cogito cartesiano.

Nesta concepção teórica o cerne seria a noção de dialogicidade, num jogo no qual o self deixa de ser concebido enquanto forma monolítica para ser posicional, múltiplo e corporalizado (*embodied*). A concepção de self é tomada, nos estudos desta inspiração, como uma totalidade complexa, na qual processos ou determinadas funções psicológicas não são vistas como separadas entre si, mas conjuntas e corporificadas. Estas perspectivas se baseiam no diálogo como elemento fundamental para compreender as relações humanas, e que promove uma reaproximação entre corpo e consciência, procurando assumir outro prisma de análise ao problema da identidade enquanto unidade. Esta perspectiva de estudo com base em um espaço identitário que se compõe dialógico, experiencial e historicamente contextual, nos parece potente. Compreender a pessoa como uma corporalidade que se situa na ação permite não pensá-la como estrutura presa a concepções essencialistas e estáticas, assim como permite compreender diversas articulações no cotidiano.

Entretanto, ao passo que estas diferentes perspectivas acerca do termo identidade coexistem nos estudos acadêmicos e intervenções cotidianas, entendemos que um marco importante na discussão é a emergência do feminismo e sua ressonância nas discussões de cunho epistemológico. Passando a considerar a concepção de sujeito para além de uma ideia universal de Homem – como arauto da Modernidade – o feminismo abre espaço para uma diversidade de possibilidades de vida, de modo a olhar não só para os processos de identificação, mas também de diferença.

b. Epistemologia feminista: um marco transgressor no entendimento da Identidade Moderna²

A Epistemologia feminista dedica-se a discussões de seara filosófica em consonância com uma visão crítica do sujeito das ciências. Segundo Margareth Rago (1998) a Epistemologia feminista define um campo e uma forma de produção de conhecimento coerente com um projeto feminista de ciência – em cujo processo se produz uma reflexão aos modos dominantes de produção de conhecimento, assim como perspectivas alternativas de ação nesta esfera de discussão. Para a autora é necessário atentar que, ao passo que as teorias feministas não rompem absolutamente com os modelos de conhecimento nas Ciências

² Identidade Moderna aqui é tomada no sentido de termo de pretensão universalizante, com todas as implicações decorrentes da negação da diferença e das categorias gênero e sexualidade nesse contexto.

Humanas, esses modelos são postos em tensão – provocando certas rupturas e muitas ressonâncias em campos científicos diversos.

É importante notar, como alerta Rago (1998), que as críticas ao sujeito universal da Ciência provocadas pelas lutas feministas dão ensejo para se pensar em uma diversidade de epistemologias feministas, visto que historicamente foram múltiplas as participações do feminismo na crítica cultural, teórica e epistemológica. Atingindo uma pretensão racionalidade com a qual não se pensa a diferença, a crítica ao universalismo denuncia o caráter particularista, ideológico, racista e sexista da produção científica. Faz-se, portanto, um repensar das esferas de saber desarticulando a produção de conhecimento calcado na ideia de objetividade e neutralidade.

Neste sentido, herdeira de uma história transgressora, a Epistemologia feminista convida a pensar as mudanças de perspectiva sobre o Homem³ e a sua articulação com a Ciência. O histórico feminista que localiza essa concepção epistêmica demonstra a construção de um terreno fértil para discussões atuais sobre a *identidade* e *diferença* envolvidas no fazer científico. Desta forma, as ‘Ondas’ que caracterizam o feminismo dão indícios de que a interpretação da realidade proveniente dessas lutas envolve uma implicação política e historicamente situada, na qual a noção de tempo histórico não deve ser tomada de forma linear. Interpretações sobre os sujeitos e suas demandas variam – ou seja, podem conviver diversos feminismos, assim como diversas epistemologias feministas, na contemporaneidade.

Para além da evidente legitimidade desta diversidade de formas de atuação feminista no cotidiano, nos restringimos aqui à compreensão de que a Epistemologia feminista nasce de intensas discussões ainda atuais. Discussões estas que, nos estudos feministas, resgatam o campo simbólico do feminino como forma de compreender as diferentes expressões humanas no que concerne a aspectos como gênero, sexualidade e uma diversidade de marcadores sociais articulados. Compreendemos, neste sentido, que o fundamento das Epistemologias feministas está na produção científica como forma implicada e situada de argumentação e produção discursiva, portanto, trata-se eminentemente de produção de vida. O campo feminista, desta forma, mesmo que genericamente instigado pelas implicações políticas das noções de gênero e sexo, não é uniforme. Se fizermos uma breve apresentação de algumas perspectivas e conceitos ao longo do transcorrer dos Estudos de Gênero, podemos ver como esse terreno é diverso.

³ No sentido de Homem da Modernidade, visto como construto genérico e sinônimo de razão humana.

No feminismo de primeira onda, por exemplo, caracterizado principalmente pela luta pela igualdade civil para as mulheres, as reflexões sobre os papéis sociais dos homens e mulheres estavam presentes e eram a tônica. Na segunda onda do feminismo, distinta pela problemática “o privado é político”, já se problematizava a caracterização do “sujeito universal”. As generalizações atribuídas ao Homem, enquanto entidade universal nos diversos âmbitos da vida eram confrontadas com a manifestação do ser mulher como uma forma específica de existência. Ser mulher, enquanto situação social surgia em nome da diferença e também como reivindicação a *uma identidade*. Por outro lado, as discussões elencadas nos anos 1970 pelas feministas estadunidenses começam a questionar a própria noção corrente de mulher. São identificadas diversas formas de viver essa “categoria”, problematizadas a partir de uma ideia de intersecção que permitiria um olhar específico sobre a experiência das diferentes formas de ser mulher.

Além das perspectivas identitária e política que englobam estas discussões, conceitualmente ocorrem mudanças. Num processo de problematização e fuga de categorias estanques e essencializantes, Joan Scott (1995) recupera a noção de gênero como algo diferente de sexo, dos estudos de Robert Stoller da década de 1960. Gênero passa a não ser utilizado, ao menos neste contexto, como sinônimo de sexo, e se discute que enquanto sexo seria um atributo biológico, gênero seria uma manifestação cultural vinculada a processos de simbolização permeados por questões de poder e dominação, numa perspectiva interseccional. Sexo seria tomado como algo natural, enquanto gênero seria do âmbito da cultura.

No entanto, para a perspectiva dos Estudos *Queer*, os aspectos relativos a gênero e sexo seriam ambos frutos da cultura. Judith Butler (2014), pesquisadora feminista cuja produção é fortemente associada aos Estudos *Queer*, questiona essa distinção entre sexo e gênero argumentando que não existe sexo que não esteja compreendido numa lógica discursiva. Portanto, por meio do conceito de performatividade, a autora organiza a noção de que – sendo todos os corpos constituídos e significados dentro de uma existência social – gênero não seria algo que somos, mas algo que fazemos de forma corporizada (Butler, 2014). Esta noção põe em pauta a necessidade de compreender sexo como instância discursiva, em que não há corpo que preexista a uma inscrição cultural. Esse movimento põe em pauta o caráter ficcional dos corpos. Além disto, dá força aos estudos que se debruçavam sobre homens e masculinidades, para além de uma concepção cartesiana de gênero.

Podemos ver que esses exemplos dos caminhos diversos que suscitou o feminismo - caminhos políticos que aqui não são vistos como desvinculados dos pressupostos teóricos - colaboram para pensar criticamente o significado das categorias utilizadas, por exemplo, em

pesquisas na saúde sexual – através da tomada da própria noção de sexualidade como histórica e social. Sexualidade, enquanto termo acadêmico, não apresenta um significado único ou um campo específico de estudo (Piscitelli; Gregori; Carrara, 2004). Entretanto, enquanto eixo teórico, historicamente vinculou sexo a uma manifestação de certa verdade íntima, profunda e fundamental, e foi discutida por Michel Foucault como algo no qual não se fabricam prazeres, mas verdades (Foucault, 1990). A construção de aparatos de controle, de higiene social, reforçada pelos ideais positivistas a partir do século XIX passou a contemplar uma ideia específica de como deveriam ser aspectos da vida como a organização familiar, a procriação e o trabalho (através, entre outras coisas, de uma sexualidade patologizável). Neste contexto o controle sexual passa a emergir como parte importante do discurso médico científico.

Sem dúvida, a diversidade de pautas feministas não desapareceu, continuam em certos nichos, espalhadas segundo a identificação de homens e mulheres que sentem-se implicados em suas demandas e lutas, em posições por vezes contraditórias. Entretanto, mesmo que isto configure-se, para alguns, como um estado de crise, é importante atentar que esta situação propiciou uma ampla discussão que ressoa em inúmeros campos científicos. A crítica feminista, que converge com as formulações dos filósofos da ‘diferença’ – como Foucault e Derrida – nos convida a pensar a formulação de categorias sociais com cuidado. Considerando que a crítica caminha, como destaca Rago (1998), a “descrição das dispersões (Foucault) e não a síntese das múltiplas determinações (Marx)” (Rago, 1998, p. 10), toda construção de categorias classificatórias a partir desta perspectiva deve ser vista com parcimônia.

Trazendo a subjetividade como forma legítima de conhecimento, a reflexão feminista propôs uma nova relação entre teoria e prática (Rago, 1998). Com essa perspectiva de produção científica, a discussão entre o exercício da sexualidade e as formulações teóricas para intervenção em saúde se tornam bastante acirradas, já que o próprio objeto de estudo, a noção de sexualidade, passa a ser historicizada. Além disto, considerando a sexualidade e o gênero como categorias de relevância social e política, o feminismo questiona a pretensão de Homem universal sujeito da ciência e dos campos de intervenção em saúde, fazendo ressoar suas reivindicações na produção científica.

c. Estudos sobre homens e masculinidades: cyborgues contemporâneos

As origens das problematizações sobre os homens e as masculinidades estão intrinsecamente relacionadas às reflexões feministas. É importante notar que o

desenvolvimento destes estudos desencadeou um processo de desnaturalização de um sistema macrocultural de dominação do branco, masculino e heterossexual. Neste processo de ativismo e indagação, aspectos como identidade e as relações de poder e sistemas de dominação se tornaram pauta de muitas discussões e trouxeram como questão a configuração contemporânea das relações de gênero. Ao pontuarem a dominação dos homens como processo histórico (e, portanto passível de mudança) desencadeou-se um processo social compreendido como uma perda de espaço dos homens na Contemporaneidade, por vezes denominado como crise do masculino (Souza, 2005; Cecarelli, 1998). Na esteira destes questionamentos, Pierre Bourdieu (2014) analisa os processos relacionados à dominação masculina e sua naturalização ao longo da história, mostrando como diversas instituições – como a Família, o Estado e a Escola – sancionam um sistema de violência simbólica baseado em relações assimetricamente estabelecidas de diferenciação e hierarquia entre homens e mulheres.

É importante notar que as indagações acerca da masculinidade e formas de dominação vinculadas a ela se colocam no âmbito das problemáticas de gênero, surgindo a partir do movimento feminista dos anos 1970, mas não sob uma forma delimitada do termo masculinidade e sim em reflexões focadas no papel dos homens na manutenção de uma sociedade patriarcal (Vicente; Souza, 2006). A perspectiva relacional que se evidencia cada vez mais nos estudos de gênero vai culminar com diversos argumentos a favor de análises mais complexas, que componham uma problematização do masculino e do feminino entendidos como pluralidades. Segundo Maria J. T. Siqueira (1997) essa questão da pluralidade dos termos se mostra em função da necessária problematização destas categorias sociais, que exigem contextualização e se mostram em múltiplas feminilidades e masculinidades (tanto quanto se considera os diferentes aspectos da vida cotidiana em suas particularidades).

Nesse pressuposto histórico e social, no qual se evidencia a necessidade de um resgate do cotidiano em relação ao gênero e sexualidade, as múltiplas possibilidades de significar a masculinidade exigiriam que a tomássemos também enquanto diversidade, não algo essencial, constante ou universal. No entanto é notável, a despeito do olhar atento para as diversas formas de viver as masculinidades na contemporaneidade, que uma compreensão de ser homem enquanto modelo hegemônico aparece em estudos sobre a temática. É necessário por em pauta estas questões, compreendendo marcadores como gênero, raça e sexualidade como aspectos relacionais e dinâmicos no âmbito das masculinidades (Vigoya, 2008; 2011). Pensar masculinidades implicaria discutir as interações cotidianas, o que permite questionar-

se sobre as diversas possibilidades de ser homem em relação e contextualmente. Esta composição dinâmica e relacional compreende as perspectivas de masculinidade como historicamente situadas e como formas que podem manter sistemas assimétricos de poder.

Elisabeth Badinter (1993), por exemplo, em seu trabalho sócio-históricográfico sobre masculinidades, demonstra como a vida dos homens foi circunscrita por arranjos patriarcais muito vinculados aos ritos sociais. Remetendo-se a ritos de passagem característicos de várias culturas, nas quais o se tornar homem é um processo de identificação com um novo estatuto dentro da comunidade, a autora evidencia algumas questões fundamentais para compreensão o homem ocidental. Elisabeth Badinter (1993) compreende o ser homem como um fazer intrinsecamente relacionado à provas cotidianas. Estas provas, dolorosas e elaboradas, compreenderiam processos pedagógicos nos quais o perigo da homossexualidade, da não virilidade, e da feminilização se configurariam como uma constante a ser ultrapassada e demonstrada aos Outros.

No que Daniel Welzer-Lang nomeia como “a casa dos homens” (2001, p. 462) se organizam muitas destas construções. O termo cunhado pelo autor procura abarcar o conjunto de lugares e espaços destinados à estruturação do masculino – como grupos de interação na Escola, clubes ou cafés – palcos de combates árduos no que se refere a comportamentos, ou características, que poderiam se assemelhar às tradicionalmente relacionadas às mulheres. Estes espaços, nos quais o homoerotismo pode ser experimentado, permitem a incorporação de saberes estruturados em códigos e ritos, aonde a aprendizagem se conduz pela via do sofrimento. Esses saberes, e fazeres, se inserem em uma lógica cotidiana de vigilância que assume diferentes formas – por exemplo, no que concerne a ansiedade gerada na possível identificação dos homens com o feminino (Torrão Filho, 2005).

Questões como essas tem demonstrado como é necessária a constante crítica para desnaturalizar as atribuições sociais dos homens na sociedade. As novas configurações e análises das relações de poder vinculadas às formas de ser homem e às masculinidades mostram que esta composição histórica representa uma fórmula ainda bastante presente na memória social. Estas perspectivas teóricas procuram cindir tanto com a ideia de ser humano genérico sob a forma do *Homem*, como da constituição do homem contemporâneo como essencializado e nuclear.

Entretanto, uma discussão não tão elaborada pelos autores e autoras supracitados – e que figura na problemática das masculinidade e do ser homem na Contemporaneidade – é a interface entre tecnologias atuais e as práticas e identificações compartilhadas. Uma autora cuja obra é propícia a este tipo de discussão é Donna Haraway. Os questionamentos e

argumentos desenvolvidos por Haraway se localizam nesta perspectiva crítica – explicitando aspectos centrais para a análise do ser humano ‘genericamente Homem’, suas potências e dissidências na política sexual e na produção científica. Entretanto, ela alarga esta discussão. Situada numa perspectiva teórica que defende o caráter ficcional dos corpos, que operam sob códigos de masculinidade e feminilidade, consegue argumentar sobre a complexidade da distinção *natureza/tecnologia* cartesiana – problematizando-a por meio da metáfora do *Ciborgue*, na qual as dinâmicas sociais dos corpos são compreendidas como intrinsecamente tecnológicas (Haraway, 1993).

Imbuída de uma argumentação irônica, Haraway propõe a criação de uma subversão política, de modo a questionar concepções de identidades imutáveis e essencializadas através da figura do *Ciborgue*. Neste sentido, evidencia este campo interpretativo das identidades como um campo de disputa política trilhado em contextos historicamente situados - e portanto sujeitos a jogos de poder e assimetrias relacionais. Neste sentido, compreendemos que Haraway ‘satura’ a problemática das identidades com uma crítica elaborada sob a figura de um híbrido – contraposto aos totalitarismos dos mitos de origem.

Como poderíamos, pois, pensar a problemática do HSH a partir das argumentações historicamente lúcidas de Haraway? As problemáticas elencadas pela autora – compreendidas aqui como um ponto de partida rigoroso e provocativo para refletir sobre as pesquisas e intervenções em saúde – nos fazem abordar a articulação entre o contexto político das identidades, que fala sobre o espaço subjetivo e suas relações com o cotidiano e comportamento, e a emergência de categorias em saúde que procuram centrar sua análise exclusivamente sob as práticas corporais.

d. HSH: inclusão ou apagamento?

No que se refere aos homens, vemos que as Políticas de Saúde tem um histórico de dificuldade de execução de projetos. Alguns desafios elencados na literatura para o atendimento da saúde dos usuários homens são a falta de preparo dos próprios profissionais de saúde; ausência de material educativo específico; falta de interesse da maioria dos homens em cuidar de sua saúde e de se envolverem em movimentos pelos direitos sexuais e reprodutivos; e ausência de recursos governamentais para formular e executar programas desta natureza (Figueiredo, 2008).

Especificamente em relação à saúde sexual e reprodutiva, o aparecimento da AIDS figura como um marco histórico e atravessa os estudos sobre homens. Pesquisas realizadas após a emergência da epidemia tentam dar subsídio para o enfrentamento de demandas do

âmbito das relações e práticas sexuais. A necessidade de promoção de direitos de populações tradicionalmente associadas às doenças sexualmente transmissíveis (como prostitutas, homossexuais, transexuais e travestis, usuários de drogas injetáveis) foi acompanhada pela manutenção de noções que se tensionavam entre a projeção de direitos e visibilidade social e a possibilidade de novas formas de estigmatização (Parker & Camargo, 2000).

Inicialmente relacionado a populações específicas, a perspectiva de “grupos de risco”, por exemplo, procurou, em meados dos anos 1980, dar ênfase a homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e profissionais do sexo (Gomes; Silva; Oliveira, 2011). Entretanto, esse conceito (e as intervenções embasadas por ele) foram discutidos e criticados por reforçar estigmas essencializantes e responsabilizar exclusivamente aos indivíduos por seu contágio e pelos comportamentos subjacentes à sua respectiva identificação populacional. Notando-se a defasagem do conceito de “grupo de risco” enquanto vetor operacional para dar conta das evidências de diversidade na propagação do HIV, como o processo de heterossexualização, feminização, envelhecimento, baixa escolarização, interiorização e pauperização da epidemia (Ministério da Saúde, 2014), surgem reflexões que se encaminham para a noção de vulnerabilidade. Entretanto, ao passo que proporcionava uma visão dos processos de saúde/doença para além da perspectiva dos “grupos de risco”, promovia também a interpretação destes fenômenos como somatórios de aspectos individuais, sociais e institucionais (Parker; Camargo, 2000).

De acordo com Antunes e Paiva (2013), a necessidade de ações visando à redução do HIV entre homens contou com uma fundamental mobilização dos coletivos identificados como *gay*, durante os trinta anos da epidemia. As autoras pontuam que concomitante a estas mobilizações, estudos em todo o mundo dedicaram-se a avaliar intervenções ente homossexuais e avaliaram mudanças de hábitos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens (HSH), especialmente no que se refere ao aumento do uso de preservativos. Neste contexto, a categoria HSH já se constitui como um marco nos estudos de homens no campo da saúde. Entretanto, essa terminologia é alvo de críticas diversas, que compreendem que a denominação recai sobre uma visão restrita do sujeito – ao ser generificado pela forma que expressa sua sexualidade, sem a inclusão de aspectos afetivos e vinculares, não contemplando seus modos de vida e as suas muitas possibilidades de identificação. Neste sentido, a categoria poderia comprometer a compreensão das dimensões socioculturais que compõe aspectos de vulnerabilidade para a saúde das populações (Monteiro et al., 2014).

Para Young e Meyer (2005) o uso do termo HSH parece ser impulsionado pela convergência de duas perspectivas: a de epidemiologistas que buscam evitar conotações

sociais e culturais complexas para investigação das doenças e a perspectiva da Construção Social, que tem por princípio que as práticas sexuais particulares não carregam significados fixos. Os autores apontam que a introdução do termo HSH teve sucesso ao desestigmatizar a AIDS como doença gay, à medida que orienta a prevenção para *comportamentos de risco* e não para *identidades de risco*. Provoca com isso mudança conceitual na saúde pública dirigida às noções de base comportamental da sexualidade, mas ao mesmo tempo não gera abordagens mais complexas à sexualidade (Young; Meyer, 2005).

Nesta perspectiva, o termo HSH não daria conta de identificar as práticas homossexuais específicas e que não são uniformemente distribuídas em todas as populações de homens que fazem sexo com homens. Assim qualquer atividade erótica entre o mesmo sexo, em qualquer momento da vida, estaria incluída nesta categoria, o que poderia dar uma noção distorcida de comportamento comum (Khan; Khan, 2006).

No entanto, Khan e Khan (2006) reconhecem que o termo HSH antecipou sua globalização ao tornar-se uma categoria internacional, uma vez que o significado do termo gay não seria universal e poderia ter efeitos de exclusão. Nesta mesma linha de discussão, Young e Meyer (2005) alertam que o uso indiscriminado do termo HSH, que fora de contexto específico, poderia minar a identidade sexual de membros de grupos minoritários. O uso indiscriminado poderia desviar a atenção de dimensões sociais da sexualidade que são fundamentais na compreensão da saúde sexual e obscurecer elementos de comportamento sexual importantes para a investigação de saúde pública e de intervenção.

As argumentações a favor do uso do termo HSH como uma estratégia dentro do contexto da saúde, indicam que a utilização da nomenclatura oferece economia sócio cognitiva de significados, visando facilitar a aproximação e a atenção não preconceituosa a grupos e indivíduos. Além disso, indica-se que pode representar um recurso para aumentar a interlocução entre diferentes áreas do conhecimento, sendo um termo acessível aos profissionais de forma global, simplificando e apresentando maior compreensão para a articulação de políticas que possam viabilizar a organização de tecnologias e dispositivos de atenção e melhoria da saúde da população. Neste contexto de discussão, concordamos com Boellstorff (2011) quando menciona que há dificuldade em encontrar uma terminologia isomórfica com a realidade social.

Estas preocupações com as discrepâncias entre a utilização de uma categoria e a diversidade de itinerários sexuais ficam bastante evidentes se consideramos os processos subjetivos envolvidos. Antunes e Paiva (2013), por exemplo, argumentam sob a importância de se pensar os territórios de sociabilidade homoerótica como culturalmente, politicamente e

socialmente relevantes neste contexto. Esta análise corrobora outras pesquisas que compreendem o espaço da sexualidade como dinâmico e mutável (Louro, 2011). Estes estudos dão ensejo para se pensar que não se fala em uma única homossexualidade, mas sim de diversas culturas, modo de ser que são transformados constantemente pelo campo social.

Desta forma, componentes como a dificuldade na negociação do preservativo quando se assume o papel ‘passivo’; a falta de capacidade de controlar o tesão; os simbolismos relacionados ao uso de preservativo; a baixa percepção de eficácia do uso de preservativos; as formas de preconceito entre os homens que fazem sexo com homens, como em relação aos homossexuais mais pobres, feminilizados, mais velhos ou negros; a imprevisibilidade do ato sexual dependendo do ambiente, etc., são fatores que devem ser considerados (Antunes; Paiva, 2013). Tais resultados apontam claramente para a diversidade do panorama da socialização e das dimensões ética e política dos arranjos sexuais entre homens. Ao perceber-se a complexidade desse campo, passa-se a utilizar, na área da saúde a sigla HSH, que significa Homem que faz sexo com Homem. Entretanto, parece que se antes os homens ocupavam um lugar de deslegitimação e exposição (sob a noção de grupo de risco para os homens gays), agora se encontram em um lugar ambíguo.

Parker (2002), por exemplo, mapeia também os diferentes arranjos de identificação masculina em suas práticas sexuais nos guetos da São Paulo do início do século XXI. Diferentes espaços são ocupados por transformistas e dragqueens (que se diferenciam de travestis por não terem necessariamente uma identidade de gênero feminina), barbies (homens fortes, musculosos, “bombados”), boys (jovens homossexuais), bichas (afeminados), bichas velhas (homem mais velho, idoso), michês (garotos de programa), travestis (que desempenham papéis de gênero feminino), bofes (que não assume uma identidade homossexual, mas que eventualmente mantém relações com homens), os entendidos (que compreendem as ‘regra do jogo’) e os gays (que podem assumir papel ativo e/ou passivo).

Considerando essa diversidade de identificações e sexualidade, a sigla HSH poderia ser tomada de forma essencialista já que, se por um lado a perspectiva é focar nos itinerários e práticas – evitando corroborar discursos estigmatizantes sobre orientação sexual – não permite que se viabilize formas dissidentes de ser homem e nem de se compartilhar da agência que a identificação política em relação à sexualidade poderia produzir. Se por um lado a noção de HSH promete uma menor presença de discursos preconceituosos e estigmatizadores, se abstém das questões vinculadas à orientação e identificação para além da prática. Entretanto, as identificações e sentidos atribuídos ao sexo também falam muito sobre as práticas. Exemplo disso são falas recorrentes que associam ainda a aparência física a

aspectos protetivos⁴, relações românticas e de devoção, identificações com práticas de dominação, jogos sexuais que se baseiam no risco de contaminação de um dos participantes, etc. e que influenciam no uso ou não de preservativo.

Além disto, quando propõe alargar a sua abrangência para além dos homens gays (ou bissexuais), a categoria HSH não parece contemplar homens trans em seu itinerário, por exemplo. Se por um lado as justificativas para a utilização da categoria estão vinculadas ao número maior de homens cisgêneros no Brasil, há de se atentar que não se trata de uma noção somente operacional ou quantitativa. HSH é uma forma de investimento público e Estatal que fala sobre um espaço de direitos, não só de direito a saúde, mas de exercício de cidadania.

O risco da sigla HSH camuflar, minizar ou negar a diversidade de possibilidades do desejo e do exercício da sexualidade entre homens e, especialmente, as idiosincrasias de suas distintas potencialidades e vulnerabilidades, é portanto, um risco a ser considerado no uso do termo. As ações e concepções centradas apenas na identificação com uma prática pontual do exercício sexual (que, aliás, não exclui outras, envolvendo mulheres, por exemplo), ao não encarar essa diversidade, podem indicar a não preocupação com sua implicação política – ausência que pode ser tão incômoda como foi à falta de reconhecimento dos homens gays como cidadãos, gerando discussões desde os anos 1970.

Falar em HSH, ainda que inclua, também não enfrenta o fracasso do modelo de sujeito da Modernidade, do Homem Moderno, de identidade exclusiva, monolítica e integrada, que teria performatividades sexuais e de gênero que excluiriam a possibilidade de sexo entre homens, fora da vitrine do *pathos* (ou do *queer*). Essas vitrines, no âmbito acadêmico poderiam ser a patologização, a ilegalização ou a deshumanização dos HSH. No âmbito do cotidiano, essa vitrine foram os guetos, os espaços de socialização de uma sexualidade “desviante”, que necessitavam de espaços geográficos específicos.

O arranjo biotecnológico dos espaços para os deviantes - ruas e praças destinadas à prostituição, bares, cafés e danceterias, saunas e locadoras de vídeo/cine erótico – cobram outro sentido quando os espaços se marcam não apenas pelo geográfico, mas pelo virtual. Com o advento da internet, proliferam *chats*, páginas e *blogs* de contato sexual e, mais atualmente os aplicativos para *smartphones* de busca de relações, as articulações do gueto geográfico se transforma, e representa mais complicações para o uso de categorias em saúde. Na conjuntura virtual, por exemplo, o recorte do corpo, da faixa etária e, os recortes

⁴ Na pesquisa realizada em (2014) pelo grupo Psicologia Saúde e Comunidades “Avaliação do processo de implementação da política de descentralização do teste rápido de HIV na Atenção Primária a partir da percepção de matriciadores, profissionais da Atenção Primária à saúde e usuários”, uma participante profissional do sexo indicou como aspecto protetivo a beleza dos seus clientes.

socioeconômicos se reintegram à lógica do capitalismo estabelecendo novas relações com o espaço das cidades.

Suely Rolnik (1997) aponta que tais novidades, ao invés de darem oportunidade à criação de novos agenciamentos subjetivos, suprimem-se ao consumo de modelos pré-estabelecidos disponíveis em um mercado homogeneizante, que se pretende universal. Tal processo não exclui a filiação identitária percebida no regime anterior, pelo contrário, polariza padrões de si vinculados a um extremo de desestabilização consumista e a outro extremo de persistência da referência de si, que, ameaçada, empenha-se em um recrudescimento voltado à ameaça da desestabilização (Rolnik, 1997). Desta forma, convivem dois padrões, um pretensamente hegemônico em função da globalização, que promove uma pluralidade instável mediante à disponibilidade do consumo, outro enrijecido, voltado para a manutenção do eu frente a um contexto de instabilidade. A confluência destes dois vetores de subjetivação fundamenta o capitalismo como produtor de subjetividades contemporâneo, atreladas à economia tanto como origem quanto consequência.

Agora o bairro/cidade de origem, a qualidade das imagens e do físico apresentado, assim como a faixa etária excluem os que não se enquadram no gueto virtual do gay capitalista: moradores das periferias, idosos, e físicos não tecnificados pelas academias de treinamento físico. O “abdomem trincado” é a cara hipervalorizada do gueto virtual, como a sensibilidade de um usuário do aplicativo Grindr (exclusivo para busca de relacionamentos sexuais/afetivos entre homens) ironiza em seu perfil público. A face, assim como a generificação da sexualidade já não são identitárias, ou ao menos não tem peso absoluto. O corpo trabalhado em academias e espaços médicos e estéticos se sobrepõe aos rótulos identitários coletivos, reforçando o individualismo tecnológico capitalista.



As maneiras pelas quais se apresentam e se interpretam as formas de exercício da sexualidade, podem indicar sistemas de silenciamento/dominação. Uma interpretação destas disposições assimétricas de relação social são as lógicas de repressão (como a criminalização de certas formas de vida), não reconhecimento público (por exemplo, de certas sexualidades que não as heteronormativas), e defesa social (da sexualidade como alvo de intervenção da nação e saúde pública em caráter moralizante) (Carrara, 1996 apud Moutinho, 2014). Estas lógicas podem nos fazer atentar para a possibilidade de deslegitimação de determinadas formas de vida, e a necessidade de constante crítica sobre discursos que estão subjacentes a este fazer. Cabe procurar saber até que ponto a lente com a qual pensamos intervenções em saúde reforçam o processo de exclusão e de desigualdades, que sob o pretexto da abrangência, reproduzem barreiras de acesso para os serviços de saúde ao apresentar-se cisgênera, heterocentrada e silenciadora de certas formas de vida.

Estas questões denotam a constante necessidade do exercício de reflexão sobre quem é a pessoa para quem o discurso científico se dirige, assim como quais são as vozes sociais que guiam o fazer nas diferentes formas de produção de conhecimento. Existe, portanto, a necessidade de situar politicamente de onde se fala e para quem se fala, sob a forma de um ‘conhecimento situado’ (Haraway, 1993). Evidentemente, a ideia de conhecimento situado, ao falarmos de nós mesmos enquanto sujeitos e objetos de análise incorre no risco de essencialização, de esvaziamento de qualquer possibilidade de crítica externa. A caricaturização dessa perspectiva, em alguns escritos, subentende a ideia de que apenas *eu* posso falar sobre *mim*. Obviamente, não era essa a premissa defendida por Haraway.

Assim, para compreender as masculinidades possíveis sob o rótulo de HSH, faz-se importante a contextualização das relações de gênero e sexualidade na contemporaneidade como partes fundantes, e também efeitos, de um campo discursivo do qual a ciência tem parte. Principalmente, cabe atentar para o discurso capitalista como campo no qual essas novas formas de subjetividade, de processos de identificação e diferenciação, se nutrem. Se as noções de ser homem e mulher não podem ser pensadas como anteriores do discurso (Preciado, 2002), cabe a nós considerar qual a nossa parte na reiteração ou na cisão das formas assimétricas de relação no campo da saúde.

1.2 Vulnerabilidades e Direitos Humanos

O conceito de vulnerabilidade é formulado na tentativa de compreender o processo de saúde/doença para além da lógica do risco e da culpabilização, que prioriza as condutas e

aspectos comportamentais do indivíduo em detrimento da sua compreensão dentro do contexto social (Meyer, 2006). A vulnerabilidade é entendida como resultado da intersecção de questões individuais, sociais e institucionais que produzem uma escala de suscetibilidade ao adoecimento e alterações no acesso aos recursos, o que em diferentes combinações irão constituir o grau de vulnerabilidade (Parker & Camargo, 2000).

Estes processos sociais associam-se às relações de poder que irão produzir estigmas, aumentando vulnerabilidades, a partir de eixos de iniquidades (Parker, 2012). Neste sentido, a vulnerabilidade é vista como resultado de contextos de interação e cidadania, como produto de intersubjetividades produzidas entre usuários, profissionais e políticas, conectadas com as plataformas programáticas e de direitos humanos estabelecidos socialmente (Ayres et al., 2013). Ao relacionarem os conceitos de vulnerabilidade com direitos humanos, Ayres e colaboradores (2013), ampliam a apresentação das identidades, constituídas de forma relacional e atravessadas pelas relações de poder e cidadania, numa lógica dialógica entre sexualidade, gênero, raça, etnia e classe. Assim a vulnerabilidade apresenta-se composta por aspectos individuais, contextuais e programáticos (Antunes & Paiva, 2013).

Logo, no contexto do presente estudo, a necessidade de promoção de direitos de populações tradicionalmente associadas à IST (como profissionais do sexo, homossexuais, transexuais e travestis, usuários de drogas injetáveis) foi acompanhada pela manutenção de noções que se tencionam entre a projeção de direitos e visibilidade social e também a possibilidade do desenvolvimento de novas formas de estigmatização (Parker & Camargo, 2000). É importante considerar que destacar nos estudos a existência de populações que demandam maior conhecimento sobre suas singularidades no âmbito das relações e práticas sexuais, pode gerar uma re-estigmatização dessas pessoas. Contudo, é necessário considerar, pelo princípio de equidade, a importância em oferecer uma resposta que dê subsídio para o enfrentamento da epidemia para aqueles que se encontram mais suscetíveis a ela. Nesse sentido, é fundamental entender o contexto social que opera como facilitador para a conservação do quadro que caracteriza atualmente a epidemia da AIDS.

1.3 Dados epidemiológicos no mundo e no Brasil

Segundo o relatório informativo das estatísticas globais de HIV da UNAIDS (2018) a AIDS continua sendo um desafio mundial à saúde. Estimou-se que em 2017 viviam com HIV no mundo 36,9 milhões de pessoas e destas 75% sabiam da sua condição sorológica positiva para o HIV. O relatório revelou que 59% de todas as pessoas que estavam vivendo com HIV tiveram acesso ao tratamento antirretroviral – TARV (UNAIDS, 2018).

O número de mortes relacionadas com a AIDS caiu em 51% desde 2004, sendo que em 2017 morreram 940.000 pessoas por doenças relacionadas à AIDS em todo o mundo. A tuberculose é a principal causa de morte entre as pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2018).

O relatório da UNAIDS ainda apresentou que em 2017, ocorreram 1,8 milhão de novas infecções por HIV, uma queda de 47%, em comparação com 3,4 milhões em 1996. Das novas infecções em todo mundo, 47% afetam as populações-chaves e seus parceiros. O uso do termo populações-chave remete ao grau de vulnerabilidade social que determinadas pessoas se encontram. Não se referindo a uma condição única e sim a uma associação de fatores que implicam em menor acesso aos serviços de saúde, discriminação, falta de recursos materiais e de conhecimento que viabilizem uma condição de saúde plena (UNAIDS, 2014). Assim, mundialmente o risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens; 23 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 13 vezes maior entre profissionais do sexo; 12 vezes maior entre mulheres trans (UNAIDS, 2018).

As pessoas que vivem com HIV enfrentam várias barreiras que interferem em sua capacidade para iniciar e aderir a seus regimes de tratamento, enfrentando discriminação por parte de profissionais de saúde, policiais, professores, empregadores, pais, líderes religiosos e membros da comunidade (UNAIDS, 2018). Medo, estigma e discriminação, falhas nos sistemas de saúde, bem como a pobreza e a inequidade de gênero têm sido citados como obstáculos. Algumas das populações mais afetadas pelo HIV são rechaçadas socialmente como trabalhadora/es sexuais, usuária/os de drogas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e populações trans. Assim, diminuir a lacuna entre as pessoas que têm acesso aos serviços de saúde e as que não têm exigirá pesquisa e inovação, associadas a leis de proteção que promovam a liberdade e a igualdade para todas as pessoas (UNAIDS, 2014; 2018).

Em uma revisão conduzida com dados mundiais foi constatado que a população HSH possui um maior risco de infecção por HIV do que a população em geral, em todos os contextos estudados (Beyrer et al., 2012). Além disso, na África, Ásia e América Latina os HSH apresentam os maiores índices de infecção dentre todas as outras populações-chave. Os maiores índices de prevalência da infecção entre HSH estão concentrados, respectivamente, no Caribe (25,4%), na África Subsaariana (17,9%), na América do Norte (25,4%), no sul e sudeste da Ásia (14,7%) e na América Central e do Sul (14,9%) (Beyrer et al., 2012). Em países como Reino Unido e Austrália, estudos apontam para o aumento de novos diagnósticos de HIV na população HSH; por outro lado, Canadá e Nova Zelândia estão estáveis (Beyrer et al., 2012; Kirby, 2015).

Embora haja evidências globais e na América Latina de um declínio da prevalência de novos casos de infecção por HIV na população em geral, as populações-chave são uma exceção, havendo uma estabilização ou mesmo um aumento entre HSH, profissionais do sexo, mulheres trans e usuários de drogas (De Boni, Veloso & Grinsztejn, 2014; Sullivan, Jones & Baral, 2014; Beyrer & Karim, 2013; Van Griensven & Van Wijngaarden, 2010; Van Griensven, Van Wijngaarden, Baral & Grulich, 2009). Na América Latina e no Caribe, apesar de haver uma baixa (0,5% - 1,0%) ou baixíssima (<0,5%) prevalência de HIV entre a população em geral, há uma grande concentração entre HSH, variando entre 7,6% (Nicaragua) e 15,3% (El Salvador) (Van Griensven et al., 2009). Na Colômbia, a prevalência de HIV foi estimada em 11% em HSH (Rodríguez et al, 2009).

Em relação ao Brasil, observa-se que 48% da população da América Latina com HIV concentram-se no país (UNAIDS, 2018). Ainda assim, o Brasil tem sido internacionalmente considerado destaque na resposta à epidemia de AIDS nos últimos 30 anos pelas ações implementadas e pela colaboração com demais países em desenvolvimento.

No Brasil foram identificados 882.810 casos de AIDS de 1980 a junho de 2017. A distribuição proporcional dos casos de AIDS, identificados no país de 1980 até junho de 2017, mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste (52,3%) e Sul (20,1%). Nas demais regiões a distribuição configura o Nordeste com 15,4%, Norte com 6,1% e Centro-Oeste com 6,0% do total dos casos. O ranking das Unidades Federais referente às taxas de detecção de AIDS mostrou em 2016 que os estados de Roraima e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores taxas, com valores de 33,4 e 31,8 casos/100 mil hab., respectivamente (Brasil, 2017). Entre as capitais, Porto Alegre em 2016 apresentou taxa de detecção de AIDS de 65,9 casos/100 mil hab., valor superior ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e 3,6 vezes maior que a taxa do Brasil (Brasil, 2017).

A notificação de novos casos de AIDS, com o objetivo de vigilância epidemiológica é obrigatória em muitos países, incluindo o Brasil. Através da Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014, publicada no DOU de 09/06/2014 foram incluídas na listagem de notificações a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS).

Os estados e municípios foram informados no início de 2014, a respeito da inclusão da notificação do HIV na nova Portaria Ministerial que define a lista nacional de notificação compulsória a ser publicada ainda em 2014, para que pudessem fazer seus levantamentos e iniciar sua implementação. A partir da Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014,

publicada no DOU de 09/06/2014, definiu-se a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional. Assim, um dos objetivos com esta portaria seria a rápida implementação da notificação universal do HIV, notificados no Sinan Net de HIV, sistema de vigilância do Ministério da Saúde (Brasil, 2014).

A principal via de transmissão nos casos de AIDS notificados em indivíduos com 13 anos ou mais de idade é a transmissão sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, correspondendo em 95,6% dos casos notificados do sexo masculino em 2015 e 97,1% dos casos notificados do sexo feminino (Brasil, 2015). As taxas de detecção de AIDS em homens nos últimos dez anos têm apresentado tendência de crescimento, sendo que a proporção de casos por sexo apresenta a configuração de 22 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres (Brasil, 2017).

Os casos de infecção pelo HIV registrados no Sinan de 2007 a junho de 2017 entre homens maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição, indica que 48,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (Brasil, 2017).

Um dos maiores estudos conduzidos no Brasil, utilizando uma amostra de 3.859 HSH em 10 cidades de todas as regiões do país (sendo a maior parte capital), chegou a uma estimativa de prevalência de HIV entre HSH de 5,2 a 23,7%, sendo 14,2% a proporção média (Kerr et al., 2013). Essa prevalência chega a ser duas vezes maior do que a encontrada em mulheres profissionais do sexo e três vezes maior do a de usuários de drogas injetáveis (Brasil, 2010).

Através de pesquisas de vigilância epidemiológica e comportamental com o objetivo de monitorar a epidemia do HIV em populações vulneráveis, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, verificou uma prevalência de HIV de 19,8% entre HSH com 25 anos ou mais de idade e de 9,4% entre os HSH de 18 a 24 anos (Brasil, 2017).

Estudos decorrentes de diferentes contextos destacam a importância da investigação e intervenção com HSH (Antunes & Paiva, 2013). Entre 2001 e 2002, um CTA em São Paulo identificou que 81% dos resultados positivos para HIV foram de homens (Bassichetto et al., 2004). Um estudo ainda em São Paulo, com jovens entre 18 e 24 anos de idade, apontou que 6,4% estavam infectados com o vírus HIV, taxa 50 vezes maior que a média nacional para essa faixa etária (Fioravante, 2012).

Cabe destacar ainda que o estado do Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de mortalidade padronizado de 2013 entre as Unidades da Federação (10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), sendo este aproximadamente o dobro do coeficiente observado para o Brasil no mesmo ano. No entanto, o estado do Rio Grande do Sul vem apresentando tendência significativa de queda nesse coeficiente ao longo dos dez anos. Os estados do Rio de Janeiro (9,5) e Amazonas (8,7) representam o segundo e terceiro maior coeficiente de mortalidade do país, respectivamente. Entre os municípios com 100 mil habitantes ou mais, dos 20 primeiros, 14 estão na região Sul, sendo 8 no Rio Grande do Sul – inclusive os quatro primeiros - Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Viamão e Canoas (Brasil, 2015).

Desde o início da epidemia de AIDS (1980) até 31 de dezembro de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos tendo a HIV/AIDS como causa básica. A maior proporção destes óbitos ocorreu na região Sudeste (59,6%), seguida das regiões Sul (17,6%), Nordeste (13,0%), Centrooeste (5,1%) e Norte (4,7%). Porto Alegre apresenta o maior coeficiente de mortalidade (22,4 óbitos/100 mil hab.), 76,7% superior ao coeficiente nacional; entretanto, a tendência é de queda nos últimos dez anos (Brasil, 2017).

As diferenças regionais importantes na detecção de AIDS no contexto brasileiro, como é o caso do estado do Rio Grande do Sul (RS), fez com que a capital entrasse no Plano Integrado da UNAIDS, ainda que esse tenha sido originalmente concebido para apoiar áreas mais pobres e remotas do Brasil. Porto Alegre com 2% de HIV em gestantes (em contraste com a taxa nacional de 0,4%), pressupõe situação também preocupante das populações-chave (UNAIDS, 2013).

As principais áreas analisadas e definidas para o apoio da UNAIDS e Agências copatrocinadoras encontram-se entre os eixos de ação do Plano Integrado que são: implantação de um observatório de HIV/AIDS no município, com o objetivo de analisar o comportamento da doença e sua trajetória para subsidiar a gestão governamental e o planejamento de políticas e programas públicos; a construção de um plano de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS; a construção de um plano para o enfrentamento da epidemia entre HSH (UNAIDS, 2013).

O plano internacional da UNAIDS (2015) chamado “Estratégia 90/90/90” propõe, como metas para os países, que até 2020 as pessoas que vivem com HIV alcancem cobertura de testagem, tratamento efetivo e supressão da carga viral em 90%, o que permitiria o “fim” da epidemia até 2030. Nesse sentido, novos dispositivos tecnológicos da área biomédica também passaram a ser disponibilizados como forma de prevenir a infecção por HIV nas práticas

sexuais desprotegidas, como é o caso da profilaxia pós-exposição sexual (PEPsexual) e da profilaxia pré-exposição sexual (PREPsexual) (Grangeiro et al., 2015).

A PEPsexual se configura no uso de antirretroviral por 28 dias, com início até 72 horas após a exposição ao HIV, o que tem por efeito a inibição da efetivação da infecção. A PREPsexual se caracteriza pelo uso diário de antirretroviral por pessoas não infectadas. Ambas profilaxias apresentam um alto grau de proteção na transmissão sexual do HIV, mas podem apresentar como limitações efeitos adversos e exigem o uso consistente para devida eficácia (Grangeiro et al., 2015). No entanto, o uso de preservativo continua sendo uma medida preventiva de fácil acesso, sem contraindicação e de baixo custo.

1.4 Uso irregular de preservativos em HSH

Estudos mostram que as pessoas que se sentem atraídas por pessoas do mesmo sexo apresentam uma pior percepção de sua saúde física e mental (Pérez et al., 2015). Alguns estudos apresentam a associação entre sofrimento psíquico/transtornos mentais e exposição a relações sexuais de risco entre HSH. Rocha e colaboradores (2013) conduziram um estudo de coorte transversal com 274 HSH em Belo Horizonte (MG), dos quais 35,7% informaram uso inconsistente de preservativo, ou seja, não adesão ao uso de camisinha alguma vez nas relações anais receptivas nos seis meses antecedentes às entrevistas. Segundos os autores, esses sujeitos tiveram alta probabilidade de ter sofrido discriminação e sintomas de depressão e ansiedade. De acordo com Herek e Garnets (2007), os HSH apresentam chances elevadas de sofrer violência e discriminação devido a sua orientação sexual, o que pode possibilitar ocorrência de problemas de saúde mental, abuso de drogas e álcool e exposição a práticas sexuais de risco.

Conforme Alvy e colaboradores (2011) os HSH apresentam taxas elevadas de infecção por HIV e taxas maiores de depressão do que os não HSH. Os autores avaliaram uma amostra de 1.540 HSH estadunidenses HIV positivos e negativos. Os participantes relataram sexo anal desprotegido com parceiros de status sorológico desconhecido ou soro discordantes e consumo de álcool ou uso de droga injetável durante ou logo após a relação sexual nos últimos seis meses. Os resultados da pesquisa apontaram associação entre o grau de depressão e sexo anal desprotegido.

Outro estudo, a fim de descrever comportamentos de risco e prevalências de HIV e sífilis em população de HSH na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, Guimarães e

colaboradores (2013) realizaram um estudo de corte transversal com amostra de 274 HSH. Os autores classificaram a prática sexual dos participantes conforme o tipo de parceria (fixo, eventual ou comercial) e o tempo (últimos seis meses, último ano e durante a vida), assim como o uso de preservativo nas relações sexuais (sempre, às vezes, raramente ou nunca) tanto em relações com homens (orais e anais) quanto com mulheres (orais, anais ou vaginais). Considerou-se uso irregular do preservativo quando os sujeitos responderam “às vezes”, “raramente” ou “nunca”.

No que diz respeito à situação de saúde mental dos participantes, o estudo de Guimarães e colaboradores (2013) mostrou que 84,1% dos participantes declararam ter sentido muita tensão e/ou preocupação, 53,3% referiram sentimento de tristeza, 47,7% informaram ter problemas para dormir e 16,4% descreveram ideação suicida. Ainda neste estudo, o uso irregular de preservativos nas relações sexuais com outros homens foi bastante alto, sendo 65,2% em relações de qualquer tipo e 40,5% nas relações anais receptivas. Apesar do uso irregular de preservativos, mais da metade dos entrevistados (52,9%) considerou ter pouca ou nenhuma chance de se infectar com HIV. 75,3% dos participantes teve alto conhecimento sobre HIV/AIDS e a maioria fez testagem prévia para HIV (74,4%), porém apenas 38,3% tinham se testado nos últimos 12 meses. A prevalência de HIV foi de 10,3% e de Sífilis 13,9% (Guimarães et al, 2013).

Outro fator que tem sido estudado em relação aos HSH são as declarações frequentes de condutas prejudiciais à saúde – como consumo substâncias psicoativas, legais ou não (Pérez et al., 2015). Em termos gerais e também entre HSH, o consumo de álcool é visto como uma forma normativa de recreação, algo socialmente aceitável e via de regra para diversão, o que faz com que as pessoas não a reconheçam como droga (Woolf-King, Neilands, Dilworth, Carrico & Johnson, 2014). Pesquisas recentes relatam que o consumo abusivo de substâncias psicoativas por HSH com resultado positivo para HIV está fortemente associado à dificuldade para aderir ao tratamento, carga viral mais elevada e maiores taxas de desemprego (Fritz, Morojle & Kalichman, 2010).

Em relação ao maior risco de infecção, o alto consumo de álcool e drogas ilícitas apresenta um efeito modulador sobre a prática sexual, ou seja, se associa à prática do sexo desprotegido, favorecendo inconsistência do uso de preservativos (Bertoni et al., 2009; Weiser et al., 2006; Rocha et al, 2013). Estudo com a população HSH também demonstrou que o uso de drogas estimulantes aumenta a probabilidade do não uso de preservativos nas relações sexuais, bem como diminui a aderência ao tratamento antirretroviral (Carrico, Woolf-King, Neilands, Dilworth & Johnson, 2014).

Ainda em relação ao eixo de ação do Plano Integrado sobre o delineamento do enfrentamento da epidemia entre HSH, há indicativos que o baixo uso de preservativos está associado a diversas questões, entre elas a confiança quando apresentam parceiros fixos, percepção de invulnerabilidade (Antunes & Paiva, 2013; Fernández-Dávila, 2007), associado, em alguns casos, ao abuso de substâncias (Yu, Chiasson & Hirshfield, 2015; McCarty-Caplan, Jantz & Swartz, 2014).

As populações-chave muitas vezes são as que têm menos possibilidade de acessar os serviços de saúde, pois o estigma e a discriminação são barreiras presentes tanto na sociedade como um todo, como em serviços de atenção à saúde. Isso dificulta para muitos integrantes das populações-chave saberem seu estado sorológico relativo ao HIV ou acessarem serviços de prevenção e tratamento. Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2015, as populações-chave (HSH, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo) respondem pela maioria dos casos novos do HIV em todo país (Brasil, 2015).

No contexto atual, tendo a temática do HIV presente, faz-se necessário o incentivo para que aumente o agir racional protetivo através do uso de preservativos nas relações sexuais (Davis, 2002). No entanto, o comportamento racional está sempre relacionado ao contexto e à percepção da realidade (Træen & Gravningen, 2011), o que configura associações de diferentes fatores intervenientes no estabelecimento da prioridade ao uso do preservativo. A autoestima relacionada à sexualidade, definida como a aceitação positiva e confiança na capacidade de experimentar a sexualidade de maneira agradável e satisfatória (Snell, Fisher, & Walters, 1993), pode ser um desses fatores a influenciar o comportamento de HSH.

Diferentes aspectos do controle emocional, como a aceitação e autoestima relacionadas a própria sexualidade, são importantes preditores da autoeficácia do uso do preservativo (Baele, Dusseldorp, & Maes, 2001; Bryan, Aiken, & West, 2004; Salazar et al., 2004). Assim, para HSH, a autoestima alta apresenta-se associada com menos emoções negativas e maior eficácia no uso de preservativo, o que pode facilitar a comunicação entre parceiros para negociação do uso de preservativo e recusa de relações sexuais desprotegidas (Træen et al., 2014).

Outro aspecto importante diz da associação entre apoio familiar e percepção de risco com a maior exposição ao HIV. Estudo realizado com 274 HSH, em Belo Horizonte, demonstrou associação estatística com HIV para participantes que mencionaram que a família era indiferente à sua atração por outros homens ou desaprovava sua opção sexual, e aqueles

que ainda tinham conhecimento sobre HIV/AIDS, mas que não sabiam avaliar seus graus de risco (Guimarães et al, 2013).

É comum as pessoas que integram as populações-chave estarem sujeitas à reprovação, rejeição nos serviços de saúde. Um exemplo disso foi um levantamento global que mostrou que apenas 14% das pessoas vivendo com HIV, em países de baixa renda, relataram ter acesso adequado a serviços de tratamento para o HIV. Pessoas trans também se depararam com julgamentos de valores e atitudes hostis quando tentaram acessar serviços de saúde (UNAIDS, 2015).

Estudo realizado por Cerqueira e colaboradores (2010) revelou que a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT) encontra como importante barreira de acesso aos serviços de saúde a homofobia presente na conduta dos profissionais, o que também é confirmado em levantamento de publicações científicas feito por Albuquerque e colaboradores (2016). A vulnerabilidade torna-se, assim, importante na reflexão das questões relacionadas ao aumento dos índices de infecção pelo HIV e na compreensão das diferentes situações que relacionadas predispõem as pessoas para exposição a risco relacionado às suas práticas sexuais.

Na literatura, considera-se como fatores associados à exposição a risco para soropositividade em HIV/AIDS: a iniciação sexual precoce (idade menor ou igual a 14 anos); uso inconsistente e o não uso de preservativos (Baptista, Maciel, Caldeira, Tupinambas & Greco, 2012). Além desses fatores, também são apontados como fatores associados o consumo de drogas, orientação homossexual/bissexual e parceria estável com companheiro usuário de drogas e/ou portador de IST e/ou HIV (Pereira et al., 2014). Em um estudo sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre HSH usuários de aplicativos de encontro via Internet (Brignol & Dourado, 2011), verificou-se como fatores associados à prática do sexo anal sem proteção: a) participantes que tiveram mais de três parceiros no período dos últimos 12 meses; b) auto percepção de alto ou médio risco para adquirir HIV/AIDS; c) preferência pela prática de sexo oral passivo (Brignol & Dourado, 2011).

Quanto à definição de práticas sexuais de risco de HSH vemos que basicamente os estudos descrevem como sendo uma relação anal sem uso de preservativo, tendo por intervalo de tempos últimos 6 ou 12 meses (Gondim et al., 2009; Julio et al., 2015; Italia & Oducado 2014). Quanto à classificação de risco há grande variabilidade nos estudos. Podemos encontrar como alto risco de exposição a simples disponibilidade para realização de sexo sem

o uso do preservativo (Boily, Godin, Hogben, Sherr & Bastos, 2005). Também encontramos a agrupação de níveis de risco, conforme a dissertação de Xavier (2005), que classifica a exposição de risco em níveis como: risco mínimo (sempre usa preservativo), risco médio (não usa preservativo com parceiro fixo) e alto risco (quase não usa preservativo).

Nesse sentido, o presente estudo propõe algumas aproximações entre a abordagem do modelo de Direitos Humanos e Vulnerabilidade com o modelo da Teoria do Comportamento Planejado (TCP). Estes modelos serão utilizados para compreender a problemática do uso de preservativo em HSH. O primeiro modelo apresenta como potência a compreensão das vulnerabilidades, a partir da dinâmica que considera as interações entre: os aspectos individuais, que são permanentemente constituídos nas interações com os outros; os contextos de interação social, atravessados por normatividades e poderes sociais; e o conjunto de políticas disponibilizadas socialmente, que configuram as ações programáticas (Ayres, Paiva & Buchalla, 2013).

A TCP se centra na análise das crenças atitudinais, normativas e de controle sobre o comportamento, compartilhadas socialmente e que se incorporam nas condutas dos indivíduos. A TCP também analisa algumas questões relacionadas a uma lógica mais programática, como por exemplo, a disponibilidade de preservativo e sua influência no uso. A ideia de aproximar estes dois modelos é para buscar ampliar a capacidade de compreensão sobre as questões relacionadas a gestão quanto ao não uso de preservativo. O modelo de Direitos Humanos e Vulnerabilidade contribuirá, principalmente, para entender os dados do estudo qualitativo e a TCP para a validação do instrumento. Dessa forma, as reflexões procuram manter a congruência teórica dos pressupostos de cada modelo teórico utilizado em cada um dos estudos desenvolvido nessa tese.

1.5 Teoria do Comportamento Planejado - mapeamento das intenções para o comportamento

Diante dos aspectos conceituais apresentados, tendo em vista o contexto social em que a epidemia de HIV/ AIDS tem se constituído ao longo dos anos, seguimos para a apresentação da base teórica que será norteadora deste estudo para compreender a associação entre a intenção de usar o preservativo em HSH com a atitude, o controle percebido sobre o comportamento e as normas subjetivas. A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) foi proposta por Ajzen (1991) e visa à identificação dos valores que norteiam os comportamentos humanos. A proposição seria a reflexão sobre a conduta das pessoas, para possivelmente

identificar intencionalidades, o que permitiria intervir naquilo que supostamente gera os comportamentos.

A TCP foi apresentada como derivação de uma proposta anterior, a Teoria da Ação Racional (TAR), de Fishbein e Ajzen (1975). A TAR se desenvolveu no campo da psicologia social, baseada em um extenso estudo sobre o campo das atitudes, de forma a compreender a conceituação, mensuração e as relações existentes entre atitudes e comportamento. Posteriormente, para estender a TAR à previsão do comportamento não-voluntário, Ajzen (1991) propôs então a Teoria do Comportamento Planejado. Inicialmente, apresentam-se os fundamentos da TAR, os quais trazem as bases conceituais para compreensão mais aprofundada da TCP.

A atitude é um conceito utilizado nos estudos com diferentes componentes como: moral, disposição de conduta, resultado de experiências repetidas, hábito e combinação de atividade emocional, instintiva e habitual (Martín, 2003). O construto atitude passou a ser destacadamente alvo de interesse dos teóricos da psicologia social a partir da década de 1940 e sua importância está relacionada com o fato de estar vinculada ao comportamento dos sujeitos. Para Allport (1935) a atitude é uma disposição mental que exerce motivação diretiva sobre o comportamento em relação aos objetos e situações com as quais as pessoas se relacionam. Nesse sentido, a atitude conceitualmente não apresenta um caráter tão estável quanto a teoria da personalidade. Muitas escalas proliferaram nesta época, com o objetivo de dimensionar atitude, mas todas elas apresentavam um caráter unidimensional, baseado unicamente na dimensão afetiva.

Nos anos 60, surge um novo conceito de atitude, de caráter multidimensional, postulando que as atitudes seriam compostas por aspectos cognitivos (razão), afetivos (sentimentos) e comportamentais (ação) (Fishbein & Ajzen, 1975). A Teoria da Ação Racional (TAR) afirma que o comportamento humano é voluntário. Postula que a intenção comportamental é a principal preditora do comportamento. Por sua vez, no modelo original, a intenção é determinada por meio de dois fatores: a atitude (crenças e avaliações sobre o resultado dos comportamentos) e a norma subjetiva (crenças e avaliações influenciadas pelos outros relevantes para o sujeito), ambas formadas a partir da experiência direta ou mediada (Fishbein & Ajzen, 1975). A figura 1 apresenta o modelo de Fishbein e Ajzen da Teoria da Ação Racional.

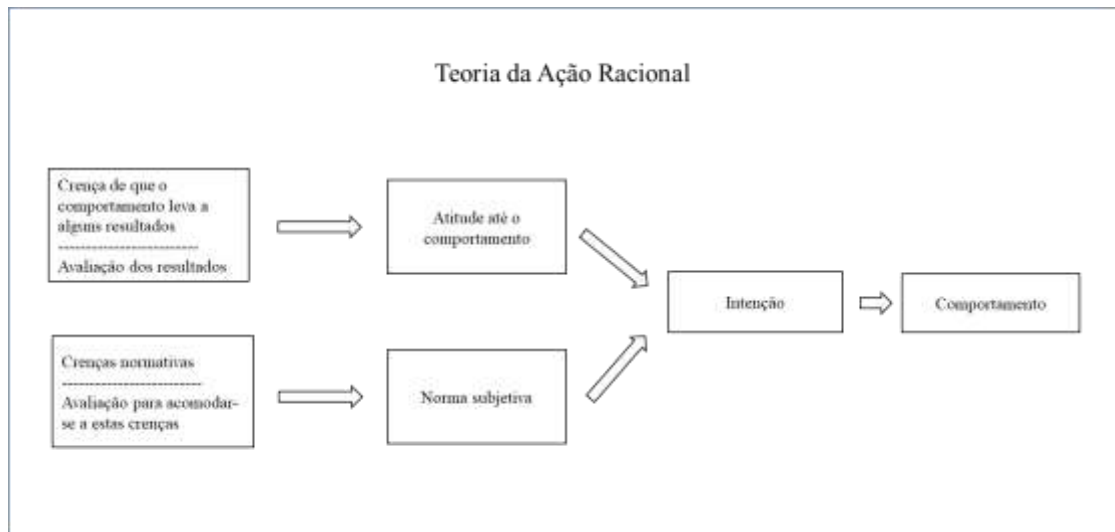


Figura 1. A Teoria da Ação Racional adaptada de Fishbein & Ajzen, 1975

Nesse sentido a Teoria da Ação Racional considera que a medida da atitude consiste em uma relação com comportamento realizado. Por outro lado, esta teoria também reconhece que para prever o comportamento é necessário considerar variáveis como crenças, normas, referentes sociais e intenções (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980).

Pode-se compreender os elementos constitutivos deste modelo a partir da sua conceituação. Assim, a crença concerne às percepções dos sujeitos em relação a algum aspecto (objeto) do seu mundo a partir da sua experiência de vida, através da atribuição de características e qualificação aos mesmos (Fishbein & Ajzen, 1971, 1975). No entanto, algumas crenças atitudinais são mais importantes que outras na determinação do comportamento, sendo estas chamadas de crenças salientes. Estas crenças são as mais lembradas e associadas ao comportamento, sendo fundamentais para identificação das atitudes e intenção de comportamento das pessoas (Fishbein & Ajzen, 1975).

A atitude refere-se à quantidade de afeto pró ou contra um objeto psicológico, objeto este que pode ser uma pessoa, um comportamento ou algo qualquer. As atitudes influenciam as respostas do sujeito sobre o objeto de modo global, mas não determina o comportamento concreto (Fishbein & Ajzen, 1975). O fator atitude se refere à atitude individual em direção ao comportamento designado, representando o quanto a pessoa pensa que o comportamento é bom ou ruim. Nesse sentido, ao se perguntar sobre determinado comportamento, as pessoas irão manifestar seu grau de concordância com afirmações referentes a um comportamento específico. As atitudes são formadas pelas expectativas pessoais sobre as consequências que

determinado comportamento pode produzir e pelo valor ligado a estas consequências (Maio & Haddock, 2010).

As normas subjetivas dizem respeito às crenças dos indivíduos acerca das expectativas normativas do conjunto das pessoas que são para ele importantes. Logo, dizem respeito às percepções do que outras pessoas, referentes para ele, acham/pensam sobre desempenhar ou não o comportamento em questão (Ajzen & Fishbein, 1980). Ou seja, é a pressão social percebida para realização ou não da conduta (Ajzen, 1991). Nesse sentido, a norma subjetiva é determinada pelas crenças normativas e pela motivação pessoal em atender a essas expectativas (Maio & Haddock, 2010).

A intenção refere-se ao propósito do indivíduo de desempenhar certo comportamento. A intenção do sujeito em realizar o comportamento será maior quanto mais positiva for sua avaliação sobre o mesmo (atitudes) e quando perceber que as pessoas que lhe são referentes acham que ele deve realizar o comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975; Roazzi, et al, 2014).

O comportamento ou conduta se caracteriza no processo de transitar da intenção à ação. O comportamento a ser investigado deve ser circunscrito, ou seja, apresentar especificações como: a definição da ação, o objetivo para o qual a ação é desempenhada, o contexto e o tempo em que a ação ocorre (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980).

Apesar da TAR ter se tornado o modelo psicossocial mais conhecido para analisar os efeitos e as relações entre atitudes e o comportamento, prontamente surgiram críticas à teoria. A mais importante foi que a Teoria da Ação Racional só pode ser aplicada para predição de condutas que estão sob o controle do sujeito, com medições gerais dos fatores; se argumenta, entretanto, que há muitas condutas que não dependem de maneira exclusiva da racionalidade do sujeito.

Como mencionado anteriormente, a proposta da teoria do Comportamento Planejado (Ajzen, 1991) considera as críticas ao modelo inicial admitindo que inclusive as condutas cotidianas possam estar ocasionalmente fora do controle do sujeito e que, portanto, a formação e a mudança de intenção levam em consideração a auto eficácia, que seria a perspectiva pessoal sobre a própria capacidade para realizar o comportamento (Ajzen, 1991; Ajzen e Madden, 1986; Schifter e Ajzen; 1985). Esta reformulação obriga incluir na teoria um novo componente: o controle percebido sobre o comportamento. A figura a seguir ilustra esta teoria.

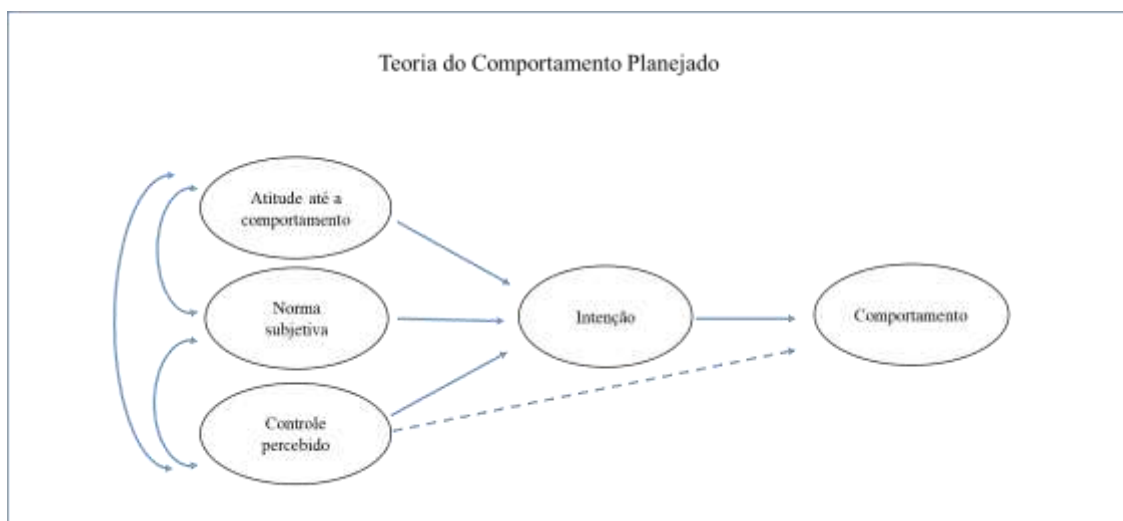


Figura 2. Teoria do Comportamento Planejado adaptada de Ajzen & Madden, 1986

O controle percebido influencia o comportamento à medida que as pessoas somente se empenham nos comportamentos os quais confiam possuir maior habilidade para executar. Outro fator importante para o engajamento em um comportamento é identificar viabilidade real em realizar a conduta (Maio & Haddock, 2010).

Segundo Ajzen e Fishbein (2005), é importante ter em conta a distinção entre a realização de um comportamento e o atingir de um objetivo. Isso porque as pessoas geralmente têm maior controle volitivo sobre a realização de um comportamento do que sobre a concretização de um objetivo. Ambos dependem de certo grau de vontade, mas pode-se afirmar que a realização do comportamento, como por exemplo, fazer exercício físico, depende da vontade como um ato contínuo, enquanto que um objetivo, como por exemplo, perder peso, muitas vezes envolve fatores diversos que extrapolam a presença da vontade (Ajzen & Fishbein, 2005).

Este novo componente representa o controle que o indivíduo acredita ter sobre a realização de determinada conduta (Ajzen, 1985), considerando os recursos do sujeito associados à antecipação dos obstáculos ou impedimentos relacionados ao comportamento em questão (Ajzen, 1991). Quanto maior o controle percebido sobre o comportamento, mais positiva será a avaliação do comportamento, e mais forte será sua associação com a intenção ou predisposição para desenvolvê-lo (Parker et al., 1996).

Assim, a TCP contempla três determinantes distintos da intenção; dois deles, "atitudes" e "norma subjetiva", que já estavam na TAR, enquanto o terceiro, chamado de

“controle percebido sobre o comportamento”, se incorpora à TCP e é definido como a facilidade ou dificuldade percebida de realizar o comportamento, ao considerar-se a experiência passada e os obstáculos previstos (Schifter & Ajzen, 1985).

A Teoria do Comportamento Planejado, de Icek Ajzen, tem sido apresentada como um referencial teórico-metodológico útil para pesquisas que envolvam aferição de atitude. Segundo a TCP, as atitudes, somadas a aspectos relacionados à pressão social percebida, à infraestrutura disponível e à habilidade dos indivíduos, são preditoras das intenções comportamentais dirigidas a comportamentos específicos (Heidemann, Araujo & Veit, 2012).

As intenções atuam como boas preditoras de comportamentos específicos e a variação das intenções pode ser explicada por três tipos de prováveis consequências que influenciam a decisão de se engajar em determinado comportamento. São elas: as possíveis consequências positivas ou negativas do comportamento, a aprovação ou desaprovação do comportamento por indivíduos ou grupos respeitados, e os fatores que podem facilitar ou impedir o desempenho do comportamento (Ajzen & Fishbein, 2005).

Sendo assim, tendo em consideração a interferência do controle percebido e as distintas variáveis - aspectos pessoais, culturais e situacionais - que compõem cada fator na constituição das intenções em direção ao comportamento, Ajzen e Fishbein (2005) apresentam um diagrama estendido do modelo que pode ser verificado na Figura 3.

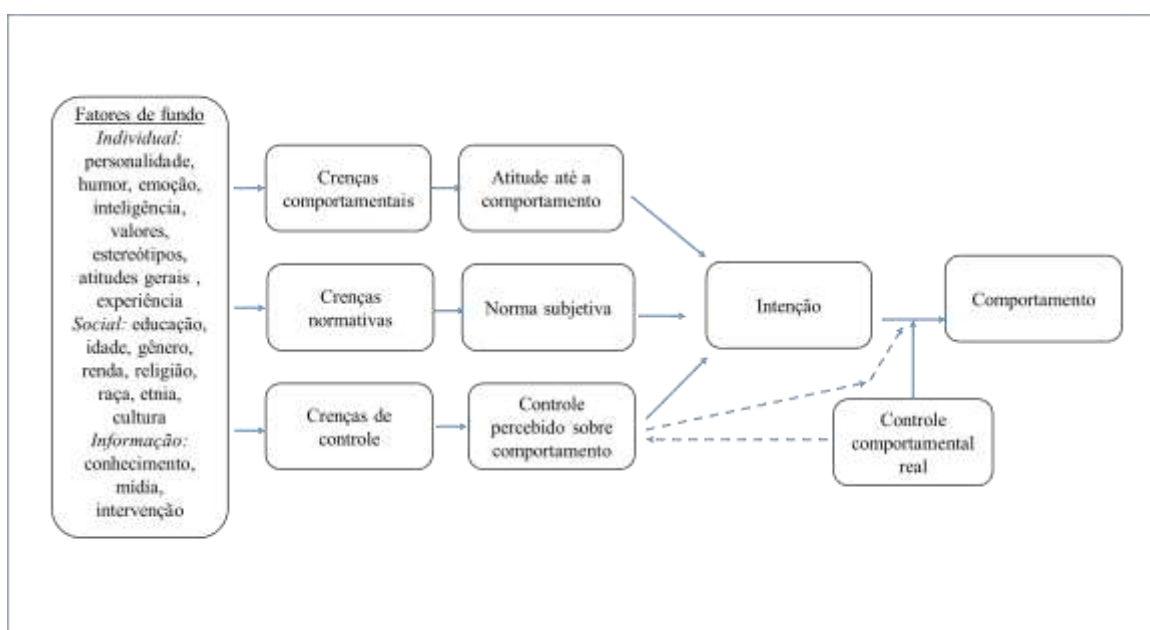


Figura 3. A teoria da ação racional e do comportamento planejado adaptado de Ajzen e Fishbein, 2005.

A Figura 3 representa como a ação está fundamentada em diferentes elementos que se combinam até a realização do comportamento. Assim, as crenças comportamentais, normativas e de controle podem variar em função da ampla gama de fatores de fundo, que irão compor e influenciar os fatores de atitude em relação ao comportamento, a norma subjetiva e controle percebido. Esses fatores irão constituir a intenção que antecede ao comportamento (Ajzen & Fishbein, 2005).

Para verificar as crenças sobre determinado comportamento é possível investigar a partir de perguntas sobre vantagens e desvantagens de realizar o comportamento, o que as pessoas importantes pensam sobre o indivíduo realizar determinado comportamento, e listar os principais fatores que tornariam a realização do comportamento mais fácil ou difícil (Maio & Haddock, 2010). Identificar os resultados positivos e negativos do comportamento, bem como os resultados materiais e emocionais da realização do comportamento, podem prever a iniciação do comportamento (Maio & Haddock, 2010).

Nesse sentido melhorar a previsão do comportamento envolve não apenas considerar a intenção, mas também o quanto as pessoas têm controle na execução do comportamento. O efeito da intenção é mais forte sobre o comportamento, quando a percepção das pessoas sobre o controle real sobre o comportamento é alta, o que aumenta o sentido de autoeficácia e agência pessoal sobre a conduta (Ajzen & Fishbein, 2005).

Para Ajzen e Fishbein (2005) este diagrama não demonstra as diferentes combinações e conseqüentes interferências que um fator pode ter sobre outro na composição da intenção. Para os autores o peso ou a importância de cada fator como a atitude, a norma subjetiva e o controle percebido, podem variar na predição da intenção em função do comportamento específico e da população considerada. Portanto, um comportamento pode ser influenciado principalmente por considerações atitudinais, enquanto outro comportamento pode estar sob influência de fatores normativos ou de controle (Ajzen & Fishbein, 2005).

Assim, tanto a TAR como TCP indicam que a atitude é apenas uma das muitas variáveis que compõem o comportamento, sendo que seu efeito atua de forma indireta sobre a determinação da conduta. Além disso, são numerosos os estudos que usam estes modelos para testar a relação entre atitude e comportamento e que tem apresentado preditores com forte suporte empírico, com correlações que suportam a Teoria do Comportamento Planejado e da Ação Racional (Maio & Haddock, 2010).

Alguns estudos identificaram que a contribuição do controle percebido para uma ampla variedade de comportamentos explica em média um adicional de 2% da variação do comportamento (Armitage & Conner, 2001; Cheung & Chan, 2000). Em estudos de

metanálises sobre diferentes tipos de comportamentos, a intenção tem correlacionado bem com as atitudes, com correlações entre 0,45 a 0,60; com as normas subjetivas variando de 0,34 a 0,42, e a previsão da intenção correlacionada com o controle percebido com intervalo de 0,35 a 0,46 (Ajzen & Fischbein, 2005). Assim a literatura empírica tem fornecido evidências de que as intenções podem ser previstas através de medidas de atitudes em relação ao comportamento, normas subjetivas e controle percebido sobre o comportamento (Albarracín et al., 2001; Armitage e Conner, 2001; Hagger, Chatzisarantis e Biddle, 2002).

Importante destacar que a maioria das pesquisas sobre as teorias da ação racional e do comportamento planejado é de natureza correlacional e não fornece evidência de efeitos causais. No entanto, as evidências sobre a causalidade podem ser apontadas a partir das intervenções de mudança de comportamento baseadas na teoria, quando informações relevantes dos preditores são fornecidas e seu efeito no comportamento é traçado através dos antecedentes teóricos (Ajzen & Fishbein, 2005). Nesse sentido, a TCP tem sido considerada base robusta na criação de intervenções para prevenção de comportamento de risco (Steinmetz, Knappstein, Ajzen, Schmidt & Kabst, 2016) e predição do uso da camisinha (Albarracín et al., 2001; Gomes & Nunes, 2017).

Os construtos da TCP têm sido utilizados em estudos internacionais para prever intenções de usar preservativos e, subsequente, uso real do preservativo (Protogerou, Flisher, Wild & Aarø, 2013; Eggers, Taylor, Sathiparsad, Bos & Vries, 2013). A TCP também é utilizada para verificar a associação entre intenção de iniciar a vida sexual e o efetivo comportamento de iniciação sexual entre jovens (Simms & Byers, 2013). O uso das intervenções baseadas na TCP para a redução de comportamentos de risco em heterossexuais, relacionadas com prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, tem apontado este construto como útil para a concepção de intervenções que promovam mudança de comportamentos de risco em heterossexuais (Tyson, Covey & Rosenthal; 2014).

No Brasil a TCP tem sido utilizada para compreensão das variáveis emocionais sobre a intenção de repetir o comportamento de manter relações sexuais sem preservativo entre jovens (Chinazzo, Câmara & Frantz, 2014). Também foi empregada na pesquisa fatores que motivam a prática de sexo seguro, investigando os antecedentes da intenção de uso do preservativo masculino na população de jovens, verificando diferenças atitudinais entre homens e mulheres (Matos, Veiga & Reis, 2009).

Ao nos propormos mapear quais são os agentes motivadores para a adoção dos comportamentos de exposição a risco nas práticas sexuais, tomamos o estudo elaborado por

Martín, Martínez y Rojas (2011), que apresenta a adequação da TCP para a análise de comportamento de não uso de preservativos em HSH. Neste estudo foram identificados processos automatizados no comportamento sexual, sendo elementos presentes as seguintes questões: a crença que o parceiro não tem uma doença infecciosa, a adrenalina associada à liberação do comportamento, o desejo ativado, o conhecimento prévio do companheiro, o aspecto físico e ainda a menção de casos míticos, que apresentariam comportamento sexual de risco, com grande número de parceiros sexuais e nenhuma infecção. Também em relação ao componente atitudinal, foi visto que é necessário conhecer as expectativas de risco que são foco de atenção dos sujeitos, isto é, em quais contextos os participantes identificam a ocorrência de maior risco (Martín et al., 2011).

Em relação ao componente normativo, verificou-se que as identidades sociais e pessoais são fortemente interativas e influenciadoras na probabilidade de exposição a risco, assim como as normas emergentes que estão dentro de um contexto específico, como, por exemplo, quartos escuros. O controle percebido apresenta-se relacionado com o contexto, características do parceiro, atração e estado emocional; tendo outras variáveis como o uso de drogas e álcool como interferentes. A intenção de realizar o comportamento de risco é definida como a expectativa que a própria pessoa tem sobre seus comportamentos dentro de determinado contexto (Martin et al., 2011). Sendo assim, identificar a presença destes elementos e quais são os agenciadores de comportamento de risco nas práticas sexuais é fundamental dentro do processo de enfrentamento estratégico do quadro epidemiológico HIV/AIDS.

2. Justificativa

Os estudos sobre HIV/AIDS têm apresentado um grande avanço na compreensão biomédica de seus mecanismos. Em pouco mais de duas décadas de estudos foi possível compreender a forma como o vírus se transmite e se replica, criaram-se testes sensíveis e específicos capazes de detectar se há infecção ou não, identificaram-se as cepas virais, com a contagem das células CD4 e carga viral, além de conhecer as resistências virais a medicamentos. Todos esses dados são importantes para conhecer a doença, bem como avaliar o benefício dos tratamentos, ou seja, proporcionam informações cruciais para o controle da doença (Brasil, 2012).

Apesar dos avanços de diagnóstico e da inserção das terapias antirretrovirais, e mais recentemente, das diferentes tecnologias medicamentosas que podem evitar novas infecções como o uso das profilaxias pré e pós-exposição, que compõe as estratégias de prevenção combinada, o Brasil segue apresentando alta prevalência de HIV/AIDS, correspondendo a 48% dos novos casos de infecção por HIV na América Latina (UNAIDS 2018). O que configura a necessidade de continuidade das pesquisas não somente sob aspecto do controle biológico e epidemiológico do desenvolvimento das comorbidades relacionadas ao HIV/AIDS, mas também sobre a compreensão do não uso dos preservativos e de que fenômenos estão associados à maior exposição ao risco ao HIV.

A prevalência de HIV/AIDS no Brasil nas populações-chave ainda é mais alta entre HSH de acordo com os dados epidemiológicos no Brasil (UNAIDS, 2018). Nesse sentido consideramos importante a concepção de Ajzen e Fishbein (2005) cuja afirmação pondera que a compreensão dos pesquisadores em relação a atitude-comportamento possa obter mais avanços à medida que os estudos focalizem determinantes de ações específicas, como atitudes em relação ao comportamento e às intenções comportamentais, em vez de atitudes gerais em relação a um objeto.

Diante desse cenário, verifica-se a necessidade de estudos que ampliem os esforços na compreensão e identificação das diferenças e especificidades relacionadas a HSH em relação ao não uso dos preservativos, de forma a propiciar planejamento e implantação de políticas que possam viabilizar melhor atendimento para essa população (Gomes, Cecatto, Kerr & Guimarães, 2017). Neste aspecto, as ciências sociais podem desempenhar um valioso papel e, de maneira especial, a psicologia social e da saúde, ao identificar quais aspectos interferem na gestão de risco em HSH para, a partir disso, pensar estratégias de intervenção.

No Brasil há estudos que configuram protocolos para mapeamento das características relacionadas ao não uso de preservativo entre HSH que enfatizam questões sociodemográficas e epidemiológicas (da Fonte et al, 2017; Gomes, Cecatto, Kerr & Guimarães, 2017). No entanto, faltam instrumentos que verifiquem a intenção do não uso de preservativos entre HSH, estruturados a partir de um modelo teórico, afim de facilitar a compreensão e identificação de contextos que influenciam comportamentos de não uso do preservativo. Instrumentos com essa configuração possibilitariam intervenções mais singulares e eficazes na promoção da saúde de HSH.

3. Objetivo Geral

Identificar e analisar variáveis contextuais e psicossociais associadas ao não uso de preservativos no sexo anal entre HSH em Porto Alegre.

3.1 Objetivos Específicos:

- Analisar quais são os aspectos que influenciam na decisão de usar ou não o preservativo a partir da vivência de homens que fazem sexo com homens;
- Adaptar transculturalmente para o português o “*Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que Practican Sexo con Hombres - CIPRASEX HSH*”;
- Analisar as propriedades psicométricas do “Questionário de Investigação de Práticas Sexuais de Risco entre Homens que fazem Sexo com Homens - CIPRASEX HSH.

A seguir, apresentam-se as informações comuns aos três estudos desenvolvidos e, em seguida, cada estudo será descrito separadamente.

4. Método

Trata-se de um estudo com desenho metodológico misto, qualitativo e quantitativo, que aborda o não uso de preservativo nas práticas sexuais entre HSH dentro do contexto epidemiológico de HIV em Porto Alegre.

4.1 Participantes

O estudo dividiu-se em duas partes: o estudo piloto no qual participaram 20 usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado em Porto Alegre, e a aplicação do Questionário de Investigação de Práticas Sexuais de Risco entre Homens que fazem Sexo com Homens – CIPRASEX HSH com participação de 249 usuários do CTA. Todos os participantes eram maiores de 18 anos e foram convidados pela equipe de aconselhadores do serviço à medida que procuravam o CTA para realização do teste rápido para o HIV e outras IST.

4.2 Instrumentos

1) Questionário de dados sociodemográficos

Todos os participantes foram entrevistados para verificação dos dados sociodemográficos e de comportamento sexual segundo o Formulário de Atendimento do SI-CTA, que é um formulário elaborado pelo Ministério da Saúde e aplicado antes da realização

do teste de HIV (Anexo B). O formulário consiste em perguntas como motivo da testagem (consulta) e mapeamento da exposição ao risco (IST; uso de drogas; parcerias sexuais – tipos e número de parceiros; uso preservativo- com parceiro fixo/ parceiro eventual; motivos para não usar preservativo – com parceiro fixo/parceiro eventual). Além desses dados, foram coletadas informações sobre: consumo de álcool e drogas não injetáveis; experiência com HIV/AIDS; experiência com outras infecções sexualmente transmissíveis (IST); abuso sexual ou maus-tratos na infância; outras práticas sexuais (“quartos escuros”; “sexo anônimo”).

2) *Questionário de Investigação de Práticas Sexuais de Risco entre Homens que fazem Sexo com Homens – CIPRASEX HSH*

O CIPRASEX HSH foi estruturado pela equipe de pesquisa da Universidad Autónoma de Madrid coordenada pelo professor José Manuel Martínez. Este é um instrumento elaborado a partir da Teoria do Comportamento Planejado (Ajzen e Madden, 1986) e está constituído pelas dimensões: Fator Atitudinal, Norma Subjetiva, Controle Percebido e Intenção. Assim como referido anteriormente, o instrumento foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro.

Os dados foram coletados, codificados, digitados, armazenados e analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows.

4.3 Procedimentos Éticos

O presente projeto foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia, ao Departamento de Ensino e Pesquisa do Ambulatório de Dermatologia Sanitária e, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, seguindo as considerações éticas estabelecidas na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes que contribuíram para a realização do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para formalizar sua participação, no qual constavam as garantias de sigilo e confidencialidade de suas informações e o caráter de participação voluntária.

No TCLE (Anexo A) estão explicitados os objetivos do estudo e seus procedimentos, bem como o assentimento para o acesso da pesquisadora ao Formulário de Atendimento do SI- CTA do participante, formulário cujas informações são padronizadas pelo Ministério da Saúde (Anexo B). Na realização das entrevistas e aplicação do questionário, foi entregue uma via do TCLE para o participante e outra ficou com a pesquisadora. Ainda, foi oferecido apoio

psicológico para os participantes que se sentissem mobilizados durante o processo de participação da pesquisa, através do serviço de atendimento psicológico presente no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) do RS. Alguns participantes se interessaram em saber informações sobre os grupos de apoio existentes no ADS, bem como pediram informações de locais de serviços de apoio psicoterápico.

O presente estudo faz parte do projeto universal “HIV/AIDS: fatores associados à exposição ao risco de infecção em homens que fazem sexo com homens”, que recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (nº parecer 1.892.233) e o aceite formal para realização da pesquisa no Centro de Testagem e Aconselhamento do ADS do RS.

5. Artigos

A presente tese de doutorado se constitui em três artigos científicos que apresentam o percurso de realização do estudo, sendo eles:

- Artigo 1: Economia erótica e fatores relacionados à decisão de uso de preservativos entre homens que fazem sexo com homens (artigo que está em revisão na revista Saúde e Sociedade).
- Artigo 2: Práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens: adaptação de questionário (artigo aceito para publicação na revista Psicologia em Pesquisa).
- Artigo 3: Estudo psicométrico do questionário de investigação sobre práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens – CIPRASEX HSH.

Referências

- Allport, G.W. (1935): “Attitudes”. In: Murchison, G. (Ed.). *Handbook of social psychology*. Worcester, MA, Clark University Press.
- Ayres, J. R., Paiva, V. & Buchalla C. M. (2013). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: Uma introdução. In: Paiva, V.; Ayres, J. R. & Buchalla, A.C. M. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde – da Doença à Cidadania*. Curitiba: Juruá Editora. p. 9-22.
- Ayres, J. R. C. M, França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In.: Czeresnia, D. (Ed.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 121-144.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Orgs.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of experimental social psychology*, 22(5), 453-474.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142–161.
- Albuquerque, G. A., Garcia, C.L, Quirino, G.S., Alves, M. J. H., Belém, J. M., Figueiredo, F. W.S., Paiva, L.S., Nascimento, V. B., Maciel, E. S., Valenti,V. E., Abreu, L. C., & Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(1), 1.
- Alvy, L. M., McKirnan, D. J., Mansergh, G., Koblin, B., Colfax, G. N., Flores, S. A., Hudson,S. (2011). Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1171-1179.
- Antunes, M.C. & Paiva, V.S.F. (2013). Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. *Temas em Psicologia*. 21(3), 1125-1143.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A metaanalytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- Badinter, E. (1993). XY: sobre a Identidade Masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Baele, J., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy. Effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421–431.

- Baptista, C. J., Maciel, A. G., Caldeira, A. P., Tupinambas, U., & Greco, D. B. (2012). Prevalence of juvenile vulnerability factors to DST/HIV/AIDS: study of gender in the North of Minas Gerais, Brazil, 2008-2009/Prevalencia de fatores de vulnerabilidade juvenil as DST/HIV/AIDS: estudo com enfoque de gênero no norte de minas gerais, Brasil, 2008-2009. *Motricidade*, 8(S2), SS177-SS177.
- Bassichetto, K. C., Mesquita F, Zacaro C, Santos E. A., Oliveira SM, Veras M. A. S. M., Bergamaschi, D.P. (2004). Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia positiva para HIV. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 7(3): 302-10.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2005). *Identidade: Entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zohar.
- Bertoni, N., Bastos, F. I. P. M., Mello, M. B. D., Makuch, M. Y., Sousa, M. H. D., Osis, M. J., & Faúndes, A. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 25(6), 1350-1360.
- Beyrer, C., Baral, S. D., Van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 367-377.
- Beyrer, C., & Karim, Q. A. (2013). The changing epidemiology of HIV in 2013. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 8(4), 306-310.
- Boellstorff, T. (2011). But do not identify as gay: A proleptic genealogy of the MSM category. *Cultural Anthropology*, 26(2), 287-312.
- Boily, M. C., Godin, G., Hogben, M., Sherr, L., & Bastos, F. I. (2005). The impact of the transmission dynamics of the HIV/AIDS epidemic on sexual behaviour: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behaviour among men who have sex with men. *Medical hypotheses*, 65(2), 215-226.
- Bourdieu, P.(2014). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância à Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico de DST/Aids*. Brasília.72p.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância à Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas*. Brasília.16p.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília. 68p.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília. 84p.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília. 100p.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília. 64p.

- Bryan, A. D., Aiken, L. S., & West, S. G. (2004). HIV/STD risk among incarcerated adolescents: Optimism about the future and self-esteem as predictors of condom use self-efficacy. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 912–936.
- Brignol, S., & Dourado, I. (2011). Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 423-34.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, 17(1), 77-93.
- Butler, J. (2014). “Regulações de Gênero”. *Cadernos Pagu*, 42(1), 249-274.
- Carrico, A. W., Woolf-King, S. E., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., & Johnson, M. O. (2014). Stimulant use and HIV disease management among men in same-sex relationships. *Drug and alcohol dependence*, 139, 174-177.
- Carvalho, F., Both, N. S., Alnoch, E. M., Conz, J., & Rocha, K. B. (2016) Counselling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: Perception of users and health professionals at a counselling and testing centre in Porto Alegre. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 379-389. doi: 10.1177/1359105316628741.
- Cassel J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*; 64:1040-3.
- Cecarelli, P. (1998). A masculinidade e seus avatares. *Catharsis*, 4(19), 10-11.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U. & Rocha, K. B. (2010) Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 235-245.
- Cheung, S.-F., & Chan, D. K.-S. (2000). The role of perceived behavioral control in predicting human behavior: A meta-analytic review of studies on the theory of planned behavior. Unpublished manuscript. Chinese University of Hong Kong.
- Chinazzo, Í. R., Câmara, S. G., & Frantz, D. G. (2014). Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. *Psico USF*, 19(1), 1-12.
- Cobb S.(1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*; 38:300-14.
- da Silva, L. A. V. (2012). Redução de riscos na perspectiva dos praticantes de barebacking: possibilidades e desafios. *Revista Psicologia & Sociedade*, 24(2).
- da Fonte, V. R. F., Pinheiro, C. O. P., Barcelos, N. S., Costa, C. M. A., Ribeiro, F. M. T., & Spindola, T. (2017). Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enfermería Global*, 16(46), 50-93. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>
- Davis, M. (2002). HIV prevention rationalities and serostatus in the risk narratives of gay men. *Sexualities*, 5, 281–299.
- De Boni, R., Veloso, V. G., & Grinsztejn, B. (2014). Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 9(2), 192-198.

- Dini, M.G., Quaresma R.M., Ferreira, M.L. (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. Escola Paulista de Medicina. *Rev Soc Bras Cirurgia Plástica*, 19(1), 41-52.
- Eggers, S. M., Taylor, M., Sathiparsad, R., Bos, A. E., & de Vries, H. (2013). Predicting safe sex: Assessment of autoregressive and cross-lagged effects within the Theory of Planned Behavior. *Journal of health psychology*, 1359105313512354.
- Ew, R. A. S., Conz, J., Farias, A. D. G. O., Sombrio, P. B. M., Rocha, K. B. (2017). Diálogos sobre sexualidade na escola: uma intervenção possível. *Psicologia em Pesquisa* (UFJF), 11, 51-60.
- Ew, R. A. S., Ferreira, G. S., Moro, L. M., Rocha, K. B. (2018). Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde (online)*, 31, 1.
- Ew, R.A.S., Martinez, J.M., Carvalho, F.T., & Rocha, K.B. (no prelo). Práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens: adaptação de questionário. *Revista Psicologia em Pesquisa*.
- Fernández-Dávila, P. (2007). Amigos con derecho a roce: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 21(6), 471-478.
- Ferreira, T., Salgado, J., Cunha, C. (2006). Ambiguity and the dialogical self: In search for a dialogical psychology. *Estudios de Psicologia*, 7(1), 19-32.
- Figueiredo, W. D. S. (2008). *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária* (Tese doutoral, Universidade de São Paulo).
- Fioravante, C. (2012). Aids ainda longe do controle. *Pesq FAPESP [Internet]*, 200, 62-7. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2012/10/11/AIDS-ainda-longe-do-controle/>
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Foucault, M. (1990). História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal.
- Fritz, K., Morojele, N., & Kalichman, S. (2010). Alcohol: the forgotten drug in HIV/AIDS. *Lancet*, 376(9739), 398.
- Gergen, K. J. (1996). Realidades y relaciones. Barcelona: Paidós.
- Giddens A. (1987). La teoria de la acción comunicativa. Madrid: Taurus.
- Giddens A. (1989). A Constituição da Sociedade. Sao Paulo: Martins Fontes.
- Gomes, A.M.T., Silva, E.M.P., Oliveira, D.C.(2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 1-8.
- Gomes, R. R. F. M., Ceccato, M. G. B., Kerr, L. R. F. S., & Guimarães, M. D. C. (2017). Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10), e00125515. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00125515>

- Gomes, A. I. C. S., & Nunes, M. C. S. (2017). Predicting Condom Use: A Comparison of the Theory of Reasoned Action, the Theory of Planned Behavior and an Extended Model of TPB. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, e33422. doi:10.1590/0102.3772e33422
- Gondim, R. C., Kerr, L. R. F. S., Werneck, G. L., Macena, R. H. M., Pontes, M. K., & Kendall, C. (2009). Risky sexual practices among men who have sex with men in Northeast Brazil: results from four sequential surveys. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1390-1398.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. D. S., Oliveira, I. C. P. D., Dias, M. R., Gouveia, R. S., & Andrade, P. R. D. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 19(3), 241-248.
- Grangeiro, A., Ferraz, D., Calazans, G., Zucchi, E.M., Díaz-Bermúdez, X.P. (2015). O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (Suppl 1), 43-62.
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C.S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E. & Lopes, C.S. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625-634.
- Guimarães, M. D. C., Ceccato, M. D. G. B., Gomes, R. R. F. M., Rocha, G. M., Camelo, L. D. V., Carmo, R. A., & Acurcio, F. D. A. (2013). Vulnerabilidade e fatores associados com HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4).
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H. (2002). The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7, 283-297.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., Black, W. C. (2005). Análise multivariada de dados. São Paulo: Bookman.
- Hall, S. (2001). A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A.
- Haraway, D. (1993) "O humano numa paisagem pós-humanista". Trad. Marcos Santarrita. *Estudos Feministas*, 1(2), 277-292.
- Hamann, C.; Ew, R. A. S. ; Pizzinato, A. (2017). Homens que fazem sexo com homens: uma categoria de inclusão ou apagamento? In: Marlene Neves Strey; Sabrina Cúnico. (Org.). Teorias de Gênero: feminismos e transgressão. 1ed.Porto Alegre: Edipucrs, 1, 151-171.
- Heidemann, L.A., Araujo, I.S., & Veit, E. A. (2012). Um referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, 7(1).
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.

- Hermans, H. J. M. (2001). The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture & Psychology*, 7(1), 323-365.
- Hermans, H. J. M. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16(1), 89-130.
- Italia, W. F. P., & Oducado, R. M. F. (2014). Men Who Have Sex With Men (MSM) in Iloilo City, Philippines: Profile, Sexual History, Level of Knowledge About HIV/AIDS and Sexual Risk-Taking Behaviors. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research*, 2(6), 125-132.
- Julio, R. S., Friedman, R. K., Cunha, C. B., De Boni, R. B., Cardoso, S. W., Torres, T., ... & Grinsztejn, B. (2015). Unprotected Sexual Practices Among Men Who Have Sex with Women and Men Who Have Sex with Men Living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro. *Archives of sexual behavior*, 44(2), 357-365.
- Kerr, L. R., Mota, R. S., Kendall, C., Pinho, A. D. A., Mello, M. B., Guimaraes, M. D., & Rutherford, G. (2013). HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, 27(3), 427-435.
- Khan, S., & Khan, O. A. (2006). The trouble with MSM. *American Journal of Public Health*, 96(5), 765.
- Kirby, T. (2015). New HIV diagnoses in MSM in high-income countries. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(1), 23-24.
- Kluwe-Schiavon, B., Viola, T. W., & Grassi-Oliveira, R. (2016). Cross-cultural adaptation of the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale to Brazilian Portuguese. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 38(1), 33-39.
- Lipovetsky, G. (2006). A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.
- Louro, G.L. (2011). Educação e docência: diversidade, gênero e sexualidade. *Formação Docente*, 4(1), 1-6.
- McCarty-Caplan, D., Jantz, I., & Swartz, J. (2014). MSM and drug use: A latent class analysis of drug use and related sexual risk behaviors. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1339-1351.
- Maio, G. R., & Haddock, G. (2010). The psychology of attitudes and attitudes change. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Martín, M. J. (2003). *Violencia Juvenil Exogrupal: hacia la construcción de um modelo causal*. Segundo Premio Nacional Ex Aequo de Investigación Educativa 2003. Modalidad Tesis Doctorales. Centro de Investigación e Documentación Educativa – CIDE. Ministerio de Educación Y Ciencia
- Martín, M. J., Martínez, J. M. y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana Salud Publica*, 29(6):433–443.
- Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A. & Fajardo, J. F. (2009). Bioestadística Amigable. 2 ed. Diaz de Santos.

- Matos, E. B. D., Veiga, R. T., & Reis, Z. S. N. (2009). Condom use intention among young students in Belo Horizonte: an alert to gynecologists. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(11), 574-580.
- Monteiro, S., Brandão, E., Vargas, E., Mora, C., Soares, P., & Daltro, E. (2014). Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 137-46.
- Moutinho, L. (2014). Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. *Cadernos Pagu*, 42, 201-248.
- Paiva, V. (2012). A Dimensão Psicossocial do Cuidado. In: Paiva, V.; Calazans, G. & Segurado, A. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde – Entre Indivíduos e Comunidade*. Curitiba: Juruá Editora, p. 42-71.
- Parker, R. (2002). *Abaixo do Equador: Culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil*. Rio de Janeiro: Record.
- Parker, R. (2012). Estigma, preconceito e discriminação na saúde pública global. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 164-169.
- Parker, R. & Camargo Jr., K.R. de. (2000). Pobreza e HIV/IST: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Supl. 1), 89-102.
- Pérez, G., Martí-Pastor, M., Gotsens, M., Bartoll, X., Diez, E. y Borrel, C. (2015). Salud y conductas relacionadas con la salud según la atracción y la conducta sexual. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 135–138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.013>.
- Pereira, B. D. S., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Costa, H. S. D., Silva, C. A. L. D., & Sampaio, V. S. (2014). Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 747-758.
- Piscitelli, A., Gregori, M. F., & Carrara, S. (2004). *Sexualidade e Saberes*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014, publicada no DOU de 09/06/2014 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima.
- Protoogerou, C., Flisher, A. J., Wild, L. G., & Aarø, L. E. (2013). Predictors of condom use in South African university students: a prospective application of the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(S1), E23-E36.
- Rago, M. (1998). *Epistemologia feminista, gênero e história: Masculino, feminino, plural*. Florianópolis: Ed. Mulheres.
- Ricoeur, P. (1997). *Tempo e Narrativa (Tomo III)*. São Paulo: Papyrus.
- Roazzi, A.: Almeida, N.D.; Nascimento, A.M.; Souza, B.C.; Souza, M.G.T.C.; Roazzi, M.M. (2014). Da Teoria da Ação Racional à Teoria da Ação Planejada: modelos para explicar e prever o comportamento. *Revista Amazônica*, 13(1), 175-208.
- Rocha, K. B.; Barbosa, L. H. ; Barboza, C.Z ; Carvalho, F. T. ; Cerqueira-Santos, E. ; Hermel, J. S. ; Moura, A.S. (2009). Attitudes and Perceptions of the Brazilian Public Health System by Transgender Individuals. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 10, 1-10.

- Rocha, K. B., Ew, R. A. S., Moro, L. M., Zanardo, G. L. P., Pizzinato, A. (2018). Counselling through the perspective of professionals of primary health care: challenges of decentralization of rapid test for HIV/Aids. *Ciencias Psicológicas*, 12, 67-78. doi: 10.22235/cp.v12i1.1597
- Rocha, G. M., Gomes, R. R. D. F. M., Camelo, L. D. V., Ceccato, M. D. G. B., & Guimarães, M. D. C. (2013). Sexo anal receptivo desprotegido entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4), 423-431. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130069>
- Rolnik, S. (1997). Guerra dos gêneros e guerra aos gêneros. *Revista Estudos Feministas*, 4(1), 118-123.
- Salazar, L. F., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S., y Oh, M. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science*, 5, 137-149.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 843-851.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20(2), 71-99.
- Semple, S. J., Stockman, J. K., Goodman-Meza, D., Pitpitan, E. V., Strathdee, S. A., Chavarin, C. V., ... & Patterson, T. L. (2016). Correlates of Sexual Violence Among Men Who Have Sex With Men in Tijuana, Mexico. *Archives of sexual behavior*, 1-13.
- Simms, D. C., & Byers, E. S. (2013). Heterosexual daters' sexual initiation behaviors: Use of the theory of planned behavior. *Archives of sexual behavior*, 42(1), 105-116.
- Siqueira, M. J. (1997). A Constituição da Identidade Masculina: Alguns Pontos para Discussão. *Psicologia USP*, 8(1), 113-130.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.
- Souza, E. R. (2005). Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 59-70.
- Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior? *Zeitschrift für Psychologie*, 224 (3), 216-233. doi:10.1027/2151-2604/a000255
- Sullivan, P. S., Jones, J. S., & Baral, S. D. (2014). The global north: HIV epidemiology in high-income countries. *Current opinion in HIV and AIDS*, 9(2), 199-205.
- Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *Plos One*, 10(2), e0117423.
- Teodoro, M. L., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 27-39.

- Torrão Filho, A. (2005). Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, 24, 127-152.
- Træen, B., Hald, G.M., Noor, S.W., Iantaffi, A., Grey, J. & Rosser, B.R.S. (2014). The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International Journal of Sexual Health*, 26, 13–24. doi: 10.1080/19317611.2013.823900.
- Træen, B., & Gravningen, K. (2011). The Use of protection for sexually transmitted infections (STIs) and unwanted pregnancy among Norwegian heterosexual young adults 2009. *Sexuality & Culture*, 15, 195–212.
- Tyson, M., Covey, J., & Rosenthal, H. E. (2014). Theory of planned behavior interventions for reducing heterosexual risk behaviors: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(12), 1454.
- UNAIDS. 2013. *A ONU e a resposta à AIDS no Brasil*. Brasília: UNAIDS.
- UNAIDS. 2014. *The gap report*. Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS. 2015. *90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*. Brasília: UNAIDS.
- UNAIDS. 2018. *Miles to go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices*. Switzerland: UNAIDS.
- Van Griensven, F., & Van Wijngaarden, J. W. D. L. (2010). A review of the epidemiology of HIV infection and prevention responses among MSM in Asia. *AIDS*, 24, S30-S40.
- Van Griensven, F., Van Wijngaarden, J. W. D. L., Baral, S., & Grulich, A. (2009). The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 4(4), 300-307.
- Vicente, D. D., & Souza, L. (2006). Razão e sensibilidade: ambiguidades e transformações no modelo hegemônico de masculinidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58(1), 21-34.
- Vigoya, M. V. (2008). Memorias del 1er. Encuentro Latinoamericano y del Caribe La sexualidad frente a la sociedad. México, D.F, 2008.
- Vigoya, M. V. (2011). Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades: Dilemas y desafíos recientes. *La manzana de la discordia*, 2(4), 25- 36.
- Virilio, P. (1996). *Velocidade e Política*. São Paulo: Estação da Liberdade.
- Weiser, S. D., Leiter, K., Heisler, M., McFarland, W., Percy-de Korte, F., DeMonner, S. M., & Bangsberg, D. R. (2006). A population-based study on alcohol and high-risk sexual behaviors in Botswana. *PLoS Med*, 3(10), e392.
- Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas*, 9(2), 460-482.
- Woolf-King, S. E., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., Carrico, A. W., & Johnson, M. O. (2014). Alcohol use and HIV disease management: the impact of individual and partner-level alcohol use among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS care*, 26(6), 702-708.

- Xavier, A. C. M. (2005). *Comportamento sexual de risco na adolescência: Aspectos familiares associados* (Doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- Young, R. M., & Meyer, I. H. (2005). The trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *American journal of public health*, 95(7), 1144-1149.
- Yu, G., Wall, M. M., Chiasson, M. A., & Hirshfield, S. (2015). Complex drug use patterns and associated HIV transmission risk behaviors in an Internet sample of US men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 44(2), 421-428.
- Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81(5), 572-575.

Artigo 1: Economia erótica e fatores relacionados à decisão de uso de preservativos entre homens que fazem sexo com homens

Erotic economics and factors related to the decision to use condoms between men who have sex with men⁵

Resumo

O objetivo do estudo é analisar, a partir da vivência de homens que fazem sexo com homens, quais são os aspectos que influenciam na decisão de usar ou não o preservativo. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório com 20 homens, maiores de 18 anos, usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento em Porto Alegre. O material foi produzido a partir de entrevistas semiestruturadas e analisado sob a perspectiva da análise discursiva. Consideraram-se dois eixos: economia erótica - o valor do outro como fator decisório no uso de preservativos; e fatores psicossociais constituintes da gestão de risco no uso de preservativos. O estudo demonstrou que interferem no processo de negociação: a boa aparência do parceiro, a classe social a qual pertence e relações com maior exclusividade e confiabilidade. Ainda, a autoestima, desejo de relação romântica, controle sorológico, apoio familiar e contexto histórico social, são fatores que impactam o estabelecimento de estratégias preventivas, relacionados à constituição da gestão de risco.

Palavras-chave: Homossexualidade masculina, Comportamento de redução do risco, Preservativo, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Abstract

The objective of the study is to analyze, from the experience of men who have sex with men, what are the aspects that influence the decision to use or not to use condom. This is a qualitative, exploratory study with 20 men, over 18 years old, clients of a Testing and Counseling Center in Porto Alegre. The material was produced from semi-structured interviews and analyzed from the perspective of discursive analysis. Two axes were considered: erotic economy - the value of the other person as a decisive factor in the use of condoms; and psychosocial factors that constitute the risk management in the use of condoms. The study showed that they interfere in the negotiation process: good looking partner, social class and relations with more exclusivity and reliability. Besides that, self-esteem, desire for romantic relationship, serological control, family support and historical social context, are

⁵ Este trabalho recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

factors that impact the establishment of preventive strategies, related to the constitution of the risk management.

Keywords: Homosexuality male, Risk reduction behavior, Condoms, Sexually Transmitted Diseases.

Introdução

Nossa interação social e a forma como reconhecemos nosso corpo estão atravessados por um conjunto de agenciamentos coletivos relacionados com a maneira que concebemos a sexualidade a partir de determinadas normativas. Louro (1999) escreve sobre as pedagogias da sexualidade e como de algum modo somos educados, ensinados a viver a sexualidade a partir do que é considerado, “normal”, “natural”. A sexualidade neste sentido poderia ser compreendida como uma construção sócio histórica e cultural, inscrita nos corpos dos sujeitos mediante uma pedagogia com vistas à “normalidade” e a heterossexualidade compulsória (Louro, 1999).

A sexualidade entre pessoas do mesmo sexo ao longo do século XIX deixou de ser apenas uma prática sexual, a qual qualquer um poderia estar sujeito, para se transformar em uma definição identitária estável. Apesar de ser questionável a oposição decorrente da identificação entre gays e heteros, a categoria nominativa homossexual auxiliou na descrição e organização dessa experiência (Sedgwick, 2007).

Segundo Bensusan (2006), os modos de viver a sexualidade e o desejo quando desconsiderados do campo político, passam a ter seu reconhecimento restrito à vida privada dos sujeitos. Isto é, os elementos da sexualidade deixam de ser uma problemática política e recaem para um olhar de privacidade individual. Em contrapartida, quando a sexualidade passa a ser reconhecida como sendo da esfera pública, ela se torna objeto político de atenção e cuidado (Bensusan, 2006).

Brah (2005) analisa a sexualidade como um importante marcador social, compreendendo o conceito de marcador como uma forma de categorização identitária que remete a possibilidades ou limitações de força nas relações sociais. Na distribuição de poder no tecido social, a sexualidade se intersecciona com outros marcadores sociais como classe, raça/etnia, gênero, idade. A autora destaca a importância de um olhar não essencialista e estereotipado para estes diferentes aspectos da vida, para que não se atribua necessidades comuns a grupos heterogêneos (Brah, 2005 e 2013). A interseccionalidade nesse sentido, opera na articulação de diferentes marcadores que conforme posicionados e agenciados irão constituir e situar as pessoas no tecido social (Piscitelli, 2008).

Seffner e Parker (2016), a partir da noção de precarização da vida de Judith Butler (2006), analisam as estratégias de prevenção relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil. Neste contexto, os autores destacam o desejo como público e político, na medida em que permite um olhar para a vulnerabilização de determinados corpos em detrimento de outros. A vulnerabilidade de alguns corpos ocorre quando existe a valorização e precarização de marcadores sociais em relação a outros mediante relações de poder (Seffner; Parker, 2016).

Esta maior ou menor valorização diz respeito a uma oferta de interesses que consolidam relações baseadas em desejos balanceados por características e condições que apresentam maior valor para o estabelecimento das relações (Souza Neto; Rios, 2015). O desejo apresenta, portanto, características privadas, mas também públicas e que estão relacionadas com os marcadores sociais - gênero, raça, classe, etnia, sexualidade, corpo (Bensusan, 2006).

Nesse sentido, os modos de viver a sexualidade e o desejo são balizados por jogos de poder (Foucault, 2004) e negociações valorativas que permeiam as relações (Souza Neto; Rios, 2015), o que nesse contexto do estudo será chamado de economia erótica. Assim, o desejo também ocorre dentro de uma economia na qual os marcadores sociais ofertam maior ou menor interesse entre os sujeitos.

Logo, para compreensão de como se estabelecem as negociações quanto ao uso ou não de preservativos entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e como se estabelecem as relações de autonomia e escolha diante dessas relações, é preciso identificar suas características e especificidades (Antunes; Paiva, 2013). Assim, para além dos anseios prescritivos da saúde, é preciso conhecer as questões que estão presentes dentro do contexto erótico e que interferem na gestão dos riscos em não usar preservativos (Carvalho et al., 2016). Entende-se gestão de risco como sendo estratégias que partem da autonomia e protagonismo das pessoas em fazerem escolhas, de acordo com seu interesse em proteger-se e com as informações que acessam (Leite; Murray; Lenz, 2015).

Alguns estudos apontam modos de ser HSH e que são identificados como mais atrativos que outros (Antunes; Paiva, 2013; Martín; Martínez; Rojas, 2011). Souza Neto e Rios (2015) consideram que o desejo também é construído dentro de um tecido social hierárquico e no qual as relações de poder estão colocadas. Assim são identificadas características valorativas relacionadas à virilidade, classe, feminilidades e masculinidades, posições sexuais (como ativa e passiva) e corpo. Estas características estariam vinculadas a posições identitárias como *boy bicha*, *boy flex*, *boy ativo* (Souza Neto; Rios, 2015). Além

disso, “estar apaixonado” e a garantia do uso de antirretrovirais para tratamento contínuo do HIV, poderiam também ser moedas de negociação (Antunes; Paiva, 2013) nesta economia.

A partir do anteriormente exposto, o presente estudo se justifica pela importância de buscar compreender como a gestão de risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), relacionada ao uso de preservativo, acontece nas relações entre HSH. O objetivo do estudo é analisar como acontece a gestão de risco relacionada ao uso ou não de preservativo, a partir das vivências de HSH, considerando que os diferentes marcadores sociais e as relações de poder influenciam neste processo decisório.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e analítico em que participaram 20 homens, usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento localizado em Porto Alegre. Os participantes, todos maiores de 18 anos, foram convidados pela equipe de aconselhadores do serviço à medida que procuravam o serviço para realização do teste rápido para o HIV e outras IST. Todos os participantes foram identificados por P1, P2 e assim consecutivamente, para que estivesse assegurado seu anonimato nesta pesquisa. No Quadro 1 constam as características dos participantes.

Quadro 1. Descrição sociodemográfica dos participantes.

Participante	Idade	Estado civil	Raça/cor	Escolaridade	Ocupação	Uso do preservativo
P1	56	solteiro	branca	8 a 11 anos	vigilante	usou somente com parceiro eventual
P2	24	solteiro	branca	12 anos a mais	estudante	usou em 50% das relações com parceiros eventuais
P3	18	casado	branca	8 a 11 anos	vendedor	há dois meses não usa com o parceiro fixo
P4	33	solteiro	branca	8 a 11 anos	comerciante	usou regularmente com todos os parceiros
P5	50	solteiro	branca	8 a 11 anos	receptionista	não tem feito sexo
P6	22	solteiro	branca	12 anos a mais	estudante	usou menos de 50% das relações com todos os parceiros
P7	19	solteiro	branca	8 a 11 anos	barman	não usou preservativo com o parceiro fixo
P8	23	solteiro	parda	12 anos a mais	estudante/aux. administrativo	usou sempre com todos os parceiros
P9	34	casado	branca	8 a 11 anos	cozinheiro/aux. administrativo	não usou preservativo com o parceiro fixo
P10	35	casado	branca	12 anos a mais	estudante	não usou com regularidade com o parceiros fixo
P11	33	solteiro	branca	12 anos a mais	radialista	usou sempre com todos os parceiros
P12	26	solteiro	branca	12 anos a mais	arquiteto	não usou com o parceiro fixo
P13	35	solteiro	parda	12 anos a mais	técnico de informática	usou mais de 50% das vezes com parceiro eventual
P14	21	solteiro	branca	12 anos a mais	estudante	usou sempre com todos os parceiros
P15	22	solteiro	preta	8 a 11 anos	vendedor	não usou com o parceiro fixo
P16	20	solteiro	branca	12 anos a mais	analista de sistemas	usou regularmente com todos os parceiros
P17	19	solteiro	branca	8 a 11 anos	estudante	usou regularmente com todos os parceiros
P18	39	solteiro	parda	12 anos a mais	técnico de farmácia	não usou preservativo com todos os parceiros
P19	37	solteiro	branca	12 anos a mais	historiador	usou sempre com todos os parceiros
P20	21	casado	preta	8 a 11 anos	estudante	usou mais de 50% das vezes com parceiro fixo

A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada, cujas temáticas norteadoras foram: 1) aspectos que podem facilitar e dificultar o uso de preservativo; 2) as consequências de fazer sexo sem preservativo; 3) pessoas que podem influenciar no uso e no não uso do preservativo. A entrevista foi realizada após o aconselhamento pré-teste rápido de HIV. A duração média das entrevistas foi de 30 a 40 minutos, no período em que os usuários aguardavam o resultado do exame e o aconselhamento pós-teste. A condução das entrevistas foi realizada por uma doutoranda em psicologia durante os meses de novembro de 2016 a janeiro de 2017, todas sendo gravadas e transcritas posteriormente. Foram convidados 23 usuários e 20 deles aceitaram realizar a entrevista.

O material produzido a partir das entrevistas semiestruturadas foi analisado sob a perspectiva da análise discursiva de Van Dijk (2008) considerando as dimensões envolvidas na gestão da prática de sexo seguro associadas às relações de poder na negociação para o uso do preservativo. Neste sentido, operou-se com a criação de eixos que demonstravam as articulações discursivas sobre o uso de preservativos nas relações sexuais com a atualização acerca dos critérios estabelecidos para o sexo seguro e inseguro.

A pesquisa considerou os aspectos éticos exigidos na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido o projeto previamente aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade X (Nº do parecer) e da Instituição participante.

Resultados e discussão

Os eixos que conduzem a análise foram construídos a partir da forma como os participantes discorreram nas entrevistas sobre os fatores que influenciavam no processo de avaliação e na decisão do uso de preservativos nas relações sexuais. A partir desta análise, considerou-se os seguintes eixos: economia erótica - o valor do outro e de si como fator decisório no uso de preservativos; e fatores psicossociais constituintes da gestão de risco no uso de preservativos.

Economia Erótica: o valor do outro como fator decisório no uso de preservativos

Os participantes ao serem perguntados sobre quais fatores que influenciariam o uso ou não uso de preservativos, passam a descrever quais características dos parceiros eram determinantes neste processo decisório. Entre elas está a “tesão”, que neste estudo é

compreendida não como algo natural, mas como essa noção de desejo se produz e incorpora elementos sociais no seu agenciamento e na gestão de riscos.

Neste sentido, as pedagogias da sexualidade (Louro, 1999), se mostram presentes na construção dessa economia e no modo como o desejo é naturalizado na socialização dos corpos. A própria tesão, ou falta dela, pode ter efeitos no uso do preservativo: *“Boy chato, sem pegada, facilita o uso da camisinha ... Muita tesão, vai sexo sem camisinha”* (P7). Assim, podemos identificar a presença de processos que podem ser nominados como não racionalizados ou automatizados em relação ao não uso de preservativos (Bensusan, 2004).

Há uma classificação do grau de atratividade e interesse entre parceiros que irão modular a flexibilidade e disponibilidade em acatar nas relações sexuais as solicitações para não uso do preservativo. Assim o “boy chato” é aquele que está fora do escopo do padrão atribuído a parceiros idealizados, correspondendo a uma designação cunhada dentro do cenário homoerótico, pertencendo a um contexto cultural compartilhado. Essas designações vão sendo mencionadas ao longo das entrevistas e ao mesmo tempo em que descrevem os sujeitos, elas também delineiam atributos de classificação que envolvem classe, postura e modo de vida. É como observamos na fala a seguir:

Eu já fiz sexo sem preservativo e às vezes desempenho um papel na hora da decisão que é identificar se a pessoa tem cara de quem tem ou não DST, e isso é uma coisa que obviamente não existe. Mas no fim das contas se for alguém que não sai com muita gente ou que estava em um relacionamento há muito tempo, penso que provavelmente não se expôs a muita coisa (P6).

A expressão a “Cara de DST” é a configuração explícita do processo de triagem e das relações de poder que se estabelecem entre as pessoas no sentido de atribuir graus de negociação sobre quais práticas serão performadas no ato sexual e, a partir disso, identificar o potencial de risco que o outro o expõe. Bensusan (2004) menciona que o desejável se articula através de propriedades que erotizam relações de poder, estando presentes o desejo de dominar e submeter, caracterizando o regime do desejo.

A questão da boa aparência, associada a não identificação de pobreza, é um fator de impacto sobre o processo decisório em relação ao uso de preservativo. Se é bonito, não apresenta risco. Nesta direção um participante refere: *“Se o Brad Pitt chegasse e dissesse: ‘eu quero fazer sexo sem camisinha’, eu já considero diferente. É engraçado isso, porque a pessoa bonita não tem Aids”* (P14). Nesse sentido as ideias de beleza e de classe social podem aparecer interseccionadas. Mesmo tendo crítica sobre essa avaliação, o participante P6 identifica esta dinâmica: *“Se for alguém que tem uma cara do tipo o padrão da novela e tal,*

você não vai achar que ele tem DST, né? Então, acaba que isso influencia no uso e no não uso” (P6).

Assim, estar “bem cotado na bolsa de valores da economia erótica” facilita no encontro de alguém para fazer sexo sem preservativo. Foucault (2004) pontua que a subjetivação decorre de um processo de vigilância e controle, que está no centro da produção da tecnologia de si mesmo e que se traduz na busca da verdade de si por meio de complexas relações com o outro. A partir da fala dos participantes também é possível analisar que a beleza também se intersecciona com outros marcadores sociais, como a classe social, “a boa roupa”, “a boa cútis”. Nesta direção os participantes referem:

Olho para a aparência da pessoa, uma boa roupa, uma boa cútis: ‘não, não tem nada’. E não é o que realmente condiz com a vida hoje em dia (P9).

Se a pessoa é feia, é óbvio que eu vou usar camisinha. É terrível, mas é verdade. Sou um pouco preconceituoso na verdade (P13).

Em relação ao poder de escolha o P14 na sua narrativa refere que o fato de ser branco, universitário, já ter morado fora do país e ser bonito, lhe confere poder e autonomia nas decisões. Ele menciona: *“Se eu quiser fazer sexo sem preservativo não é tão difícil, sabe”?* Nesse sentido, pode-se identificar que os atributos protetivos percebidos em relação ao HIV nas relações entre HSH estão fortemente atravessados por questões referentes a boa aparência que associam aspectos de beleza e imputação de saúde. O que faz parte de uma economia erótica que constitui e afeta as relações entre as pessoas, de forma a não se restringir ao campo de relações privadas. Neste contexto, surge o que Brah (2005) menciona sobre a importância de compreender como aspectos raciais e sexistas atuam como marcadores ativamente operantes nas subjetividades e identidades ao estabelecer dinâmicas de poder que constituem diferenciação social. De modo que, ao descrever o outro sobre determinadas características, essas irão corresponder a circunstâncias econômicas, políticas e culturais que significam atribuições hierárquicas de posicionamento social de dominação e subordinação, tecidas nas narrativas coletivas compartilhadas nas comunidades (Brah, 2005).

A noção de risco associada ao não uso de preservativo aparece fortemente vinculada não somente à aparência, mas também à promiscuidade atribuída ao outro, como menciona P11: *“Quando o cara pede para ejacular na boca, eu acho que ele é um promíscuo, e acho que é uma lata de lixo”*. Essa fala sugere que determinadas *performances* no ato sexual podem ser associadas a um estado de submissão que não se restringem a cena erótica e sim passam a qualificar os próprios sujeitos envolvidos. É o que Bensusan (2006) menciona acontecer quando há uma despersonalização do outro na cena erótica, em que a semelhança

do que a pornografia ensina, separa-se o ato sexual da história pessoal do outro, o que está em evidência é o corpo que socialmente se aprende a desejar, sem uma cara, uma personalidade. Assim a pornografia com a erotização de determinados corpos são uma disciplinarização dos desejos e construção seriada de plataformas políticas.

Antunes e Paiva (2013) descrevem a sexualidade apresentando redes relacionais complexas, cujas interações apresentam assimetrias na distribuição de poder. Essa avaliação do outro também vai interferir no investimento e disponibilidade em tornar-se ou apresentar-se como alguém com maior valor para o parceiro, é o que vemos na fala do participante a seguir:

Quando tenho parceiro mais fixo, eu compro o preservativo. Aí eu escolho o preservativo que eu gosto. Porque eu tenho um apego maior à pessoa. É que pega mal usar preservativo do SUS, porque já pensa que o cara é putanheiro, que transa com muitas pessoas. Só que todo mundo transa com muitas pessoas, mas não pega bem (P13).

Aqui aparece o marcador social de classe, que está associado ao uso de preservativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro do cenário cultural ser usuário do SUS já é um indicador social de pertencer a uma classe social menos privilegiada, tendo em vista que para a população esse se caracteriza ser um “plano de saúde para os pobres” (Martins et al., 2011). Nessa perspectiva usar esse tipo de preservativo, segundo o participante, depõe de forma negativa duplamente, uma vez que pode ser associado tanto à falta de recursos financeiros, como à promiscuidade ao utilizar o termo “putanheiro”. Elencar maior ou menor valor para os parceiros gera nas relações situações de triagem em que são atribuídos graus de risco para relações sexuais, o que irá modular o uso e não uso de preservativos, associados a uma dinâmica de valoração e descarte do outro. É o que se pôde verificar quando os participantes analisavam seus parceiros potenciais no sentido de serem ou não promíscuos.

No discurso, a configuração da erótica esquece os aspectos relacionais e se foca numa autonomia privada das relações de forma a polarizar fidelidade e promiscuidade, que são tomadas como fatores protetivos e de exposição, ancorados na valorização a ser atribuída aos parceiros fixos, com o estabelecimento de responsabilização dos mesmos pelo risco de ser infectado pelo HIV. Para Bensusan (2006) essa separação entre público e privado vai interessar a quem no privado dispõe de privilégios, ou seja, irá aumentar a condição favorável de negociação, em relação aos parceiros sexuais, por parte de quem dispõe na coletividade condição privilegiada de seus atributos.

Formatos padronizados de acordo com o modelo heteronormativo, operam como outro fator de valoração das relações e, tem o propósito de tornar a homossexualidade aceitável (Oliveira, 2013). Por outro lado, para alguns participantes compreende-se que ser hetero que transa com homens é algo desejável, especialmente quando se trata de um homem casado.

Homem casado, eu acho que isso me dá uma segurança maior. Teoricamente quem tem uma família, na vida paralela vai ter um cuidado muito maior, porque tem família, esposa, enfim. Eu imagino que não vá se expor tanto e correr tanto risco assim (P18).

Há uma caracterização do homem casado como alguém que irá desenvolver relações homoeróticas com maior exclusividade e consequentemente, confiabilidade. Na análise dos participantes o homem casado seria mais prudente na escolha de suas relações tendo em vista que seus riscos e vulnerabilidade seriam maiores do que os demais, isto porque, além do risco de afetar suas relações conjugais mediante a IST, também estaria sob risco de rompimento da construção da própria identidade sustentada socialmente.

Diante deste contexto, é possível retomar o que Foucault (2004) considera sobre viver em um mundo social, institucional e legal, cujas possibilidades de relações encontram-se empobrecidas. Trata-se de pensar como outras relações entre indivíduos podem ser validadas e beneficiadas por vantagens sociais que até o momento somente são atribuídas às relações de casamento e de parentesco (Foucault, 2004).

Bensusan (2006) também menciona que os corpos são constituídos da confluência da comunidade, da subjetividade e do ambiente em que vivemos. Assim, ao confluírem essas três dinâmicas é que são produzidos os desejos. Os desejos fazem parte de uma construção social, sendo produtos de agenciamentos, ou seja, da capacidade de ações mediadas culturalmente. Ao identificar que os desejos são suscetíveis de serem colonizados e que fazem parte da economia erótica, torna-se possível considerar que estes mesmos desejos possam ser problematizados.

Fatores psicossociais constituintes da gestão de risco no uso de preservativos

Os participantes também referiram a autoestima e humor, como estando relacionados com a gestão de risco e uso de preservativo. Um dos participantes refere que diante da depressão, autoestima baixa e sentimento de inferioridade, transar com muitos pode ser uma forma “*de sentir o ego inflado*” (P6). Assim, o sexo em si pode ser considerado uma estratégia para se sentir valorizado. Conforme menciona o P14: “*meio que um vício sabe,*

quando vi que o resto da minha vida não dava certo, pelo menos eu conseguia controlar o quanto eu ia transar”.

Guatarri e Rolnik (2013) mencionam que desejo na subjetividade capitalística fica reduzido à uma espécie de apropriação do outro. Descrevem que em oposição às relações afetivas simbióticas, é possível constituir-se um contexto de desterritorialização afetiva, que se caracteriza como processo de intensidade fugaz, que logo se consome, de forma a constituir o outro como descartável; podendo gerar o que nomeiam como “miséria celibatária”, ao inviabilizar a criação de outros envolvimento (Guatarri; Rolnik, 2013).

A identificação de carência evidencia um aumento do risco em não avaliar as consequências das ações, conforme menciona P11: *“se a gente vai numa festa e a gente está bem atendido sexualmente, tu não te lanças na primeira”*. Nessa mesma direção, a segurança do outro, a persuasão, frente ao sentimento de inferioridade tornam a pessoa mais suscetível ao não uso de preservativo:

Tem pessoas que eu acho que elas são bem seguras assim, mesmo que em linhas teóricas elas tenham tido mais parceiros, mas elas ficam seguras. E daí meio que te convencem que tu está errado, que é só uma preocupação (P14).

Dessa maneira, o sentimento de inferioridade aparece associado ao estigma social imposto através de um conjunto de experiências de rejeição, agressão, violência, que se expressam por meio de ações negativas motivadas pela orientação sexual. E esse processo de precarização e desvalorização das pessoas podem gerar situações de vulnerabilidade (Seffner; Parker, 2016), é o que pode ser observado na seguinte fala:

Geralmente os mais exigentes são esses bonitões que ficam nas danceterias GLS, eles sabem que eles têm um poder de sedução, por terem corpo malhado, por serem grandões e tal. Quando eles pegam as bichinhas feinhas, que até às quatro horas da manhã não pegaram ninguém, eles podem exigir o que eles quiserem. Eu vejo que os meus amigos mais feinhos foram os primeiros que pegaram HIV, os gordinhos, pela questão deles se sentirem inferiores e tal. Se a pessoa for mais bonita e exigir que seja sem preservativo, eles fazem sem, só para não perder a oportunidade, tem aquela baixa estima. Tem amigos meus bem bonitões, que se cuidam muito e não ficam com qualquer um, conseguem escolher deixar mais seleta a coisa (P10).

Além disso, a homonegatividade internalizada ocorre através do processo individual de absorver atitudes sociais negativas e assimilá-las como parte da identidade pessoal, associando-as à vergonha, evitação e comportamentos autodestrutivos (Meyer, 2003). O

encobrimento da identidade sexual é uma tentativa de esconder a sexualidade diante do receio de punição e rejeição. A vergonha em relação a uma identidade estigmatizada e o medo de experimentar o estigma social podem contribuir não só para o encobrimento da identidade sexual, como também para inibição do exercício de uma sexualidade prazerosa.

Nesse sentido, o desejo de ser amado e vivenciar uma relação romântica com um parceiro, também pode aparecer associado a ideia de liberdade em poder transar sem camisinha:

Meu sonho é poder ter um parceiro e de trazer aqui, testar e depois de 30 dias fazer de novo o teste e ficar sem camisinha (P11).

Sem camisinha é só com o amor da vida (P14).

Sabe eu quero um parceiro maravilhoso, lindo, gostoso, que eu possa fazer sexo sem camisinha (P19).

Assim ter uma relação estável na perspectiva dos participantes também estabelece um maior grau de segurança, aumentando a disponibilidade para o sexo sem preservativo (Antunes; Paiva, 2013), o que caracteriza a homonormatividade. No contexto brasileiro, o uso do termo homoafetividade foi introduzido como opção para deslocamento na associação da homossexualidade com um desejo erótico acentuado, para um campo mais afetivo. As consequências do uso desse termo poderiam, por outro lado, subordinar o reconhecimento dos direitos sexuais a um enquadramento institucionalizado familiar e conjugal, voltado ao afeto e amor romântico, consolidando hierarquias sexuais (Costa et al., 2017). Nesse sentido, as formas de manifestação social da homonormatividade segundo Rosenfeld (2009) ocorrem através do silêncio sobre as sexualidades ou da ação neoliberal, através da inclusão nas instituições e valores heterossexuais. Ser especial para o outro, significa que o outro vai “fazer só contigo”.

Tu acabas fazendo sem, porque tu acreditas que aquela pessoa faça sem só contigo. Talvez pode não acontecer, mas na tua cabeça tu acabas fazendo só com aquela pessoa (P15).

Sem preservativo só se tivesse numa relação conjugal estável, com muita confiança na pessoa. Alguém que valha a pena, daí sim (P19).

Para muitos participantes uma relação romântica com um parceiro fixo o tornaria especial para o outro, o que se desdobraria numa relação de fidelidade e exclusividade. No âmbito do relacionamento fixo e do espírito romântico, o apaixonar-se cria a percepção e uma responsabilidade pelo parceiro, dando sensação de confiança mútua que passa a justificar o não uso de preservativos:

Eu me apaixono, acho que é o amor da minha vida, sabe, a gente vai ficar junto até o final. Daí sinto uma grande responsabilidade de não ser o causador de doenças (P14).

É por confiança mútua mesmo. Não víamos o risco de precisar usar, mais isso mesmo (P16).

É importante pensar como muitas vezes esse critério de exclusividade e fidelidade ao mesmo tempo em que prenuncia para o participante uma possibilidade de maior liberdade para o sexo sem preservativo, pode se transformar no contexto da convivência em uma maior exposição a IST. Isso porque foi comum mencionarem que depois de se estabelecer uma relação sem preservativos é muito mais difícil introduzir o uso posteriormente. Nesse sentido, uma mudança poderia produzir diferentes instabilidades e conflitos que são difíceis de administrar e justificar. Essa realidade também pode estar presente entre os relacionamentos heterossexuais e explicita o quanto se estabelecem relações assimétricas de poder e controle entre os indivíduos e as instituições que querem preservar. Assim, as negociações sobre os preservativos ficam descartadas nesse contexto, mesmo que isso implique no aumento da vulnerabilidade de si mesmo e do outro.

Para além do relacionamento fixo, os participantes falaram sobre as implicações para o uso ou não dos preservativos em outros contextos, apresentando alguns aspectos que configuram os elementos ponderados para o estabelecimento de suas estratégias preventivas. Estes fatores iam além da equação simples de usar ou não usar preservativo e apresentavam uma multiplicidade de (im)possibilidades na gestão de risco à exposição. Assim, outro elemento que parece influenciar na gestão de risco é a familiaridade e convívio social, isto é, no caso de conhecer o parceiro já de outros contextos sociais ou mesmo pela continuidade da convivência, o que permite com que assumam o risco como identificamos nas falas:

Eu tenho a ilusão de que conhecendo as pessoas por mais tempo, tu consegues ter uma ideia de como a pessoa é, se a pessoa corre riscos ou não, se ela se expõe ou não [...] enfim, é minha maneira de fazer uma seleção. Espero um tempo de relacionamento para iniciar sexo sem preservativo (P18).

O risco é medido pela existência de um relacionamento, com um acompanhamento das formas de agir e de pensar do outro. A confiabilidade é reforçada quando o relacionamento passa a se configurar como “fixo”, sendo uma das estratégias preventivas utilizadas. Alguns participantes mencionam que uma leitura atitudinal do parceiro, nos primeiros encontros, sinaliza o grau de risco que o sexo sem preservativo pode apresentar para eles, o resultado desta leitura pode levar a total disponibilidade em fazer sexo sem preservativo, ou ainda

resultar na decisão em descartar a relação, como disse P13: *“Se o parceiro pede para não usar no primeiro encontro, eu não faço sexo e até broxo. Não consigo”*.

Um aspecto importante diz respeito às interpretações que envolvem a negociação para o uso do preservativo. O fato de propor a um parceiro sexual o uso do preservativo também pode representar um questionamento à saúde do outro e neste sentido produzir uma situação não desejada no encontro sexual, como menciona P6: *“Para aquela pessoa é possível que ela já se sinta um pouco, tipo, a palavra não é inferiorizada, mas talvez eu esteja colocando ou questionando a saúde dela e isso eu acho que é ruim”*.

Nesse sentido aparece uma hesitação quanto aos efeitos da proposição ao parceiro para o uso do preservativo diante do temor que esta proposição passe a configurar uma manifestação de desconfiança e/ou diminuição do outro. Para evitar esta situação, uma estratégia utilizada por alguns participantes é o questionamento ao parceiro sobre a última vez que realizou o teste rápido ou mesmo falar para o parceiro sexual a regularidade com que o próprio participante se submete a testagem para identificação de IST, no sentido de oportunizar como contrapartida a informação do parceiro sobre sua sorologia. O controle sorológico aparece como uma das formas de cuidado e de segurança para realização de sexo sem preservativo (Platteau et al., 2018).

Assim a repetição do teste anti-HIV, antes apresentado nos estudos somente como uma forma de indicação recorrente de exposição, passa a também ter caráter preventivo, sendo inclusive recomendado como uma das ações preventivas de realização periódica e indicador de cuidado atual dos indivíduos (Redoschi et al., 2017). A possibilidade de combinar diferentes métodos preventivos permite uma maior autonomia dos indivíduos diante da diversidade de situações e percepções que as pessoas têm a respeito dos riscos e das formas de proteção (Grangeiro et al., 2015). Porém, conforme o referido pelo P6 esta negociação mais direta sobre os riscos, pode ser entendida como algo que pode “inferiorizar” o outro.

Outro aspecto importante que facilita o uso de preservativos é o apoio familiar. Este aparece como fator encorajador para criação de uma resistência ao sexo inseguro e negociação do uso de preservativos. O P14 comenta:

Uma vez que meu pai biológico aceitou que eu era gay, foi assim mais para a frente a nossa relação. Então ele conversa sobre essas coisas de uma forma positiva assim, sabe. Ele diz que é importante usar camisinha, ele me faz querer usar camisinha [...] uma situação familiar boa te faz não querer tanto esses comportamentos que podem te colocar em risco (P14).

Na direção contrária do anteriormente referido, o não apoio da família pode dificultar que as pessoas assumam suas preferências sexuais e tornar-se um fator claro de sofrimento.

Se eu pudesse eu faria sexo com mulheres, se eu pudesse eu não seria gay. Não consigo mudar isso. O que eu faço é reduzir sexo com homem. Às vezes faço uma vez por mês. Já pensei em tomar viagra e sair transando com as mulheres, já tentei transar com mulher, mas não tenho ereção. Prefiro a felicidade da minha família à minha. Ninguém sabe na minha família, no trabalho, que sou gay. Tenho um tio que é e revelou, alguns entendem e outros não, isso não é o que eu quero (P4).

Neste trecho da fala do P4 nos deparamos com o forte conflito em relação ao medo da rejeição em mostrar como são suas relações. Este participante ainda lembra de algumas relações sexuais que teve de forma não planejada e impulsiva com outros homens, especialmente quando estava na adolescência, e que aconteciam após grande conflito em ceder ou não aos desejos que tentava resistir. Comenta que após o ato sexual, sentia-se culpado e envergonhado. Como a aceitação é escassa e condicionada (Bensusan, 2004), a vergonha toma espaço configurando hierarquias e atributos que afetam a autoestima. Assim, manter sigilo sobre a sexualidade cria a percepção de que o privado, o que está dentro e o próprio sujeito possam permanecer inviolados; enquanto o segredo aberto não eliminaria os binarismos e seus efeitos, pelo contrário, viabilizaria a presença de respostas hostilizadoras (Miller, 1988). No entanto, quando a autoaceitação é baixa e os recursos de negociação não são exercitados, há maior possibilidade de exposição a riscos e aumento de vulnerabilidade dos indivíduos.

Mesmo que na atualidade haja uma mobilização social para transformação das leis no sentido de assegurar maior inclusão, tendo em consideração os direitos humanos e sexuais, percebe-se que a lei por si não garante mudança nas posições dos sujeitos quando os direitos não são transpostos para vida cotidiana (Oliveira, 2013). Dentro do modelo social capitalista de matriz neoliberal, a assunção identitária também é atravessada por meio do poder aquisitivo. Assim são disponibilizados produtos que suavizam os custos da discriminação evidenciando a relação consumo versus cidadania. Muitos desses produtos só podem ser acessados nos centros urbanos, por populações brancas e com renda. Sendo assim, em grande parte os direitos são vividos no privado através da imaginação (Oliveira, 2013). Essas relações em que uns têm mais acesso e direitos que outros também estão presentes nas relações que se estabelecem na interpessoalidade e na cena erótica.

Além do apoio familiar, a questão do contexto histórico social é um influenciador para maior disponibilidade no estabelecimento de estratégias preventivas. É o que comenta P19 ao

falar que além de ter a ideia introjetada pela mãe da obrigatoriedade de usar camisinha, o que faz com que a simples proposta de fazer sexo sem preservativo seja “*brochante*”, ter nascido numa geração que acompanhou geração anterior que não tinha a noção do que era a aids e que “*transavam sem camisinha e morriam disso*” (P19), faz com que a pessoa esteja mais atenta às questões preventivas.

A constituição dos sujeitos, a partir das questões de gênero, se apresenta de distintas formas segundo a experiência material e qualitativa que foram articuladas dentro de condições históricas e existenciais concretas (Brah, 2005). Nesse sentido é fundamental pensar no papel de agência em relação a si mesmo e ao outro, entendendo que as práticas diárias de aproximação e interação sexual também constituem práticas políticas e de inscrição nas relações sociais. Importante pensar como o regime de escassez erótica pode transformar o desejo em posse e ciúme, reiterando relações de dominação e subordinação, numa tentativa de estabelecer garantias de segurança e prazer pleno. É preciso pensar o desejo como um bem abundante (Bensusan, 2006), constituindo espaços afetivos em que não preponderem relações de propriedade e dominação, e sim espaços nos quais a erótica possa ser problematizada como um território também político.

Considerações finais

O presente estudo analisou que a gestão de risco relativa ao uso de preservativo está relacionada a uma economia erótica, na qual marcadores sociais interseccionados estabelecem relações de poder que incidem sobre a gestão de riscos. Assim, a economia erótica, que descreve o valor do outro, e os fatores relacionados à constituição da gestão de risco no uso de preservativos interferem no grau de negociação entre parceiros sobre quais práticas serão performadas no ato sexual.

Neste sentido, a implicação desta pesquisa está em apresentar esta economia erótica para que se possa pensar nos atravessamentos das relações de poder na gestão de riscos. Há que considerar que este estudo se dá em um contexto de realização do teste anti-HIV e que nesse sentido possa ter contribuído para o processo de análise das questões relacionadas ao não uso de preservativos. Cabe pensar futuros estudos de intervenção que considerem as práticas sexuais e as novas tecnologias de prevenção, de forma que estimulem espaços para expressão, transformação criativa e autonomia para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais específicas para HSH.

Referências

ANTUNES, M.C., PAIVA, V.S.F. Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. *Temas em Psicologia*. Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1125-1143, 2013.

BENSUSAN, H. Observações sobre a libido colonizada: tentando pensar ao largo do patriarcado. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n.1, p.131-155, 2004.

BENSUSAN, H. Observações Sobre a Política Dos Desejos: Tentando Pensar Ao Largo dos Instintos Compulsórios. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 445-79, 2006.

BRAH, A. *Cartographies of diaspora: Contesting identities*. London: Routledge, 2005.

BRAH, A., PHOENIX, A. Ain't I a woman? Revisiting intersectionality. *Journal of International Women's Studies*, Massachusetts, v. 5, n.3, p. 75-86, 2013.

BUTLER, J. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

CARVALHO, F.T. et al. Counselling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: Perception of users and health professionals at a counselling and testing centre in Porto Alegre. *Journal of Health Psychology*, Washington, n. 21, p. 379-389, 2016.

COSTA, A.B. et al. Efeito de configuração no apoio ao casamento de pessoas do mesmo sexo em universitários brasileiros. *Psico*, Porto Alegre, v. 48, n. 2, p. 99-108, 2017.

FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária (Coleção Ditos & Escritos,V), 2004.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, Suppl 1, p. 43-62, 2015.

GUATTARI, F., ROLNIK S. *Micropolítica: Cartografias do desejo*. 12ª edição. Petrópolis: Vozes, 2013.

LEITE, G.S., MURRAY, L., LENZ, F. O Par e o Ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, Suppl. 1, p. 7-25, 2015.

LOURO, G.L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO G.L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 7-34.

MILLER, D.A. *The novel and the police*. Los Angeles: Univ of California Press, 1988.

MARTÍN M.J., MARTÍNEZ J.M., ROJAS D. Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 29, n. 6, p. 433–443, 2011.

MARTINS, P.C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.1933-1942, 2011.

MEYER, I.H. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 129, n. 5, p. 674–697, 2003.

OLIVEIRA, J.M. Cidadania sexual sob suspeita: uma meditação sobre as fundações homonormativas e neoliberais de uma cidadania de “consolação”. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 68-78, 2013.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, Goiás, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

PLATTEAU, T. et al. HIV testing for key populations in Europe: A decade of technological innovation and patient empowerment complement the role of health care professionals. *HIV Medicine Journal*, London, v. 19, p. 71-76, 2018.

REDOSCHI, B.R.L. et al. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, 2017.

ROSENFELD, D. Heteronormativity and homonormativity as practical and moral resources: The case of lesbian and gay elders. *Gender & Society, Oakland*, v. 23, p. 617-638, 2009.

SEDGWICK, E.K. Epistemology of the Closet. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 28, p. 19-54, 2007.

SEFFNER, F., PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface*, São Paulo; v. 20, n.57, p. 293-304, 2016.

SOUZA NETO, E.N., RIOS, L.F. Apontamentos para uma economia política do cu entre trabalhadores sexuais. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 579-586, 2015.

VAN DIJK T.A. *Discurso e Poder*. São Paulo: Contexto, 2008.

Artigo 2: Práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens: adaptação de questionário⁶

Sexual practices of men who have sex with men: questionnaire adaptation

RESUMO

Este artigo trata da adaptação transcultural para o português do *Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que Practican Sexo con Hombres - CIPRASEX HSH*. O instrumento parte da Teoria do Comportamento Planejado, apresentando como dimensões: fator atitudinal, norma subjetiva e controle comportamental, associados ao não uso de preservativos de HSH. A adaptação envolveu quatro fases: tradução e tradução reversa do questionário; avaliação por juízes e público-alvo; estudo piloto com 20 participantes; elaboração da versão brasileira. Constatou-se boa equivalência conceitual e semântica entre a versão final em português e o original, bem como caráter inovador do instrumento no contexto brasileiro. O CIPRASEX HSH poderá auxiliar no desenvolvimento de intervenções específicas no âmbito da saúde e prevenção do HIV.

Palavras-chave: Comportamento sexual; HIV; HSH; preservativo; prevenção & controle.

ABSTRACT

This article deals with the cross-cultural adaptation to Portuguese of the *Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que Practican Sexo con Hombres - CIPRASEX MSM*. Instrument based on the Theory of Planned Behavior, introduces as dimensions: attitudinal factor, subjective norm and behavior control, associated with the no use of condoms of MSM. The adaptation involved four phases: survey translation and reverse translation; judges and target public evaluation; pilot study with 20 participants; elaboration of the Brazilian version. There is good semantics and conceptual equivalence between the Portuguese version and the original one, and the innovative profile of the instrument in the Brazilian context. CIPRASEX MSM may assist in the development of specific interventions in health and HIV prevention.

Keywords: Sexual behavior; HIV; MSM; condoms; prevention & control.

⁶ Artigo aceito pela Revista Psicologia em Pesquisa.

INTRODUÇÃO

A epidemia causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/ AIDS) entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) vem crescendo em diferentes países (Beyrer et al., 2012; Kirby, 2015). No relatório global da UNAIDS (2016) homens gays e outros HSH representam 30% das novas infecções pelo HIV na América Latina, 49% das novas infecções na Europa Ocidental e Central e na América do Norte e 18% das novas infecções na Ásia e no Pacífico.

De acordo com Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2016), 50,4% dos casos de infecção por HIV entre os homens em 2015 foram entre HSH, enquanto 36,8% foram por exposição heterossexual e 9,0% bissexual. Há também uma tendência de aumento na proporção de casos de AIDS em HSH nos últimos dez anos, a qual passou de 35,3% em 2006 para 45,4% dos casos notificados em 2015. Esses dados mostram a necessidade urgente de compreensão dos fatores associados à exposição ao risco de infecção por HIV nesta população-chave e a garantia de que ela seja incluída nas respostas à AIDS com pleno acesso a serviços de saúde.

Sabe-se que um importante fator de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e que aparece associado ao aumento de casos de HIV em HSH na América Latina é o sexo anal, insertivo ou receptivo, sem o uso do preservativo (Julio et al., 2015; Pinheiro, Calazans, & Ayres, 2013; Wade, Harper, & Bauermeister, 2017). Estudos desenvolvidos no Brasil destacam que mais de 30% dos HSH entrevistados referiram um uso inconsistente de preservativo nos últimos 6 meses (Rocha, Gomes, Camelo, Ceccato, & Guimarães, 2013) e 12 meses (Brignol & Dourado, 2011).

A situação de não fazer sexo seguro pode estar vinculada a diferentes fatores, entre eles: a ampliação do acesso à terapia antirretroviral (Maksud, Fernandes, & Filgueiras, 2015); o engajamento no sexo desprotegido como ato político (Silva & Iriart, 2010); confiança no parceiro (Antunes & Paiva, 2013); problemas de saúde mental - depressão, distúrbios do sono e ideação suicida - em decorrência de fatores socioculturais tais como estigma, discriminação e violência homofóbica (Alvy et al., 2011; Guimarães et al., 2013; Rocha et al., 2013); consumo de álcool e drogas ilícitas (Alvy e et al., 2011; Rocha et al., 2013; Carrico, Woolf-King, Neilands, Dilworth, & Johnson, 2014); aspectos do controle emocional, como a aceitação e autoestima relacionadas à própria sexualidade (Traen et al., 2014).

Cabe destacar, que o uso de aplicativos móveis tem modificado o dia-a-dia das interações, interferindo inclusive na busca por relações afetivas e sexuais entre homens. O desejo de relações homoeróticas associado à segurança de buscar parceiros sem o risco de retaliação física ou moral, torna as mídias digitais um espaço de visibilidade e de negociação para encontros sexuais entre homens (Miskolci, 2017). Assim, torna-se importante a investigação para compreensão da dinâmica interferente nas relações sexuais sem preservativos, para a criação de intervenções específicas para HSH no âmbito da saúde, buscando a prevenção do HIV e outras IST (Antunes & Paiva, 2013).

Nesta perspectiva, a *Universidad Autónoma de Madrid* (UAM) estabeleceu um estudo junto ao Centro de Saúde Sandoval (*Ayuntamiento de Madrid*), cujos serviços também incluíam o aconselhamento e testagem rápida para HIV, para validar modelos psicossociais que permitissem explicar o uso ou não uso de preservativo em HSH (Rojas, 2004). O resultado foi o desenvolvimento do instrumento *Cuestionario de Investigación sobre Prácticas Sexuales de Hombres que Practican Sexo con Hombres - CIPRASEX HSH*, que permite verificar a intenção de realização de sexo não seguro e dos fatores associados ao não uso de preservativos, como tipos de parceiros (fixos e eventuais), frequência que realizou sexo sem preservativo, condição sorológica do parceiro, uso de substâncias, entre outros fatores.

O CIPRASEX HSH é um questionário anônimo, autopreenchido e estruturado, focado nas práticas sexuais, que parte da Teoria do Comportamento Planejado (TCP), cujo modelo teórico considera que um dos aspectos determinantes da conduta é a intenção, entendida como sendo a predisposição cognitiva e emocional de realizar determinadas ações (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991). Para Rojas (2004) a intenção seria determinada por três fatores: identidade pessoal, identidade social e controle percebido sobre o comportamento. A identidade pessoal se refere à atitude dos sujeitos que se embasa nas crenças que estão associadas a determinadas condutas (expectativas, resultados e valoração). A identidade social está relacionada à norma subjetiva, que se operacionaliza com a percepção que o sujeito apresenta sobre a opinião das pessoas e de grupos que são para ele importantes e o quanto o sujeito se dispõe a acatar essas opiniões. O controle percebido sobre o comportamento se caracteriza como auto eficácia, ou seja, reflete a facilidade ou dificuldade percebida pelo sujeito em realizar a conduta (Ajzen, 2002; Rojas, 2004).

Em parceria com a UAM, o projeto está sendo replicado no Brasil, sendo previstas fases de adaptação e validação do instrumento, validação do modelo teórico, além de construção e avaliação de uma intervenção preventiva específica para a população de HSH.

No Brasil faltam instrumentos que avaliem quais variáveis se associam à utilização de preservativo entre HSH. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo apresentar o processo de adaptação do CIPRASEX HSH para o português.

MÉTODO

Participantes

Participaram 20 usuários HSH recrutados em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado na cidade de Porto Alegre/RS, no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Todos os participantes eram maiores de 18 anos, com média de idade de 29 anos.

Instrumento

O CIPRASEX HSH é um questionário de fatores sociais e individuais que compõem a autogestão de práticas sexuais de exposição ao risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) entre HSH, entendendo-se como práticas de exposição ao risco o não uso de preservativo nas relações sexuais anais. A versão original do questionário foi criada a partir do modelo da Teoria do Comportamento Planejado (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991) que serviu de base para construção de um instrumento que investiga as atitudes sociais inter-relacionadas com as expectativas de conduta valorizadas e as crenças que o sujeito apresenta sobre suas capacidades de realização para determinadas condutas relacionadas ao uso de preservativo (Martín, Martínez, & Rojas, 2011).

O estudo original de elaboração do CIPRASEX HSH apresentou medida de adequação amostral, com correlações elevadas na dimensão de atitude geral para os diferentes itens (acima de 0,50); e muito elevadas para os itens que correspondem a intenção (acima de 0,80), com variâncias explicadas respectivamente de 60,5% (atitude) e 91,7% (intenção). A dimensão controle condutual, composta por três fatores, tem uma variância explicada de 62,2% (Rojas, 2004).

O CIPRASEX HSH destaca-se por ser um questionário totalmente estruturado para população HSH. Seus itens foram elaborados a partir da apresentação de situações sociais, mesclando expectativas e probabilidades de conduta dos participantes, bem como a avaliação das consequências e opiniões normativas que apresentam e o quanto estas interferem na intenção e na conduta de risco. O questionário completo na versão original é composto pelas variáveis:

1º- Variáveis principais (170 itens): compõem propriamente o instrumento e se referem aos construtos da TCP (atitude até a conduta, norma subjetiva, controle percebido) associadas às crenças que darão o grau de intenção para realização da conduta de uso ou não do preservativo. São divididas em 3 dimensões (atitude geral, norma subjetiva, controle percebido) e a intenção respondidas por meio de respostas tipo *likert* com intervalo de sete pontos. Essas dimensões apresentam diferentes opções de respostas relacionadas à Teoria do Comportamento Planejado, associadas às crenças (crença normativa pessoal, motivação para acatar opinião das pessoas que são relevantes, probabilidade de consequências e valoração de consequências). Posteriormente, apresentaremos a partir das análises realizadas que na versão em português o instrumento ficou com 88 itens.

2º- Variáveis associadas (30 itens): 1) Sociodemográficas (nome, idade, endereço do correio eletrônico e/ou fone contato); 2) Relacionadas com a história sexual do sujeito (orientação sexual, número de parceiros, número de relações sexuais sem preservativos, parceiros com quem mantém sexo inseguro, sorologia dos parceiros, tipos de relações anais, existência prévia de IST, aspectos referentes ao início das relações sexuais, número de testes de HIV) e 3) Consumo de substâncias (consumo de álcool e outras drogas);

3º- Variáveis de comprovação de conduta (15 itens): Estas perguntas são respondidas um mês após o preenchimento das questões anteriormente referidas. Os itens de comprovação de conduta são relativos à reflexão sobre a conduta de risco, ou seja, conduta de risco no último mês (número de relações, número de parceiros, porcentagem de relações sexuais nas quais não foi utilizado o preservativo), estabilidade atitudinal, intenção de realizar conduta de risco (próximo mês, ano), probabilidade da intenção e do desejo de realizar conduta de risco (próximo mês, ano). Estes itens não compuseram o estudo Piloto.

No estudo original, as variáveis principais e variáveis associadas são questionadas no primeiro contato com os participantes e um mês após este contato é aplicado o questionário com as variáveis de comprovação de conduta. Cabe destacar, que os autores do CIPRASEX HSH enfatizaram a importância de no processo de adaptação, respeitando a estrutura teórica do instrumento, que alguns itens pudessem ser excluídos já que o instrumento completo era muito extenso o que dificultava o seu preenchimento.

Procedimento

Os participantes inicialmente foram convidados a participar de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de verificar em que medida as respostas dadas eram congruentes com os itens avaliados nas dimensões (atitude, norma subjetiva e controle percebido) do CIPRASEX HSH. Na sequência, responderam ao questionário durante o tempo de espera pelos resultados dos exames de HIV e outras IST. A aplicação do piloto ocorreu em espaço físico destinado à pesquisa junto ao CTA, com duração estimada entre 30 a 40 minutos, coincidindo com o período de execução do teste rápido. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, sendo gravadas e transcritas posteriormente. A pesquisa considerou os aspectos éticos exigidos da Resolução 510/2016. Todos participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido o projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Nº do parecer: 1.892.233).

Análise de dados

O processo de adaptação do CIPRASEX HSH (Figura1) foi composto por 4 fases. Fase 1: Tradução e tradução reversa do questionário; Fase 2: Avaliação por *experts* e pelo público-alvo; Fase 3: Estudo piloto; Fase 4: Versão brasileira do CIPRASEX HSH, a partir da análise qualitativa do estudo piloto.

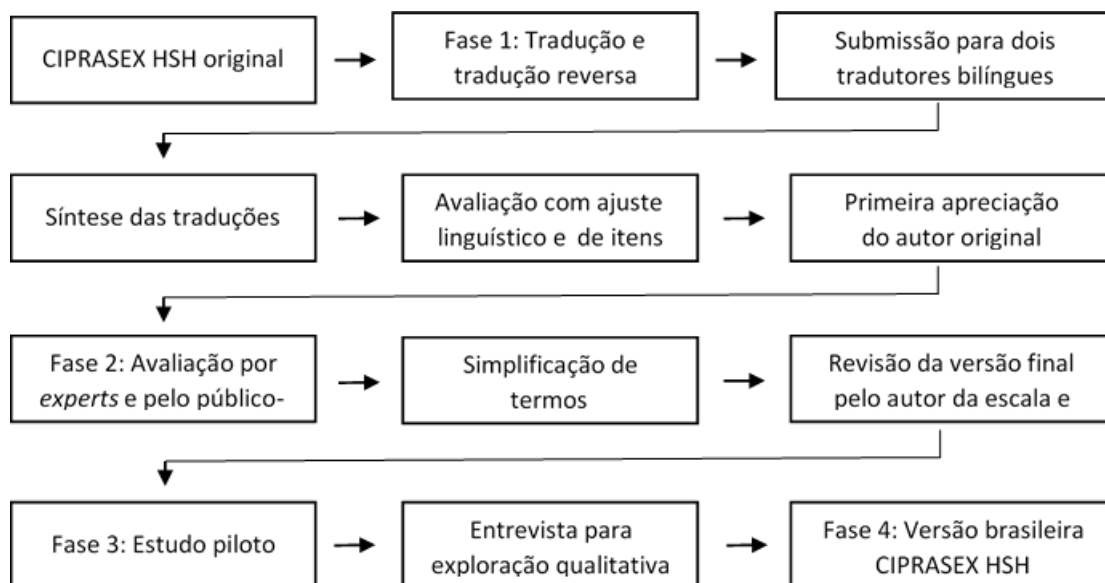


Figura 1. Fases para a adaptação transcultural do CIPRASEX HSH

RESULTADOS

Fase 1 - Tradução e tradução reversa do questionário

Em um primeiro momento, o instrumento completo foi traduzido do espanhol para o português por dois tradutores bilíngues fluentes no idioma de origem e nativos no idioma alvo, sendo que um dos tradutores estava familiarizado com o construto avaliado. Depois, o artigo sofreu a tradução reversa, ou seja, foram traduzidos os itens do português novamente para o espanhol. Conforme Tanzer (2005), para que haja uma tradução adequada, é necessário que não apenas sejam observados os aspectos linguísticos, mas que também haja um tratamento equilibrado entre os aspectos culturais, contextuais e científicos do instrumento.

A partir das traduções realizadas os pesquisadores verificaram as versões traduzidas e identificaram 40 itens que necessitavam ajuste linguístico com substituição de termos utilizados (por ex.: “vem rapidamente à mente” por “vem rapidamente à minha cabeça”), visando uma linguagem mais clara. Neste momento, houve discussão entre os pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento para avaliação e definição das diferentes traduções para cada item em particular. Foi realizada a síntese das versões com o objetivo de chegar a uma única versão que atendesse aos seguintes aspectos: avaliação do nível de complexidade da tradução e da manutenção da equivalência com o instrumento original nos aspectos semânticos (mesmo significado), idiomático (adaptação por expressão equivalente), experiencial (se é aplicável no contexto cultural de destino) e conceitual (se avalia o mesmo aspecto) (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). Após, a versão traduzida e ajustada foi submetida primeiro à apreciação de um dos autores do instrumento original, que aprovada resultou na versão apresentada para os *experts* e público-alvo.

Fase 2 - Avaliação da síntese por *experts* e pelo público-alvo

Na continuação da etapa de adaptação cultural foi enviado o questionário para análise de *experts* (pesquisadores (n=3), profissionais aconselhadores do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) - psicólogos e enfermeiros (n=5), informantes-chave HSH (n=4) a fim de que apontassem suas questões e sugestões para melhor adequação do instrumento. Todos indicaram que existiam alguns itens com enunciados iguais e que, apesar de apresentarem diferentes opções de resposta (por ex.: “Fazer sexo anal com homens sem preservativo para mim é algo que me faria sentir maior compromisso na minha relação: muito improvável/ muito provável; falso/verdadeiro; mau/bom”), geravam a sensação de que estes itens eram repetidos. Nesse sentido, questionaram a possibilidade de exclusão de alguns

destes itens juntos aos autores da escala. Os aconselhadores também sugeriram adequação de linguagem com simplificação de termos, principalmente nos itens que apresentavam sentenças de formulação negativa (por ex.: “Quando faço sexo anal SEM preservativo, penso que nada de ruim vai acontecer”). Alterada por: “Quando faço sexo anal SEM preservativo, penso que algo de ruim vai acontecer”), tendo em conta que esta estrutura de frase poderia provocar confusão na compreensão e na resposta, além de aumentar a dificuldade para usuários do serviço, já que alguns apresentam baixa escolaridade. Foram alterados 17 itens com formulação negativa.

Como resultado da aplicação dos questionários, os informantes-chave HSH ainda indicaram que o instrumento era muito longo e que apresentava blocos inteiros nos quais os respondentes tinham a sensação de já terem respondido alguns itens anteriormente, assim como referido anteriormente. Importante esclarecer que as repetições no CIPRASEX HSH original eram propositais e se configuravam na repetição de itens com mudanças nas opções de respostas (identificando probabilidade, veracidade e valoração). Alguns ainda, eram repetidos para confirmarem se o participante estava lendo o instrumento.

Assim, uma vez agrupadas todas as observações levantadas tanto pela equipe de profissionais como pelo público-alvo, reuniu-se um comitê para avaliação de todos os aspectos a serem ajustados tais como estrutura, clareza do *rapport* dos itens, disposição das informações no instrumento, aspectos linguísticos e repetições. Os pesquisadores a partir das observações indicadas iniciaram o processo de reorganização do instrumento. Importante ressaltar que o instrumento original não teve sua publicação psicométrica publicada em forma de artigo científico, estes dados estão descritos na tese de Rojas (2004), e o instrumento recebeu o prêmio Virgilio Palacio (2004) da Secretaria de Saúde de Asturias e da Organização não Governamental Médicos del Mundo. Dessa forma, o estudo em português atenderá a observação da dificuldade identificada pelos autores de aplicação do instrumento devido à sua extensão, considerando a necessidade de simplificação dos itens. Com o auxílio e revisão de um dos autores do instrumento, foram retirados os itens que empiricamente verificou-se a percepção de repetição pelos grupos e que não comprometiam o conteúdo e o que o construto teórico pretende medir. Esta adaptação foi realizada nos grupos de pesquisa envolvidos com participação dos professores pesquisadores da Espanha e do Brasil, profissionais do CTA e informantes-chave HSH.

Realizou-se a análise qualitativa do questionário através de oito rodadas de análise para ajustamento e verificação da configuração do questionário. Assim, dos 200 itens da

versão original (variáveis principais com 170 itens e variáveis associadas com 30 itens) ficaram 114 itens na versão reduzida adaptada (variáveis principais com 88 itens e variáveis associadas com 26 itens). Na figura 2 pode-se verificar como se apresentam as dimensões do instrumento no questionário original e os 86 itens retirados.

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO TEÓRICA (n° itens no total)	DESCRIÇÃO TEÓRICA (n° itens excluídos)	EXEMPLOS DE ITENS QUE PERMANECERAM
Atitude	a) Frequência da conduta de risco no passado (2) b) Recência da conduta (1) c) Probabilidade de realizar a conduta (1) d) Conduta – medição de escala (1) e) Valorização da conduta- atitude geral e modelo do processamento espontâneo (10) f) Estabilidade atitudinal (1) g) Modelo do processamento espontâneo (2) h) Hábitos relacionados a conduta sexual de risco (3)	c) Probabilidade de realizar a conduta (1) e) Valorização da conduta- atitude geral (1)	Fiz sexo anal sem preservativo com homens aproximadamente ____ vezes no último mês. Com relação à minha opinião sobre fazer sexo anal sem preservativo, durante o último ano estou mais contra/ não mudei/estou mais a favor
Normas subjetivas	a) Norma subjetiva geral – opinião (1) b) Rechaço à conduta (1) c) Norma subjetiva geral - motivação para acatar (1) d) Crenças condutuais – expectativas (19) e) Crenças condutuais – probabilidade de expectativas (19) f) Crenças condutuais – valorização das expectativas (19) g) Crenças normativas – opinião dos outros (8) h) Crenças normativas – motivação para acatar a opinião dos outros (8) i) Crenças normativas pessoais - variável externa (1) j) Crenças de controle – situações que dificultam e facilitam o uso de preservativo (17) l) Importância pessoal da conduta (2) m) Crenças normativas – o quanto prejudica /beneficia outros (9) n) Importância da opinião dos referentes (9)	b) Rechaço à conduta (1) c) Norma subjetiva geral - motivação para acatar (1) d) Crenças condutuais – expectativas (19) f) Crenças condutuais – valorização das expectativas (19) g) Crenças normativas – opinião dos outros (1) h) Crenças normativas – motivação para acatar a opinião dos outros (8) i) Crenças normativas pessoais - variável externa (1) j) Crenças de controle – situações que dificultam e facilitam o uso de preservativo (1) k) Importância pessoal da conduta (1) l) Crenças normativas – o quanto prejudica / beneficia outros (9)	A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu (não deveria/deveria) fazer sexo anal sem preservativo.
Controle percebido	a) Controle percebido - medição geral (1) b) Controle percebido - auto capacidade percebida (1) c) Controle percebido - autoeficácia geral (1)	c) Controle percebido - autoeficácia geral (1)	Durante o próximo mês, se eu quiser, posso fazer sexo anal sem preservativo (falso/verdadeiro)
Intenção	a) Intenção – primeira medição probabilidade (2) b) Esforço (1) c) Intenção- probabilidade d) Desejo (1) e) Intenção - segunda medição (2) f) Intenção - probabilidade segunda medição (2) g) Desejo – probabilidade (1)	a) Intenção – primeira medição probabilidade (2) b) Esforço (1) d) Desejo (1) e) Intenção - segunda medição (2) g) Desejo – probabilidade (1)	Durante o próximo mês, tenho a intenção de fazer sexo anal sem preservativo (falso / verdadeiro)
Crenças	a) Modelo de crenças de saúde - gravidade percebida (7) b) Otimismo ilusório (2) c) Modelo de crenças de saúde – benefícios (2) d) Modelo de crenças de saúde – custos (4) e) Modelo de crenças de saúde – autoeficácia (2) f) Modelo de crenças de saúde – benefícios e custos (2) g) Modelo de crenças de saúde – autopercepção (1)	a) Modelo de crenças de saúde - gravidade percebida (4) b) Otimismo ilusório (2)	Considero que usar preservativo pode fazer que meu parceiro sexual tenha uma imagem de mim (muito negativa/muito positiva)

Figura 2. Dimensões do CIPRASEX HSH em espanhol e itens excluídos na versão brasileira

A síntese foi realizada a partir da comparação de quais itens não estavam ajustados, de acordo com coincidência entre as observações dos pesquisadores e dos colaboradores, sendo realizados os ajustes e exclusão dos itens. Na sequência, o autor da escala juntamente com um convidado bilíngue, externo à pesquisa, revisou a versão final em português e espanhol e verificou que os itens excluídos não comprometiam os construtos e dimensões do instrumento.

Fase 3 - Estudo Piloto

O desenvolvimento do estudo piloto se desdobrou em dois momentos:

a) *Entrevista para exploração conceitual qualitativa das dimensões avaliadas (atitude, norma subjetiva e controle percebido sobre o comportamento)*

Inicialmente, os participantes responderam a 5 perguntas abertas: 1) o que você acha que facilita o uso do preservativo? (controle percebido); 2) o que você acha que dificulta o uso de preservativo? (controle percebido); 3) quais pessoas você acha que podem te influenciar no uso do preservativo? (norma subjetiva); 4) quais pessoas você acha que podem lhe influenciar para não usar o preservativo? (norma subjetiva); 5) quais são as consequências de fazer sexo sem preservativo? (fator atitudinal). Tais respostas foram gravadas e posteriormente transcritas. As respostas dadas à entrevista semiestruturada foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin (2010). A partir desta análise, procurou-se identificar as respostas mais frequentes referidas nas entrevistas e analisar se estas estavam ou não contempladas no questionário original. A seguir apresentamos a Tabela 1 com os dados da exploração conceitual.

Tabela 1. Respostas da exploração conceitual qualitativa das dimensões avaliadas

Dimensões	Perguntas	Respostas referentes	Fatores (Percentual de referências)
Fator Atitudinal	Consequência de fazer sexo sem preservativo	22	- Doenças /IST (77,3%) - Sofrimento psicológico (13,6%) - Mais prazer (9%)
Fator Normativo	Pessoas poderiam influenciar no uso de preservativos	32	- Própria pessoa, parceiros e pessoas infectadas (50%) - Pais, profissionais da saúde e médicos (28,1%) - Amigos, pessoas esclarecidas/informadas, família, pessoas não confiáveis ou com aparência de doença (21,9%)
	Influenciadores para o não uso do preservativo	35	- Parceiros (40%) - Pessoas confiáveis (14,2%) - Pessoas alcoolizadas, pessoas sem educação/formação e pessoas que querem transmitir (17,2%) - Amigos, pessoas que se consideram sadias, pessoas não conhecidas, pessoas que insistem, homem da noite e homem heterossexual (17,2%) - Ninguém (11,4%)
Fator Controle Percebido	Fatores que podem facilitar o uso do preservativo	41	- Conscientização através das campanhas/mídia e ter preservativos consigo (43,9%) - Gratuidade/distribuição de preservativos (12,2%) - Não conhecer a pessoa (7,3%)
	Fatores que dificultam o uso do preservativo	60	- Muito tesão e o desconforto que o preservativo produz (26,7%) - Perda da sensibilidade (11,7%) - Uso de álcool e drogas (10%)

Em relação ao fator atitudinal, o maior número de respostas sobre as consequências de fazer sexo sem preservativo se referiu às doenças. Quanto ao fator normativo, os influenciadores mais citados tanto para o uso como para o não uso de preservativos foram os

próprios parceiros. Em relação ao controle percebido, a conscientização através de campanhas e mídia foram mais referidas como fatores que podem facilitar o uso do preservativo e o tédio como interferindo na dificuldade para o uso.

b) Aplicação do CIPRASEX HSH

Em seguida, os participantes do piloto responderam ao questionário CIPRASEX HSH – versão traduzida/reduzida na presença da entrevistadora. Ao responderem ao questionário, os participantes podiam esclarecer suas dúvidas sobre a compreensão dos itens. Todos os itens não compreendidos durante o preenchimento das respostas foram registrados com as respectivas dúvidas e sugestões para melhor compreensão.

Ainda, para plena certificação da verificação do entendimento sobre os itens, após a conclusão de resposta do questionário, foi realizado um sorteio de uma pergunta de cada dimensão (fator atitudinal, norma subjetiva e controle percebido sobre o comportamento) para que o participante explicasse sua compreensão sobre o item. Os respondentes foram estimulados a comentar os itens de difícil compreensão e também avaliar globalmente o instrumento.

Os participantes apresentaram suas dificuldades de compreensão, o que levou à alteração dos seguintes itens do instrumento: 1) identificação de quais pessoas/contextos eram referentes para o participante em relação ao uso do preservativo; 2) a opinião do participante se direciona (mais contra/mais a favor) em fazer sexo anal sem preservativo; 3) dificuldade do uso do preservativo quando a outra pessoa insiste muito em fazer sexo anal sem preservativo; 4) dificuldade do uso do preservativo se a outra pessoa está disposta em fazer sexo anal (ativo ou passivo) sem preservativo; 5) dificuldade do uso do preservativo ao sentir-se deprimido/triste; 6) se a disponibilidade das medicações torna infectar-se com HIV algo nada/muito perigoso. A partir das observações dos participantes se reconfigurou a diagramação do instrumento, adequando estes itens com a finalidade de torná-los ainda mais claros.

Fase 4: Versão brasileira do CIPRASEX HSH

Como mencionado até aqui, utilizaram-se diversas fontes de análise aos itens do questionário, o que, além de resultar na redução do instrumento, levou à inclusão de itens a partir de fatores mencionados nas entrevistas como relevantes para o uso de preservativos.

Desta forma, os itens sociodemográficos incluídos foram: religião; escolaridade; participação em movimento LGBT; informações na escola sobre o uso de preservativos; uso da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e da Profilaxia Pré-Exposição (PREP); orientação sexual e sobre o uso de aplicativos para encontros sexuais.

Novos itens específicos da TCP e crenças foram incluídos a partir dos resultados da pesquisa e se referem aos seguintes pontos: conduta de ter preservativos (“quando faço sexo anal tenho preservativos disponíveis por perto”); importância da opinião de outros profissionais da saúde em relação ao uso de preservativo; influência dos referentes sociais/institucionais no uso do preservativo (como mídia/campanhas em relação ao uso de preservativo, participação em movimentos LGBT, informações recebidas na escola sobre práticas sexuais seguras, crença(s) religiosa(s) e encontrar preservativos gratuitos nas unidades de saúde) e crenças de controle (saber usar o preservativo).

A inclusão de itens referentes a aplicativos móveis se fez necessária à medida que os próprios participantes comentaram sobre a alteração do comportamento de busca de parceiros com a chegada dos aplicativos para relacionamento. Assim, na subcategoria história sexual foram incluídos os itens: “você usa aplicativos de celular para procura de parceiros sexuais? ”; “nos últimos 12 meses quantos parceiros sexuais conheceu através de aplicativos de celular? ” Na subcategoria crenças de controle, incluiu-se: “conhecer o parceiro sexual por aplicativo de celular me dificulta o uso/ me facilita o uso de preservativo”. Além disso, o campo descritivo teórico de uso de drogas (no original denominado hábitos tóxicos) foi desdobrado em nove itens correspondendo a nomeação de cada substância tóxica.

Sendo assim, a versão após aplicação piloto ficou com 142 itens (43 sociodemográficos e 99 itens específicos da TCP e crenças). Configurando-se um acréscimo de 17 novos itens sociodemográficos e 11 novos itens específicos da TCP e crenças.

DISCUSSÃO

Considera-se um importante avanço o processo de adaptação do questionário CIPRASEX HSH para a realidade brasileira. Trata-se de um instrumento com itens diretos e claros sobre as práticas sexuais e sua relação com o uso de preservativos, voltado especificamente a HSH. Por meio das entrevistas semiestruturadas realizadas durante o estudo piloto, foi possível observar que as informações referidas pelos participantes em relação ao

uso do preservativo condizem com as dimensões previstas no questionário original. Além disso, identifica-se relação entre tais dimensões e a literatura, salientando-se eixos como consequências em fazer sexo sem preservativos - doenças, sofrimento psicológico e mais prazer (Martín et al., 2011; Silva & Iriart, 2010; Pinheiro et al., 2013); aspectos que dificultam o uso de preservativos - tédio, desconforto, perda de sensibilidade e o uso de álcool e outras drogas (Martín et al., 2011; Alvy et al., 2011; Rocha et al., 2013; Carrico et al., 2014).

Em relação as pessoas importantes que influenciam no uso dos preservativos na relação sexual, é possível identificar a força de interferência dos parceiros, da representação de confiança atribuída ao outro (Antunes & Paiva, 2013) no processo decisório no uso de preservativos. Observa-se no estudo que a influência familiar é limitada, como também foi verificado no estudo realizado na Espanha (Martín et al., 2011). Nas entrevistas foram mencionados conflitos familiares a respeito da homoafetividade e mesmo a ocultação da homossexualidade no contexto familiar e social.

Em concordância com o autor do instrumento, todo o processo de tradução e retradução foi feito também com o objetivo de ter uma versão menos extensa do CIPRASEX HSH. Nesta direção, a participação de pesquisadores, trabalhadores de serviços de saúde e informantes-chaves foram fundamentais para pensar uma versão do instrumento que fosse realmente adequada ao contexto brasileiro. Entretanto, nesta adaptação se mostrou também necessária a inclusão de itens.

Nas entrevistas identificaram-se aspectos que também se apoiam em questões culturais já mencionadas na literatura, como fatores de interferência no comportamento das pessoas em relação à sexualidade de forma geral e, de forma decorrente, ao uso dos preservativos. Exemplos disso é a importância dos movimentos sociais na constituição das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil (Grangeiro, Silva, & Teixeira, 2009), da escola como espaço de constituição de cidadania, respeito e inclusão das diversidades (Figueiró, 2006) e o papel da comunicação dentro da formação cultural brasileira. Assim, incluíram-se itens no questionário que investigam a influência de outros profissionais da saúde e instituições sociais (escola, mídia, ativismo em grupos LGBT) sobre a intenção de uso de preservativos, bem como o papel da comunicação virtual nesse processo.

O uso das tecnologias e dos aplicativos foi mencionado especialmente quando os participantes respondiam ao item sobre a prática de sexo anônimo, presente no questionário e que se referia aos espaços públicos (parques, banheiros, etc.). Ao responder este item, os

participantes associavam e questionavam se a prática de sexo anônimo também se referia ao uso dos aplicativos de celular, ou se o aumento no número de parceiros e exposição ao risco estaria ligado a esses aplicativos, tendo em vista sua popularização no contexto gay (Miskolci, 2014; Miskolci 2017; Pelúcio, 2016).

O propósito desse questionário é preencher uma importante lacuna em relação à identificação de fatores associados ao não uso de preservativos entre HSH. Assim como indicam Borsa et al. (2012), a tradução demandou um trabalho de equipe não só para verificação da compreensão semântica, idiomática e conceitual, mas especialmente no aspecto experiencial, no quanto os itens faziam sentido e eram aplicáveis ao subgrupo populacional a que se destina, o que é reforçado pela literatura.

Importante salientar que esta pesquisa descreve o processo de adaptação do questionário CIPRASEX HSH, sendo que estudos psicométricos do instrumento se fazem necessários para verificação de sua capacidade preditiva. Recomendam-se estudos futuros em que sejam realizadas as análises fatoriais exploratórias para confirmar a adequação dos itens às dimensões. Espera-se que esse instrumento possa ser futuramente utilizado por serviços de saúde, como forma de auxiliar na identificação de aspectos relevantes e singulares dos usuários em relação à intenção, suas crenças e estratégias de prevenção.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Alvy, L. M., McKirnan, D. J., Mansergh, G., Koblin, B., Colfax, G. N., Flores, S. A., Hudson, S. (2011). Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1171-1179. doi:10.1007/s10461-010-9678-z

- Antunes, M. C., & Paiva, V. S. F. (2013). Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1125-1143. doi:10.9788/TP2013.3-EE17PT
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi:10.1590/S0103-863X2012000300014
- Beyrer, C., Baral, S. D., Van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380, 367-377. doi:10.1016/S0140-6736(12)60821-6
- Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016*. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>
- Brignol, S., & Dourado, I. (2011). Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 423-434. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300007>.
- Carrico, A. W., Woolf-King, S. E., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., & Johnson, M. O. (2014). Stimulant use and HIV disease management among men in same-sex relationships. *Drug and alcohol dependence*, 139, 174-177. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.03.025.
- Figueiró, M. N. D. (2006). Educação sexual: como ensinar no espaço da escola. *Revista Linhas*, 7 (1). Recuperado de <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1323>.
- Grangeiro, A., Silva, L. L. D., & Teixeira, P. R. (2009). Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(1), 87-94. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>
- Guimarães, M. D. C., Ceccato, M. D. G. B., Gomes, R. R. F. M., Rocha, G. M., Camelo, L. D. V., Carmo, R. A., & Acurcio, F. D. A. (2013). Vulnerabilidade e fatores associados com HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4), 412-426. doi: 10.5935/2238-3182.20130067

- Julio, R. S., Friedman, R. K., Cunha, C. B., De Boni, R. B., Cardoso, S. W., Torres, T., ... & Grinsztejn, B. (2015). Unprotected Sexual Practices Among Men Who Have Sex with Women and Men Who Have Sex with Men Living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro. *Archives of sexual behavior*, 44(2), 357-365. doi:10.1007/s10508-014-0357-4
- Kirby, T. (2015). New HIV diagnoses in MSM in high-income countries. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(1), 23-24. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)71068-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71068-0)
- Martín, M.J., Martínez, J.M. y Rojas D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 29(6), 433-443. Retrieved from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9497>
- Maksud, I., Fernandes, N. M., & Filgueiras, S. L. (2015). Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 104-119. doi:10.1590/1809-4503201500050008
- Miskolci, R. (2014). Negociando visibilidades: segredo e desejo em relações homoeróticas masculinas criadas por mídias digitais. *Bagoas - Estudos gays, gêneros e sexualidades*, 8(11), 51-78. Recuperado de: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/6543>
- Miskolci, R. (2017). *Desejos Digitais: uma análise sociológica por parceiros on-line*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Pelúcio, L. (2016). Afetos, mercado e masculinidades contemporâneas: notas iniciais de uma pesquisa em aplicativos móveis para relacionamentos afetivos/sexuais. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, 6(2), 309-333. doi: 10.4322/2316-1329.016
- Pinheiro, T. F., Calazans, G.J., & Ayres, J. R. C. M. (2013). Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas em Psicologia*, 21 (3), 815-836. doi: 10.9788/TP2013.3-EE07PT
- Rocha, G. M., Gomes, R. R. D. F. M., Camelo, L. D. V., Ceccato, M. D. G. B., & Guimarães, M. D. C. (2013). Sexo anal receptivo desprotegido entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. *Revista Médica Minas Gerais*, 23 (4), 437- 445. doi: 10.5935/2238-3182.20130069

- Rojas, D. (2004). *Conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en hombres que practican el sexo con hombres (HSH): desarrollo de un modelo predictivo*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Silva, L.A.V., & Iriart, J.A.B. (2010). Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (35), 739-752. doi: 10.1590/S1414-32832010005000021
- Tanzer, N. K. (2005). Developing tests for use in multiple languages and cultures: A plea for simultaneous development. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 235-264). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Træen, B., Hald, G.M., Noor, S.W., Iantaffi, A., Grey, J. & Rosser, B.R.S. (2014). The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International Journal of Sexual Health*, 26, 13–24. doi: 10.1080/19317611.2013.823900.
- UNAIDS (2016). *Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV*. Retrieved from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf
- Wade, R., Harper, G. W., & Bauermeister, J. A. (2017). Psychosocial Functioning and Decisional Balance to Use Condoms in a Racially/Ethnically Diverse Sample of Young Gay/Bisexual Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 195-204. doi:10.1007/s10508-016-0912-2

Artigo 3: Estudo psicométrico do questionário de investigação sobre práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens – CIPRASEX HSH

Psychometric study of the research questionnaire on sexual practices of men who have sex with men - CIPRASEX MSM

RESUMO

O objetivo do estudo é validar psicometricamente o Questionário de Investigação sobre Práticas Sexuais de Homens que fazem Sexo com Homens – CIPRASEX HSH, instrumento elaborado para avaliação do comportamento de uso de preservativos no que se refere às relações sexuais entre homens que fazem sexo com homens (HSH). Participaram 249 usuários HSH recrutados em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado na cidade de Porto Alegre/RS, no período de maio de 2017 a março de 2018, todos maiores de 18 anos. Realizou-se análises de consistência interna, análises fatoriais e de correlação. O instrumento final é composto por 13 fatores e 67 itens. O questionário possui boas características psicométricas e os resultados confirmam a associação entre suas dimensões e a intenção relacionada ao uso de preservativos entre HSH. Cabe destacar que, para viabilizar ações singulares mais efetivas para promoção de saúde entre HSH, é necessário a compreensão contextual de forma a identificar os fatores interferentes na intenção do sexo desprotegido, o que poderá ser analisado com o CIPRASEX HSH.

Palavras-chave: avaliação; intenção; sexo sem proteção; HSH.

ABSTRACT

The objective of the study is to validate the Sexual Activities Research Questionnaire of Men Who Have Sex with Men (CIPRASEX MSM), an instrument developed to assess the use of condom behaviors in sexual relations between men who have sex with men (MSM). 249 MSM users, all above 18 years old, were recruited at a Testing and Counseling Center (CTA), located in the city of Porto Alegre / RS, from May 2017 to March 2018. Internal consistency, factorial and correlation analysis were performed. The final instrument consists in 13 factors and 67 items. The questionnaire has good psychometric characteristics and the results confirm the association between its dimensions and the intention related to the use of condoms among MSM. It is important to highlight that, to enable more effective actions for health promotion

among MSM, contextual understanding is necessary to identify the interfering factors in the intention of unprotected sex, which can be analyzed with CIPRASEX MSM.

Keywords: evaluation; intention; unprotected sex; MSM.

INTRODUÇÃO

Desde o início das políticas relativas à Aids no Brasil e no mundo, o uso dos preservativos segue como uma das principais recomendações no campo da prevenção (Pinheiro, Calazans, & Ayres, 2013; Ybarra et al., 2017). O sexo desprotegido segue como fator preponderante para a aquisição e transmissão da infecção pelo HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no mundo (Soares et al., 2017, Mayaphi et al., 2018). Ainda que as pessoas reconheçam o preservativo como a melhor forma de evitar o HIV (94%), apenas 19,9% afirmam utilizar preservativo com parcerias fixas e 54,9% com parcerias casuais (Ministério da Saúde, 2016). Na atualidade encontra-se disponível um conjunto de métodos preventivos capazes de evitar a transmissão e a aquisição do HIV, baseados na terapia antirretroviral (TARV), e que compõem a chamada prevenção combinada.

No entanto, os métodos tradicionais, entre eles os preservativos masculino e feminino, ainda seguem sendo os mais conhecidos e com menor número de efeitos adversos, apresentando maior acesso, aceitação e frequência de uso (Grangeiro, Ferraz, Calazans, Zucchi & Díaz-Bermúdez, 2015). Além disso, as intervenções biomédicas antirretrovirais como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PREP) ao HIV, demandam autoadministração continuada dos medicamentos para que sejam efetivas (Kuchenbecker, 2015), não prevenindo outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Cabe destacar que a eficácia da PREP é reduzida se a pessoa possui alguma IST (Queiroz & Sousa, 2017).

Estudos na área de prevenção da saúde sexual tem reforçado a importância da análise das crenças e atitudes que envolvem o comportamento sexual, relacionado ao não uso de preservativos. Nesses estudos se consideram que as especificidades de gênero e das práticas sexuais são fatores interferentes no comportamento preventivo (Brito e Cunha & Gomes, 2015; Dourado, MacCarthy, Reddy, Calazans & Gruskin, 2015).

A atitude é um importante conceito que surge como sendo uma disposição mental, organizada a partir da experiência, que exerce uma motivação diretiva sobre o comportamento em relação aos objetos e situações (Allport, 1935). Nesse sentido, pode-se entender a atitude

como tendência de reação ou disposição adquirida. Posteriormente, esse conceito foi desenvolvido no sentido de considerar a atitude como uma tendência psicológica - formada e causada por elementos afetivos, cognitivos e de conduta - que atribui grau de aprovação ou desaprovação a determinada entidade particular (Eagly & Chaiken, 1993).

Para a Teoria do Comportamento Planejado (TCP) a atitude se define como uma predisposição aprendida a responder consistentemente de forma favorável ou desfavorável a respeito de um dado objeto ou situação (Fishbein & Ajzen, 1975). Assim dentro desse modelo teórico, as crenças salientes do indivíduo irão constituir as atitudes, as normas subjetivas e o controle percebido sobre o comportamento, influenciando a intenção comportamental que por sua vez refletirá no comportamento realizado (Ajzen, 1991). Entende-se por norma subjetiva, a pressão social percebida para realização ou não de determinado comportamento (Ajzen, 1991). O controle percebido sobre o comportamento caracteriza-se pela facilidade ou dificuldade percebida de realizar o comportamento (Schifter y Ajzen, 1985). A intenção comportamental é definida como a probabilidade subjetiva de ocorrer um comportamento, o que envolve a relação existente entre uma pessoa e uma ação (Fishbein & Ajzen, 1975).

A Teoria do Comportamento Planejado, de Icek Ajzen, representa um avanço à medida que tem sido apresentada como um referencial teórico-metodológico útil para pesquisas que envolvam aferição de atitude. Segundo a TCP, as atitudes, somadas a aspectos relacionados à pressão social percebida, à infraestrutura disponível e à habilidade dos indivíduos, irão determinar as intenções comportamentais dirigidas a comportamentos específicos (Heidemann, Araujo & Veit, 2012).

Na TCP é a intenção que opera como preditor do comportamento ou da conduta. Assim a atitude, bem como os demais elementos, não prediz diretamente a conduta e sim incide sobre ela, através de seus efeitos sobre as intenções. Nesse sentido, quanto maior a intensidade da intenção do comportamento, maior será a probabilidade de sua realização efetiva (Ajzen 1991).

Os construtos da TCP têm sido utilizados internacionalmente para compreensão do uso de preservativos em diferentes contextos (Albarracín, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001; Gomes & Nunes, 2017; Rich, Mullan, Sinsbury & Kuczmierczyk, 2014), na antecipação das intenções de usar preservativo e subsequente confirmação do uso real do preservativo (Protogerou, Flisher, Wild & Aarø, 2013; Eggers, Taylor, Sathiparsad, Bos & Vries, 2013). A TCP também é aplicada na construção de intervenções para a redução de

comportamentos de risco (Steinmetz, Knappstein, Ajzen, Schmidt & Kabst, 2016; Tyson, Covey & Rosenthal, 2014). As conclusões desses estudos apontam que a TCP se constitui em um quadro útil para compreensão da conduta relacionada ao uso de preservativos e para concepção de intervenções dirigidas à mudança de comportamentos de exposição ao risco (Albarracín et al., 2001; Steinmetz et al., 2016).

No Brasil, estudos voltados para o uso de preservativos com base na TCP ainda são incipientes. Matos, Veiga e Reis (2009) verificaram a intenção de uso do preservativo masculino entre jovens através da TCP, observaram que homens são mais inclinados a não usarem preservativos e as mulheres destacaram a importância da influência de ginecologistas e pais na orientação para que façam sexo seguro. Chinazzo, Câmara e Frantz (2014) verificaram a compreensão das variáveis emocionais sobre a intenção de repetir o comportamento de manter relações sexuais sem preservativo entre jovens. E ainda, Cabral, Saldanha e Amorim (2016) realizaram estudo com mulheres sobre as crenças normativas e comportamentais que interferem no uso de preservativo masculino nas relações sexuais.

Como podemos verificar a questão da saúde sexual e de como prevenir comportamentos de risco à exposição às IST, tem sido alvo de estudos através da TCP. No entanto, para além da educação sexual, outros recursos que possibilitem a instrumentação de profissionais da saúde e que facilitem a identificação de fatores associados ao não uso de preservativo precisam ser acessados.

Apesar de haver no Brasil estudos sobre fatores associados ao não uso de preservativos em populações vulneráveis (da Fonte et al., 2017; Soares, Silva, Silva, Freire e Nogueira, 2017) e instrumentos como a Escala de Auto Eficácia no Uso de Preservativos – EAUP (Andrade et al., 2018), há carência de instrumentos que possam ser utilizados para avaliar a intenção do uso de preservativo entre HSH. Entende-se que para viabilizar ações singulares mais efetivas para promoção de saúde nessa população é necessário a compreensão contextual de forma a identificar os fatores interferentes na intenção do sexo desprotegido entre HSH.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo realizar a validação psicométrica da versão brasileira do Questionário de Investigação sobre Práticas Sexuais de Homens que fazem Sexo com Homens – CIPRASEX HSH, instrumento elaborado para avaliação do comportamento de uso de preservativos no que se refere às relações sexuais entre homens que fazem sexo com homens (HSH), considerando suas especificidades.

MÉTODO

O estudo foi organizado em cinco etapas: (1) tradução e tradução reversa do questionário CIPRASEX HSH; (2) avaliação por *experts* e pelo público-alvo; (3) estudo piloto; (4) versão brasileira do CIPRASEX HSH, a partir da análise de dados qualitativos do estudo piloto; (5) análise psicométrica da versão final do instrumento. As primeiras quatro etapas foram descritas anteriormente (Ew, Martinez, Carvalho & Rocha, no prelo) e a quinta etapa corresponde na aplicação e realização de estudos psicométricos do CIPRASEX HSH para o português do Brasil, que é o foco deste artigo.

Participantes

Participaram 249 usuários HSH recrutados em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado na cidade de Porto Alegre/RS, no período de maio de 2017 a março de 2018, todos maiores de 18 anos e que tiveram pelo menos uma relação sexual anal sem preservativos nos últimos 12 meses. Foram convidados 279 usuários, 254 aceitaram responder ao CIPRASEX HSH e destes 249 concluíram o questionário.

Procedimento

A aplicação do questionário ocorreu em um CTA e coincidiu com a espera pelo resultado do teste rápido, com duração estimada entre 30 a 40 minutos, sendo realizado em espaço físico destinado à pesquisa. Os participantes foram convidados a responder de forma autoaplicável o questionário CIPRASEX HSH, sempre acompanhado de pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas, durante o tempo de espera pelos resultados dos exames de HIV e outras IST.

O estudo considerou os aspectos éticos exigidos na Resolução do Conselho Nacional da Saúde 510/2016, tendo sido o projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade X (Nº do parecer: 1.892.233). Todos os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumento

O CIPRASEX HSH é um questionário de fatores sociais e individuais que compõem a autogestão do uso de preservativo nas relações sexuais anais entre HSH. Criado a partir do modelo da Teoria do Comportamento Planejado (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991), o questionário apresenta como dimensões a atitude, a norma subjetiva e o controle percebido sobre o comportamento, associados às crenças que darão o grau de intenção para realização

do comportamento de não uso do preservativo (Rojas 2004; Martín, Martínez, & Rojas, 2011).

Estudo elaborado por Martín, Martínez y Rojas (2011), apresenta a adequação da TCP para a análise do comportamento do não uso de preservativos entre HSH. No estudo original foram identificados processos automatizados no comportamento sexual, sendo elementos presentes as seguintes questões: a crença que o parceiro não tem uma IST, a adrenalina associada à liberação do comportamento, o desejo ativado, o conhecimento prévio do companheiro, o aspecto físico e ainda a menção de casos míticos que apresentariam comportamento sexual de risco com grande número de parceiros sexuais e nenhuma infecção. Também em relação ao componente atitudinal, foi visto que é necessário conhecer as expectativas de risco que são foco de atenção dos sujeitos, isto é, em quais contextos os participantes identificam a ocorrência de maior risco (Martín et al., 2011).

O questionário completo é composto por 142 itens divididos em 99 itens relacionados às variáveis principais e 43 itens referentes às variáveis associadas. A avaliação da Intenção será feita através de quatro itens. A seguir serão descritas as três principais dimensões e suas subdimensões: 1) Atitude (43 itens) com as subdimensões “Atitude geral”, “Racionalidade da conduta sexual de risco” e “Probabilidade da ocorrência das consequências”. Além disso, foram incluídas neste construto a “Estabilidade da conduta e interferência do ambiente” e as “Crenças associadas ao uso do preservativo”; 2) Norma Subjetiva (24 itens) com as subdimensões “Norma subjetiva geral - opinião dos referentes” e “Importância da opinião dos referentes”; 3) Controle Percebido sobre o Comportamento (28 itens) com as subdimensões “Controle percebido geral” e “Crenças de controle percebido sobre o comportamento”. As variáveis são respondidas por meio de respostas tipo *likert* com intervalo de sete pontos.

As variáveis associadas apresentam como composição itens relacionados aos aspectos sociodemográficos (nome, idade, endereço do correio eletrônico e/ou fone contato); à história sexual do sujeito (orientação sexual, número de parceiros, número de relações sexuais sem preservativos, parceiros com quem mantém sexo inseguro, sorologia dos parceiros, tipos de relações anais, existência prévia de IST, aspectos referentes ao início das relações sexuais, número de testes de HIV) e ao consumo de substâncias (consumo de álcool e outras drogas).

Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso do programa *Statistical Package for social Sciences* (SPSS). Em relação à análise dos dados, foram analisados

somente os questionários que não apresentavam dados perdidos, priorizando a consistência dos dados. Neste sentido, a amostra pode variar nas diferentes dimensões, o que estará descrito nos resultados. Ao analisar o padrão dos casos perdidos, foram eliminados dois itens em função do elevado número de respostas ausentes, sendo eles: “quando vou a *darkrooms* e faço sexo anal, uso preservativo – sempre...nunca e “quando faço sexo anal com parceiros eventuais de aplicativos, uso preservativo - sempre...nunca.

Os dados de caracterização da amostra estão descritos na tabela 1 com os valores de média, desviação estandar, mediana e intervalos interquartis de cada uma das variáveis do instrumento. Cabe destacar que, em função do tamanho da amostra, a análise foi feita por blocos de fatores a semelhança do estudo original, respeitando o modelo teórico. Assim, a análise de dados foi primeiramente feita com cada uma das três dimensões teóricas do instrumento separadamente: Atitude, Norma Subjetiva e Controle Percebido sobre o Comportamento. Posteriormente, foram feitas as análises do instrumento como um todo.

A análise de consistência interna foi calculada por meio do Alfa de Cronbach de todos os itens, verificando se algum item deve ser excluído da análise e a correlação entre os itens. O valor mínimo aceitável para o coeficiente de Cronbach é de 0,70 e o valor máximo esperado é 0,90, acima deste valor é considerado que existe redundância ou duplicação de itens (Oviedo e Campo-Arias, 2005).

Na sequência, foi realizada uma análise fatorial exploratória Varimax, o cálculo do índice Kaiser-Meyer-Olkin – KMO para identificar a adequação da amostra à análise fatorial, os valores de anti-imagem e comunalidades. Estes resultados e os dados de consistência interna foram considerados para decidir se o item deveria se manter ou não na escala.

Depois de excluídos os itens, foi repetida a análise fatorial exploratória com a opção de rotação Varimax, buscando-se analisar a variabilidade explicada do instrumento, bem como a solução fatorial do instrumento. Posteriormente, forçou-se a solução fatorial nas situações em que o número de componentes excedia a três fatores e cuja variância explicada apresentava resultado acima de 40%, A partir desta análise confrontou-se o modelo teórico proposto pelas dimensões com os resultados da análise fatorial. Na última etapa de análise realizou-se a correlação de Spearman, na qual se buscou analisar a correlação entre intenção e as diferentes dimensões do instrumento.

RESULTADOS

Características dos participantes, preferências e história sexual dos pesquisados

Os participantes do estudo tinham em média 27 anos (entre 18 e 60 anos), sendo que a maioria dos homens era solteiro (89,7%), branco (68,9%) e com 12 anos ou mais de escolaridade (74,1%). Características relativas a preferências sexuais e história da vida sexual encontram-se na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1. Descrição das características das preferências e história sexual dos participantes da pesquisa

	N	%Total	% Válido
Preferência Sexual			
- Mantenho relações sexuais com:			
Somente homens	208	83,5	83,5
Preferentemente com homens e esporadicamente com mulheres	23	9,2	9,2
Tanto com homens como com mulheres	15	6,0	6,0
Preferentemente com mulheres e esporadicamente com homens	3	1,2	1,2
Total	249	100,0	100,0
- Me reconheço como sendo:			
Homossexual	166	66,7	67,8
Heterossexual	3	1,2	1,2
Bissexual	28	11,2	11,4
Outro - Qual?	48	19,3	19,6
Total	245	98,4	100,0
Ausente	4	1,6	
História da vida sexual			
- Você já teve alguma relação sexual com homens sem preservativos?			
Não	29	11,6	12,5
Sim	203	81,5	87,5
Total	232	93,2	100,0
Ausente	17	6,8	
- Você usa aplicativos de celular para procura de parceiros sexuais?			
Não	64	25,7	25,7
Sim	185	74,3	74,3
Total	249	100,0	100,0
Parceiros sexuais e sexo sem preservativo			
- Quando faço sexo anal sem preservativo:			
Sempre sou ativo	34	13,7	13,7
Sou preferencialmente ativo	60	24,1	24,1
Sou tanto ativo como passivo	103	41,4	41,4
Sou preferencialmente passivo	37	14,9	14,9
Sempre sou passivo	15	6,0	6,0
Total	249	100,0	100,0
- Faço sexo anal sem preservativo:			
Somente com parceiro fixo	110	44,2	44,4
Preferencialmente com meu parceiro fixo e, às vezes, com outros parceiros eventuais	41	16,5	16,5
Tanto com meu parceiro fixo, como com parceiros eventuais	7	2,8	2,8
Preferencialmente com outros parceiros eventuais e às vezes com parceiro fixo	5	2,0	2,0
Somente com parceiros eventuais	18	7,2	7,3
Não se aplica a mim, pois sempre uso preservativo	67	26,9	27,0
Total	248	99,6	100,0
Ausente	1	0,4	
Prevenção HIV			
- Participa de algum movimento LGBT?			
Não	220	88,4	89,8
Sim	25	10,0	10,2
Total	245	98,4	100,0
Ausentes	4	1,6	
- Você já participou de algum programa de prevenção de HIV/ Aids?			

Não	135	54,2	54,9
Sim	111	44,6	45,1
Total	246	98,8	100,0
Ausentes	3	1,2	
- Você recebeu informações na escola sobre o uso de preservativo?			
Não	54	21,7	21,9
Sim	193	77,5	78,1
Total	247	99,2	100,0
Ausentes	2	0,8	

Em relação ao teste rápido a maioria dos participantes já havia realizado o teste rápido (88%), mas poucos tinham realizado a PEP (18%) e a PREP (1,2%). Também era pequena a participação dos sujeitos de pesquisa em movimentos LGBT (10,2%) e muitos faziam sexo com parceiros eventuais de aplicativos (74,3%).

Dimensões e itens do CIPRASEX

Na tabela 2 se apresentam as análises descritivas de cada um dos itens com a descrição da média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartis (Percentil 25 e 75). Para manter uma lógica crescente na escala *likert*, 59 itens foram invertidos e estão sublinhadas na Tabela 2. O ponto um da escala corresponde às respostas com maior tendência para o uso de preservativo e menor risco; e o ponto sete corresponde à maior tendência ao não uso de preservativo e maior risco. A configuração e análise dos itens das dimensões pode ser verificada a seguir:

Tabela 2 – Descrição das médias, desviação estandar, percentis 25 e 75

1) Atitude	Média	DS	Mediana	Pc 25	Pc 75
Fazer sexo anal sem preservativo para mim é algo que...					
<u>1.</u> Não gosto: gosto	4,26	2,32	4	2	7
2. Muito perigoso: nada perigoso	1,58	1,19	1	1	2
3. Me faz sentir mal: me faz sentir bem	2,70	1,77	2	1	4
4. Ruim: bom	4,04	2,26	4	2	6
5. Inseguro: seguro	1,47	1,13	1	1	1
<u>6.</u> Esporádico: frequente	2,66	2,12	1	1	4
<u>7.</u> Muito pensado: nada pensado	3,91	2,38	4	1	6
8. Racional: emocional	4,69	2,20	5	3	7
9. Voluntário: involuntário	3,03	2,19	2	1	5
Fazer sexo anal sem preservativo para mim é algo que (...) muito improvável/muito provável					
10. Me faria sentir mais prazer...	4,75	2,30	6	2	7
11. Me deixaria mais confortável...	3,49	2,32	3	1	6
<u>12.</u> Me deixaria ansioso: <u>muito provável/muito improvável</u>	3,50	2,36	3	1	6
13. Me faria sentir bem comigo mesmo...	2,37	1,80	2	1	4
14. Me faria sentir mais livre ...	3,05	2,13	2	1	5
15. Me deixaria com mais tesão...	4,75	2,36	6	2	7
16. Me faria sentir maior compromisso na minha relação...	4,01	2,43	4	1	7
<u>17.</u> Poderia fazer com que eu transmitisse HIV/ Aids para outra pessoa: <u>muito provável/muito improvável</u>	3,51	2,60	3	1	7

18. Eu poderia transmitir para outra pessoa DST: <u> muito provável/muito improvável</u>	3,53	2,60	3	1	7
19. Me faria sentir melhores sensações...	4,88	2,21	6	3	7
20. Me geraria insegurança: <u> muito provável/muito improvável</u>	2,34	1,97	1	1	3
21. Seria um risco grave para a minha vida: <u> muito provável/muito improvável</u>	2,05	1,71	1	1	3
22. Poderia me transmitir o HIV / Aids: <u> muito provável/muito improvável</u>	1,80	1,58	1	1	2
23. Poderia fazer com que eu contraísse DST: <u> muito provável/muito improvável</u>	1,79	1,62	1	1	2
24. Seria mais confortável para o meu parceiro sexual...	4,48	2,09	4	3	7
25. Faria com que meu parceiro sexual sentisse maior compromisso na relação...	3,75	2,12	4	2	6
26. Faria meu parceiro sexual sentir melhores sensações...	5,12	1,95	6	4	7
27. Provocaria mais tesão ao meu parceiro sexual...	5,33	1,87	6	4	7
28. Faria meu parceiro sexual sentir mais prazer...	5,26	1,88	6	4	7
30. Com relação à minha opinião sobre fazer sexo anal sem preservativo, durante o último ano: estou mais contra/ mais a favor	2,55	1,72	2	1	4
93. Vou a <i>darkrooms</i> (salas escuras): nunca/sempre	1,60	1,28	1	1	1
94. Quando eu vou para <i>darkrooms</i> e faço sexo anal, uso preservativo: <u> sempre/nunca</u>	2,25	2,08	1	1	2
95. Eu pratico sexo anônimo (sexo casual em parques, banheiros etc.): nunca/sempre	1,85	1,65	1	1	2
96.1. Faço sexo anal com parceiros eventuais de aplicativos: nunca/sempre	1,77	,42	2	2	2
96.2. Quando faço sexo anal com parceiros eventuais de aplicativos, uso preservativo: <u> sempre/nunca</u>	1,71	1,17	1	1	2
66. Os ganhos que tenho quando faço sexo anal sem me compensam os riscos que assumo: falso/verdadeiro	2,26	2,05	1	1	3
67. Preservativos me proporcionam confiança limitada já que costumam se romper: falso/verdadeiro	3,20	2,13	3	1	5
70. Considero que usar o preservativo pode fazer que meu parceiro sexual tenha uma imagem de mim: <u> muito negativa/muito positiva</u>	2,46	1,87	2	1	4
71. Uma vez que você tenha começado a relação sexual, fazer uma pausa para colocar o preservativo é algo: <u> muito positivo/muito negativo</u>	3,10	1,99	3	1	4
72. Adquirir preservativos é algo: <u> muito fácil/muito difícil</u>	1,52	1,18	1	1	1
73. Para mim, assumir que era homossexual foi algo: <u> muito fácil/muito difícil</u>	4,92	2,10	6	3	7
74. Para mim, ser homossexual é algo: <u> muito positivo/muito negativo</u>	2,50	1,66	2	1	4
97. Creio que me infectar com HIV/Aids iria me levar a uma situação social: muito negativa/muito positiva	2,17	1,45	2	1	3
98. Creio que me infectar com HIV/Aids me levaria a uma situação médica: muito negativa/muito positiva	2,47	1,70	2	1	3
99. Em função das medicações disponíveis, acredito que infectar-me com HIV/Aids é algo: <u> muito perigoso/nada perigoso</u>	2,29	1,47	2	1	3

2) Controle Percebido

29. Durante o próximo mês, se eu quiser, posso fazer sexo anal sem preservativo: falso/verdadeiro	2,77	2,42	1	1	5
34. Eu sou capaz de evitar os problemas que me podem ocorrer ao fazer sexo anal sem preservativo: falso/verdadeiro	3,15	2,54	2	1	6
35. Quando eu acho que vou fazer sexo anal, vem rapidamente à minha cabeça o uso de preservativos: <u> verdadeiro/falso</u>	2,04	1,71	1	1	2

36. Antes de fazer sexo anal sem preservativo eu penso cuidadosamente sobre as possíveis consequências: <u>verdadeiro/falso</u>	2,42	1,88	2	1	3
37. Tenho confiança que posso mudar meus hábitos sexuais com relação ao uso do preservativo: <u>verdadeiro/falso</u>	2,66	2,16	2	1	4
38. Se quero, posso utilizar o preservativo em minhas relações sexuais anais sem preservativo: <u>verdadeiro/falso</u>	1,84	1,69	1	1	2
39. Quando faço sexo anal sem preservativo, penso que algo de ruim vai acontecer: <u>sempre/nunca</u>	2,19	1,68	1	1	3
40. Na atualidade, faço sexo anal sem preservativo: <u>nunca/sempre</u>	2,92	2,12	2	1	5
41. Pergunto para meus parceiros fixos, com os quais tenho relações sem preservativos, se eles têm HIV: <u>sempre/nunca</u>	2,67	2,22	1	1	4
42. Pergunto para meus parceiros eventuais, com os quais tenho relações sem preservativos, se eles têm HIV: <u>sempre/nunca</u>	3,66	2,45	3	1	7
43. Quando faço sexo anal, tenho preservativos disponíveis por perto: <u>sempre/nunca</u>	1,93	1,45	1	1	2
44. Fazer sexo anal sem preservativo durante o próximo mês é algo que: <u>depende totalmente de mim/ não depende em nada</u>	1,53	1,16	1	1	1

3) Norma Subjetiva

(...) não deveria/deveria fazer sexo anal sem preservativo					
31. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu...	1,38	,94	1	1	1
45. Meu <i>parceiro fixo</i> pensa que eu...	3,62	2,26	4	1	6
46. Outros parceiros sexuais eventuais pensam que eu...	2,72	1,85	2	1	4
47. Meus amigos pensam que eu...	1,62	1,34	1	1	2
48. Meu médico pensa que eu...	1,29	1,09	1	1	1
49. Minha mãe pensa que eu...	1,27	1,00	1	1	1
50. Meu pai pensa que eu...	1,39	1,14	1	1	1
51. Meu (s) irmão (s) pensa (m) que eu...	1,43	1,16	1	1	1
(...) <u>me importa muito/não me importa nada</u>					
52. A opinião da minha mãe...	2,34	1,82	1	1	3
53. A opinião do meu pai...	3,24	2,25	3	1	5
54. A opinião do (s) meu (s) irmão (s) ...	2,73	1,98	2	1	4
55. A opinião do meu parceiro fixo...	1,82	1,33	1	1	2
56. A opinião dos meus outros parceiros sexuais eventuais...	3,58	2,29	3	1	6
57. A opinião dos meus amigos...	2,21	1,56	2	1	3
58. A opinião do meu médico...	1,45	,94	1	1	2
59. A opinião de outros profissionais da saúde...	1,56	1,10	1	1	2
60. Minha opinião...	1,19	,61	1	1	1
(...) <u>influenciam muito/não me influenciam em usar o preservativo</u>					
61. As informações apresentadas pela mídia...	2,34	1,66	2	1	3
62. Participar em movimentos LGBT...	3,60	2,16	4	2	5
63. Ter recebido na escola informações sobre práticas sexuais seguras...	2,62	1,83	2	1	4
64. Minha (s) crença (s) religiosa (s) ...	4,85	2,27	5	3	7
65. Encontrar preservativos gratuitos nas unidades de saúde...	2,53	2,02	2	1	4

Controle Percebido

(...) <u>me facilita/me dificulta o uso do preservativo</u>					
75. O consumo de álcool...	4,75	1,36	4	4	6
76. O uso de drogas...	4,47	1,18	4	4	5
77. Que a outra pessoa seja muito atraente...	4,08	1,44	4	4	5
78. Não conhecer a outra pessoa...	2,08	1,60	1	1	3
79. Estar muito excitado...	4,17	1,82	4	3	6
80. Que a outra pessoa tenha má aparência...	2,79	1,48	3	1	4
81. Sentir-me empolgado...	4,16	1,67	4	4	5

82. Não ter preservativos quando chega o momento...	5,09	1,82	5	4	7
83. Que a outra pessoa tenha um aspecto saudável...	4,05	1,49	4	4	5
84. Que a outra pessoa insista muito em fazer sexo anal sem preservativo...	3,40	2,08	4	1	5
85. Determinados locais, como saunas, bares ...	2,80	1,65	4	1	4
86. Que a outra pessoa não seja meu parceiro fixo...	2,02	1,46	1	1	3
87. Que a outra pessoa esteja disposta a fazer sexo anal (ativo ou passivo) sem preservativo...	3,04	1,89	3	1	4
88. Parar e pensar sobre as consequências...	1,75	1,31	1	1	2
89. Conhecer o parceiro sexual por aplicativo de celular...	2,12	1,42	1	1	4
90. Ter suficiente e boa informação sobre os possíveis riscos...	1,59	1,06	1	1	2
91. Sentir-me deprimido/ triste...	3,61	1,71	4	2	4
92. Saber usar o preservativo...	1,73	1,27	1	1	2
Intenção					
CX.32 Durante o <i>próximo mês</i> , tenho a intenção de fazer sexo anal sem preservativo: falso/verdadeiro	2,33	2,17	1	1	4
CX.33 Durante o <i>próximo ano</i> , tenho a intenção de fazer sexo anal sem preservativo: falso/verdadeiro	2,63	2,18	1	1	4
CX.68 Durante o próximo mês: farei sexo anal sem preservativo: muito improvável/muito provável	2,38	2,09	1	1	4
CX.69 Durante o próximo ano farei sexo anal sem preservativo: muito improvável/muito provável	2,84	2,19	2	1	5

Análise fatorial exploratória

A tabela 3 descreve os resultados da análise fatorial dos itens que configuram a versão final do instrumento. Primeiramente, foi realizada a análise fatorial de todas as dimensões e subdimensões que estavam presentes no questionário original. A dimensão “Atitude” se divide nas subdimensões: “Atitude geral” que designa a valorização geral dos sujeitos sobre o fazer sexo sem preservativo, “Racionalidade da conduta sexual de risco”, “Probabilidade de ocorrência das consequências”, “Variáveis associadas à atitude - estabilidade da conduta e interferência do ambiente” e “Crenças associadas ao uso do preservativo”.

A primeira dimensão "Atitude geral" está composta por cinco itens em um componente (N=245), com valor de KMO de 0,66, que indica a adequação da amostra à análise fatorial. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,59 e 0,81, os de comunalidades entre 0,29 a 0,65 e a variância explicada ao reunir todos os itens em um fator é de 49,7%. A análise de consistência interna é de 0,71 e nenhum item se fosse excluído melhoraria o alfa da dimensão. Os valores de correlação entre itens variaram entre 0,36 a 0,55.

A segunda subdimensão “Racionalidade da conduta sexual de risco”, está composta de quatro itens (N=247). A análise fatorial indica um valor de KMO de 0,61, considerado

adequado. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,59 e 0,64, os de comunalidades entre 0,34 a 0,50 e a variância explicada ao reunir todos os itens em um fator é de 40,6%. Este fator apresentou o valor do alfa cronbach de 0,09, com consistência muito inferior ao aceitável, tendo em vista este resultado este fator será retirado.

A terceira subdimensão da Atitude, “Probabilidade de ocorrência das consequências”, está composta por 16 itens (N=246). A análise fatorial indica, ao eliminar os itens 12, 17 e 18, um valor de KMO de 0,83, considerado bom. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,72 a 0,90, os de comunalidades entre 0,48 a 0,85 e a variância explicada ao reunir todos os itens em três fatores é de 61,6%. A análise de consistência interna é de 0,86. Os valores de correlação entre itens variaram entre 0,23 e 0,63.

A quarta subdimensão “Variáveis associadas à atitude - estabilidade da conduta e interferência do ambiente”, está composta de quatro itens (N=232). A análise fatorial indica um valor de KMO de 0,45, considerado inadequado. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,39 e 0,52, os de comunalidades entre 0,59 a 0,78 e a variância explicada ao reunir todos os itens em um fator é de 67,2%. Este fator apresentou o valor do alfa cronbach de 0,34, com consistência muito inferior ao aceitável, tendo em vista este resultado este fator será retirado.

A quinta subdimensão “Crenças associadas ao uso do preservativo” está composta de 10 itens (N=243). A análise fatorial indica um valor de KMO de 0,56, considerado ruim. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,40 e 0,60, os de comunalidades entre 0,38 a 0,73 e a variância explicada ao reunir todos os itens em um fator é de 58,3%. Este fator apresentou o valor do alfa cronbach de 0,30, com consistência muito inferior ao aceitável, tendo em vista este resultado este fator será retirado.

A dimensão “Norma Subjetiva” ficou dividida em duas subdimensões. A primeira “Norma subjetiva geral - opinião dos referentes” é composta com 8 itens agrupados em um fator (N= 232). A análise fatorial indica um valor de KMO de 0,81, considerado bom. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,69 e 0,70, os de comunalidades entre 0,04 e 0,82 e a variância explicada ao reunir todos os itens em um fator é de 43,4%. A análise de consistência interna é de 0,69. Os valores de correlação entre itens variaram entre 0,16 a 0,68.

A subdimensão “Importância da opinião dos referentes” é composta com 14 itens (N=229). A análise fatorial indica um valor de KMO de 0,76, considerado mediano. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,71 e 0,83, os de comunalidades entre 0,18 e 0,78 e a variância explicada ao reunir todos os itens em três fatores é de 50,8%. A análise de

consistência interna é de 0,77 e nenhum item se fosse excluído melhoraria o alfa da dimensão. Os valores de correlação entre itens variaram entre 0,26 a 0,54.

A dimensão “Controle Percebido sobre o Comportamento” apresenta duas subdimensões. A análise fatorial, ao eliminar os itens 29, 34, 37, 38 e 44, indicou que o fator “Controle percebido geral” com seis itens (N=243) apresentou um valor de KMO de 0,61, considerado adequado. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,52 e 0,72, os de comunalidades entre 0,30, e 0,77 e a variância explicada ao reunir todos os itens em dois componentes é de 61,2%. A análise de consistência interna é de 0,58 e os valores de correlação entre itens variaram entre 0,17 a 0,41.

A subdimensão “Crenças de controle percebido sobre o comportamento” com 18 itens apresentou um KMO de 0,80, considerado bom (N=240). Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,63 e 0,87, os de comunalidades entre 0,17 e 0,69 e a variância explicada ao reunir todos os itens em três componentes é de 44,6%. A análise de consistência interna é de 0,81 e nenhum item se fosse excluído melhoraria o alfa da dimensão. Os valores de correlação entre itens variaram entre 0,16 a 0,53.

A dimensão “Intenção” apresenta quatro itens (N=249). A análise fatorial indica um valor de KMO de 0,69, considerada adequada. Os valores de correlação anti-imagem variaram entre 0,68 e 0,70, os de comunalidades entre 0,81 e 0,83 e a variância explicada ao reunir todos os itens em um componente é de 81,8%. A análise de consistência interna é de 0,93 e nenhum item se fosse excluído melhoraria o alfa da dimensão. Os valores de correlação entre itens variaram entre 0,82 a 0,83. A seguir a Tabela 3 com a configuração dos dados da análise fatorial.

Tabela 3. Resultado análise fatorial das dimensões CIPRASEX HSH

	Correlação Anti- imagem	Comuna- lidades	Corrected Item- Total Correlati on	Cronbach' s Alpha if Item Deleted
DIMENSÃO ATITUDE				
Fator atitude geral				
Fazer sexo anal sem preservativo para mim é algo...				
1. Que eu não gosto: Que eu gosto	,59 ^a	,29	,36	,69
2. Muito perigoso: Nada perigoso	,63 ^a	,54	,53	,69
3. Me faz sentir mal: Me faz sentir bem	,81 ^a	,65	,40	,61
4. Ruim: Bom	,66 ^a	,47	,41	,61
5. Inseguro: Seguro	,61 ^a	,54	,55	,70
Fator atitude - probabilidade de ocorrência das consequências - prazer, sujeito e comprometimento				
6. Me faria sentir mais prazer	,86 ^a	,65	,60	,84
7. Me deixaria mais confortável	,89 ^a	,51	,53	,84

8. Me faria sentir bem comigo mesmo	.81 ^a	,54	,41	,85
9. Me faria sentir mais livre	.88 ^a	,57	,53	,84
10. Me faria sentir maior compromisso na minha relação	.73 ^a	,73	,40	,85
11. Faria com que meu parceiro sexual sentisse maior compromisso na relação	.78 ^a	,73	,47	,85
Fator atitude - probabilidade de ocorrência das consequências - prazer e parceiro				
12. Me deixaria com mais tesão	.86 ^a	,66	,63	,84
13. Me faria sentir melhores sensações	.90 ^a	,66	,55	,84
14. Seria mais confortável para o meu parceiro sexual	.87 ^a	,57	,51	,85
15. Faria meu parceiro sexual sentir melhores sensações	.90 ^a	,80	,61	,84
16. Provocaria mais tesão ao meu parceiro sexual	.79 ^a	,85	,61	,84
17. Faria meu parceiro sexual sentir mais prazer	.82 ^a	,85	,61	,84
Fator atitude - probabilidade de ocorrência das consequências – risco				
18. Me geraria insegurança	.82 ^a	,48	,27	,86
19. Seria um risco grave para a minha vida	.84 ^a	,80	,35	,85
20. Poderia me transmitir o HIV/Aids	.72 ^a	,85	,30	,85
21. Poderia fazer com que eu contraísse DST	.75 ^a	,83	,23	,86
DIMENSÃO NORMA SUBJETIVA				
Fator norma subjetiva geral – opinião referentes				
22. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu	.69 ^a	,09	,25	,69
23. Meu parceiro fixo pensa que eu...	.72 ^a	,04	,16	,76
24. Outros parceiros sexuais eventuais pensam que eu...	.87 ^a	,11	,25	,71
25. Meus amigos pensam que eu...	.85 ^a	,43	,54	,63
26. Meu médico pensa que eu...	.90 ^a	,58	,52	,64
27. Minha mãe pensa que eu...	.74 ^a	,83	,68	,62
28. Meu pai pensa que eu...	.78 ^a	,71	,57	,63
29. Meu (s) irmão (s) pensa (m) que eu...	.90 ^a	,67	,60	,63
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – família				
30. A opinião da minha mãe: me importa muito...não me importa nada	.80 ^a	,71	,53	,75
31. A opinião do meu pai	.80 ^a	,65	,46	,75
32. A opinião do (s) meu (s) irmão (s)	.73 ^a	,78	,54	,74
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – outros e eu				
33. A opinião do meu parceiro fixo	.78 ^a	,51	,39	,76
34. A opinião dos meus outros parceiros sexuais eventuais	.71 ^a	,35	,30	,77
35. A opinião dos meus amigos	.82 ^a	,52	,41	,76
36. A opinião do meu médico	.67 ^a	,65	,44	,76
37. A opinião de outros profissionais da saúde	.69 ^a	,62	,47	,76
38. Minha opinião	.69 ^a	,18	,26	,77
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – institucionais				
39. As informações apresentadas pela mídia (TV, rádio, internet) e campanhas em relação ao uso de preservativo	.83 ^a	,63	,49	,75
40. Participar em movimentos LGBT	.75 ^a	,35	,30	,77
41. Ter recebido na escola informações sobre práticas sexuais seguras	.82 ^a	,48	,46	,75
42. Minha (s) crença (s) religiosa (s)	.73 ^a	,22	,27	,78
43. Encontrar preservativos gratuitos nas unidades de saúde	.79 ^a	,45	,40	,76
DIMENSÃO CONTROLE PERCEBIDO SOBRE O COMPORTAMENTO				
Fator controle percebido - processamento espontâneo e sensação de vulnerabilidade				
44. Quando eu acho que vou fazer sexo anal, vem rapidamente à minha cabeça o uso de preservativos: verdadeiro...falso	.61 ^a	,75	,38	,51

45. Antes de fazer sexo anal sem preservativo eu penso cuidadosamente sobre as possíveis consequências: verdadeiro...falso	.68 ^a	,62	,41	,49
46. Quando faço sexo anal sem preservativo, penso que algo de ruim vai acontecer: verdadeiro...falso	.70 ^a	,30	,17	,58
47. Quando faço sexo anal, tenho preservativos disponíveis por perto: verdadeiro...falso	.72 ^a	,46	,38	,51
Fator controle percebido - sorologia dos parceiros				
48. Pergunto aos meus parceiros fixos se eles têm HIV: verdadeiro...falso	.53 ^a	,77	,35	,52
49. Pergunto aos meus parceiros esporádicos se eles têm HIV: verdadeiro...falso	.52 ^a	,76	,26	,57
Fator controle percebido crenças - empolgação				
50. O consumo de álcool: me facilita...me dificulta o uso do preservativo.	.74 ^a	,43	,31	,80
51. O uso de drogas...	.63 ^a	,16	,18	,81
52. Que a outra pessoa seja muito atraente	.86 ^a	,46	,43	,80
53. Estar muito excitado...	.76 ^a	,56	,43	,80
54. Sentir-me empolgado	.81 ^a	,60	,52	,79
55. Não ter preservativos quando chega o momento	.84 ^a	,23	,32	,80
56. Que a outra pessoa tenha um aspecto saudável	.85 ^a	,50	,53	,79
57. Sentir-me deprimido/ triste	.87 ^a	,27	,38	,80
Fator controle percebido crenças – restrições				
58. Não conhecer a outra pessoa...	.81 ^a	,45	,37	,80
59. Que a outra pessoa tenha má aparência...	.65 ^a	,17	,16	,81
60. Que a outra pessoa não seja meu parceiro fixo	.81 ^a	,54	,49	,79
61. Parar e pensar sobre as consequências	.85 ^a	,40	,43	,80
62. Conhecer o parceiro sexual por aplicativo de celular	.81 ^a	,60	,50	,79
63. Ter suficiente e boa informação sobre os possíveis riscos	.79 ^a	,50	,40	,80
64. Saber usar o preservativo	.69 ^a	,45	,25	,81
Fator controle percebido crenças – contextos				
65. Que a outra pessoa insista muito em fazer sexo anal sem preservativo	.71 ^a	,61	,40	,80
66. Determinados locais, como saunas, bares	.85 ^a	,39	,45	,80
67. Que a outra pessoa esteja disposta a fazer sexo anal (insertivo ou receptivo) sem preservativo	.77 ^a	,69	,50	,79

A última etapa de análise foi reunir os 67 itens e realizar uma análise da consistência interna do instrumento como um todo (N=212) que obteve um valor de alfa 0,89, considerado muito adequado. Além disto, nenhum dos itens se fosse excluído aumentaria a consistência da escala. A análise fatorial indica um KMO 0,72 (considerado mediano) e ao forçar 13 fatores a variabilidade explicada do instrumento é de 59%.

Análise de associação entre intenção e as dimensões do modelo

Após a identificação dos 13 fatores foi realizada a correlação de Spearman com a intenção de prever o comportamento da variável dependente (intenção) em função das variáveis independentes (explicativas). Nesse sentido, agruparam-se os 13 fatores com a variável dependente intenção de fazer sexo anal sem preservativo, verificando-se o comportamento de correlação para os seguintes contextos de intenção: “durante o próximo mês tenho a intenção

de fazer sexo anal sem preservativo”; “durante o próximo ano tenho a intenção de fazer sexo anal sem preservativo”, “durante o próximo mês farei sexo anal sem preservativo” e “durante o próximo ano farei sexo anal sem preservativo”, obtendo-se como resultado os dados da Tabela 4:

Tabela 4. Análise de Correlação Spearman

Fatores	Intenção próximo mês	Intenção próximo ano	Confirmação Intenção próximo mês	Confirmação Intenção próximo ano
Fator atitude geral (N=245)	,45**	,49**	,48**	,53**
Fator atitude probabilidade de ocorrência consequências – prazer e parceiro (N=247)	,06	,14*	,05	,19**
Fator atitude probabilidade de ocorrência consequências – prazer, sujeito e comprometimento (N=247)	,42**	,48**	,44**	,44**
Fator atitude probabilidade de ocorrência consequências – risco (N=247)	,17**	,14*	,19**	,18**
Fator norma subjetiva geral – opinião referentes (N=232)	,32**	,30**	,32**	,32**
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – outros e eu (N=229)	,11	,14*	,13*	,13
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – institucionais (N=229)	,17*	,17**	,16*	,25**
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – família (N=229)	,09	,18**	,07	,14*
Fator controle percebido geral - processamento espontâneo e sensação de vulnerabilidade (N=243)	,36**	,35**	,39**	,43**
Fator controle percebido - sorologia dos parceiros (N=243)	-,26**	-,21**	-,25**	-,25**
Fator controle percebido crenças – empolgação (N=240)	,12	,22**	,20**	,27**
Fator controle percebido crenças – restrições (N=240)	,18**	,18**	,20**	,15*
Fator controle percebido crenças – contextos (N=240)	,02	-,07	,05	,02

** . Correlation is significant at the 0.01 level.

* . Correlation is significant at the 0.05 level.

A Atitude geral e a Probabilidade de ocorrência das consequências de comprometimento e prazer para o sujeito foram os fatores que melhor correlacionaram com intenção, com valores muito significativos entre .42 a .53. Posteriormente, o fator Controle percebido geral é o que se correlaciona melhor como intenção com valores entre .35 a .43, seguido pela Norma subjetiva geral, com correlações entre .30 e .32.

Configuração final do CIPRASEX HSH

O critério de seleção dos itens foi tanto psicométrico como conceitual. Assim, o instrumento ficou configurado com todos os itens significativos resultantes dessa análise, totalizando 13 fatores e 67 itens com variância explicada de 59 % e $\alpha = 0.89$, conforme Tabela 5:

Tabela 5. CIPRASEX HSH – 67 itens

Atitude (21 itens)	
Fatores	Itens
Fator atitude geral (5 itens)	Fazer sexo anal sem preservativo para mim é algo... 1. Que eu não gosto: Que eu gosto 2. Muito perigoso: Nada perigoso 3. Me faz sentir mal: Me faz sentir bem 4. Ruim: Bom 5. Inseguro: Seguro
Fator atitude probabilidade de ocorrência consequências - prazer e parceiro (6 itens)	(...) muito improvável/muito provável 6. Me deixaria com mais tesão 7. Me faria sentir melhores sensações 8. Seria mais confortável para o meu parceiro sexual 9. Faria meu parceiro sexual sentir melhores sensações 10. Provocaria mais tesão ao meu parceiro sexual 11. Faria meu parceiro sexual sentir mais prazer
Fator atitude probabilidade de ocorrência consequências - prazer, sujeito e comprometimento (6 itens)	(...) muito improvável... muito provável 12. Me faria sentir mais prazer 13. Me deixaria mais confortável 14. Me faria sentir bem comigo mesmo 15. Me faria sentir mais livre 16. Me faria sentir maior compromisso na minha relação 17. Faria com que meu parceiro sexual sentisse maior compromisso na relação
Fator atitude probabilidade de ocorrência consequências – risco (4 itens)	(...) muito provável...muito improvável 18. Me geraria insegurança 19. Seria um risco grave para a minha vida 20. Poderia me transmitir o HIV/Aids 21. Poderia fazer com que eu contraísse DST
Norma Subjetiva (22 itens)	
Fator norma subjetiva geral - opinião referentes (8 itens)	(...) não deveria/deveria fazer sexo anal sem preservativo 22. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu 23. Meu parceiro fixo pensa que eu... 24. Outros parceiros sexuais eventuais pensam que eu... 25. Meus amigos pensam que eu... 26. Meu médico pensa que eu... 27. Minha mãe pensa que eu... 28. Meu pai pensa que eu... 29. Meu (s) irmão (s) pensa (m) que eu...
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – outros e eu (6 itens)	(...) me importa muito/não me importa nada 30. A opinião do meu parceiro fixo 31. A opinião dos meus outros parceiros sexuais eventuais 32. A opinião dos meus amigos 33. A opinião do meu médico 34. A opinião de outros profissionais da saúde 35. Minha opinião

Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – institucionais (5 itens)	(...) me importa muito/não me importa nada 36. As informações apresentadas pela mídia (TV, rádio, internet) e campanhas em relação ao uso de preservativo 37. Participar em movimentos LGBT 38. Ter recebido na escola informações sobre práticas sexuais seguras 39. Minha (s) crença (s) religiosa (s) 40. Encontrar preservativos gratuitos nas unidades de saúde
Fator norma subjetiva importância opinião dos referentes – família (3 itens)	(...) me importa muito/não me importa nada 41. A opinião da minha mãe 42. A opinião do meu pai 43. A opinião do (s) meu (s) irmão (s)
Controle percebido sobre o comportamento (24 itens)	
Fator controle percebido geral - processamento espontâneo e vulnerabilidade (4 itens)	44. Quando eu acho que vou fazer sexo anal, vem rapidamente à minha cabeça o uso de preservativos: verdadeiro...falso 45. Antes de fazer sexo anal sem preservativo eu penso cuidadosamente sobre as possíveis consequências 46. Quando faço sexo anal sem preservativo, penso que algo de ruim vai acontecer 47. Quando faço sexo anal, tenho preservativos disponíveis por perto
Fator controle percebido - sorologia dos parceiros (2 itens)	48. Pergunto aos meus parceiros fixos se eles têm HIV: verdadeiro...falso 49. Pergunto aos meus parceiros esporádicos se eles têm HIV
Fator controle percebido crenças - empolgação (8 itens)	50. O consumo de álcool: me facilita...me dificulta o uso do preservativo. 51. O uso de drogas... 52. Que a outra pessoa seja muito atraente 53. Estar muito excitado... 54. Sentir-me empolgado 55. Não ter preservativos quando chega o momento 56. Que a outra pessoa tenha um aspecto saudável 57. Sentir-me deprimido/ triste
Fator controle percebido crenças – restrições (7 itens)	58. Não conhecer a outra pessoa: me facilita...me dificulta o uso do preservativo. 59. Que a outra pessoa tenha má aparência 60. Que a outra pessoa não seja meu parceiro fixo 61. Parar e pensar sobre as consequências 62. Conhecer o parceiro sexual por aplicativo de celular 63. Ter suficiente e boa informação sobre os possíveis riscos 64. Saber usar o preservativo
Fator controle percebido crenças – contextos (3 itens)	65. Que a outra pessoa insista muito em fazer sexo anal sem preservativo: me facilita...me dificulta o uso do preservativo. 66. Determinados locais, como saunas, bares 67. Que a outra pessoa esteja disposta a fazer sexo anal (insertivo ou receptivo) sem preservativo

DISCUSSÃO

O CIPRASEX HSH apresentou uma boa estrutura fatorial com a redução dos itens do questionário original, passando de 99 para 67 itens, o que facilita utilização do instrumento. A

consistência interna do instrumento como um todo foi boa, assim como nas dimensões separadamente, e a amostra se apresentou como adequada para a análise fatorial. Ao se comparar os resultados da versão brasileira com a versão original observou-se que as características psicométricas são semelhantes, apesar de alguns itens não funcionarem adequadamente, provavelmente por questões culturais. Salienta-se que as dimensões do instrumento estão correlacionadas à intenção do uso de preservativo.

Cabe destacar que 67,8% dos participantes se autodefiniram como homossexuais, sendo que 19,6% escolheram a opção outros para designar sua identidade sexual. Estes resultados reiteram a opção pela escolha de focar nas práticas (Boellstorff, 2011; Hamann, Ew & Pizzinato, 2017).

Nesse estudo apenas 10% dos participantes mencionaram ter usado sempre preservativos ao longo da vida e 47,2% afirmaram ter usado sempre no último mês. Em estudo realizado por Guimarães e colaboradores (2013) com HSH, verificou-se que 65,2% das relações sexuais de qualquer tipo nos últimos 12 meses e 40,5% nas relações anais receptivas nos últimos 6 meses se caracterizavam com uso irregular de preservativos. E ainda, no presente estudo, 44,4% dos participantes afirmam que fazem sexo sem preservativo somente com parceiros fixos. Isso vem ao encontro do que já tem sido mencionado na literatura sobre a questão da confiança no parceiro como um dos fatores para o aumento da disponibilidade para o sexo sem preservativo (Antunes & Paiva, 2013).

Também pode-se constatar a importância da inclusão do uso dos aplicativos no questionário uma vez que 77% dos participantes faziam sexo com parceiros eventuais de aplicativos. Sendo que entre os que afirmaram usar aplicativos, apenas 60,9% disseram fazer uso consistente do preservativo, ou seja, usar sempre. Queiroz (2017) em seu estudo sobre HSH que utilizavam aplicativos de encontro, confirmou que os encontros em geral caracterizam-se como ocasionais, não protegidos e sem informação sobre o status sorológico do parceiro. Nesse contexto, observou o aumento da vulnerabilidade dos usuários, uma vez que havia baixo conhecimento de medidas de prevenção em relação ao HIV/ aids e um número alto de parceiros por meio do uso recorrente dos aplicativos (Queiroz, 2017).

O presente estudo demonstrou que 88% dos participantes já haviam se testado anteriormente, com histórico de quatro testagens em média. A realização periódica do teste rápido de HIV pode caracterizar uma estratégia de autocuidado (Grangeiro et al., 2015). O

que também condiz com uma das metas da UNAIDS (2015) que pretende que 90% das pessoas que vivem com HIV saibam de sua condição sorológica.

O conhecimento da situação sorológica (soroposicionamento) tem se configurado como fator que pode interferir na tomada de decisão do uso de preservativo. Assim, uma pessoa HIV negativo só realizaria sexo desprotegido receptivo com outra pessoa na mesma condição sorológica. Uma das críticas a essa estratégia é que além de propiciar a infecção de outras IST, não exclui a possibilidade de infecção por HIV (Rios, Albuquerque, Santana, Pereira & Oliveira Jr, 2017). Rios e colaboradores mencionam que muitas vezes o que acaba ocorrendo é a prática da soroescolha, em que se supõe as condições sorológicas dos parceiros com base na aparência de saúde, corpo bonito e conhecimento da pessoa (Rios et.al, 2017). Os participantes dessa pesquisa, ao responder o questionário, também apontaram como fatores que dificultavam o uso do preservativo o parceiro ser muito atraente e com aspecto saudável.

Em estudo de metanálise sobre diferentes tipos de comportamentos, a intenção tem correlacionado bem com as atitudes, com correlações entre 0,45 a 0,60; com as normas subjetivas variando de 0,34 a 0,42, e a previsão da intenção correlacionada com o controle percebido com intervalo de 0,35 a 0,46 (Ajzen & Fischbein, 2005). O presente estudo encontrou que a intenção se correlaciona significativamente com a atitude, controle percebido sobre o comportamento e norma subjetiva. Esse resultado se assemelha a outros estudos de metanálises que confirmam que a intenção de uso de preservativos está associada com as três dimensões anteriormete referidas (Albaricín et al., 2001; Andrew et al., 2016).

Cabe destacar, que os resultados deste estudo apontam que a atitude apresenta a correlação mais alta com a intenção de uso de preservativo, a semelhança do que ocorreu no estudo original na Espanha (Rojas, 2004). Este resultado vai na mesma direção de estudos realizados com adolescentes, no Brasil e na Inglaterra, que também encontraram a atitude como maior preditora da intenção de fazer sexo sem preservativo (Chinazzo et al., 2104; Rich et al., 2014). No entanto, estes resultados diferem do estudo de metanálise de Andrew e colaboradores (2016), sobre o uso de preservativos entre HSH, que encontrou o controle percebido mais fortemente associado à intenção, seguido pela atitude e posteriormente pela norma subjetiva. A atitude de valorização geral dos participantes em fazer sexo sem preservativo, ou seja, sentir-se bem, achar bom e gostar de fazer sexo sem preservativo, juntamente com a ocorrência de consequências de prazer para o sujeito e da percepção de aumentar o comprometimento entre sujeito e parceiro, parecem aumentar a intenção em fazer sexo desprotegido no futuro.

O fator de Controle percebido processamento espontâneo e sensação de vulnerabilidade, que se refere ao pensamento espontâneo do uso do preservativo e das consequências do comportamento, juntamente com o fator Controle percebido crenças de restrições também correlacionaram significativamente com a intenção. O que significa que o uso de aplicativos, o fato da outra pessoa ser parceiro eventual e a qualidade da informação sobre os riscos, podem interferir na intenção de usar preservativo. Além disso, no fator Controle percebido da sorologia dos parceiros, verifica-se que perguntar sobre a sorologia do parceiro indica menor intenção de usar preservativo.

Na pesquisa realizada na Espanha, o questionário apresentava itens que também se referiam ao risco de o participante transmitir HIV ou outra IST para seus parceiros (Rojas, 2004). Importante destacar que nos resultados deste estudo, apesar de estarem em um serviço de saúde para realizar o teste rápido, os participantes não consideram que podem transmitir HIV/AIDS ou outras IST para seus parceiros sexuais. A maior preocupação está na possibilidade de contrair alguma IST, o que aponta uma diferença cultural importante, já que os usuários não se colocam em posição de possíveis transmissores. Isso demonstra a necessidade em desenvolver um conceito de saúde mais coletivo e menos autocentrado, o que é próprio para eficácia no enfrentamento de epidemias e na promoção de saúde. Nesse sentido, campanhas publicitárias, a educação sexual nas escolas e a própria abordagem dos profissionais de saúde podem trazer esse enfoque de forma a estimular a corresponsabilização pelo bem-estar sexual.

Apesar de correlacionar menos do que os outros dois fatores, a norma subjetiva geral que considera a opinião dos referentes sobre dever ou não fazer sexo sem preservativos, considera que respectivamente mãe, pai e irmãos se opõem a fazer sexo anal desprotegido. As crenças religiosas e participar nos movimentos LGBT são itens que não estavam associados a intenção. Cabe ressaltar que apenas 10% dos participantes referiram participar de movimentos LGBT. A não influência das crenças religiosas sobre a formação das intenções também foi encontrada no estudo com adolescentes de Matos et al. (2009). Assim, os resultados sugerem que os participantes levam mais em consideração, na intenção do sexo desprotegido, as interpretações e sensações pessoais de prazer, juntamente com a percepção de intimidade e compromisso com o parceiro que o sexo sem preservativo pode proporcionar.

CONCLUSÕES

A versão abreviada do CIPRASEX HSH em português mostra que o instrumento apresenta características satisfatórias de variância explicada e consistência interna. O instrumento preservou a abrangência do construto teórico através dos 13 fatores descritos, incluindo itens relativos ao contexto de aplicativos e mídias, configurando-se como uma alternativa útil e atual para aplicabilidade em serviços de saúde.

Como limitação do estudo considera-se o tamanho da amostra ser reduzido. No entanto, os resultados de adequação da amostra a análise fatorial foram adequados, tanto ao analisar as dimensões em separado, quanto ao verificar com todos os 67 itens juntos. Os dados gerais do instrumento original foram gerados a partir de uma amostra válida de 178 sujeitos (Rojas, 2004), enquanto o presente estudo partiu de 249 sujeitos.

Outra questão que pode ser considerada uma limitação é que a população pesquisada se encontrava no serviço de saúde para realização do teste para o HIV, estando atenta aos atravessamentos de autocuidado e preocupações que envolvem a exposição ao risco de infecção ao HIV/AIDS. Por outro lado, uma potencialidade deste estudo é que a amostra foi toda coletada presencialmente no serviço de saúde, o que confere maior consistência a esta.

O CIPRASEX HSH é um instrumento atual que pode ser utilizado em futuros estudos e também pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções que considerem as especificidades de HSH. Sugere-se a aplicação deste instrumento em outros contextos, para verificação da abrangência da sua aplicabilidade, uma vez que o próprio instrumento pode introduzir reflexão sobre o uso do preservativo.

Referências Bibliográficas

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Orgs.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., Muellerleile, P. A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161. doi:10.1037/0033-2909.127.1.142
- Allport, G.W. (1935): "Attitudes". En G. Murchison (Ed.): *Handbook of social psychology*. Worcester, MA, Clark University Press.
- Andrade, J.M., Lima, K.S., Gouveia, V.V., Sales, H.F.S., Melo, E.F. & Asfora, V.F.O. (2018). Adaptação e validação da escala de autoeficácia no uso de preservativo em uma amostra brasileira, *Psico*, 49(2), 167-177. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2>.
- Andrew, B. J., Mullan, B. A., de Wit, J. B. F., Monds, L. A., Todd, J., & Kothe, E. J. (2016). Does the Theory of Planned Behaviour Explain Condom Use Behaviour Among Men Who have Sex with Men? A Meta-analytic Review of the Literature. *AIDS and Behavior*, 20, 2834-2844. doi:10.1007/s10461-016-1314-0
- Antunes, M.C. & Paiva, V.S.F. (2013). Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1125-1143.
- Boellstorff, T. (2011). But do not identify as gay: A proleptic genealogy of the MSM category. *Cultural Anthropology*, 26(2), 287-312.
- Cabral, T. R. P. C., Saldanha, A. A. W., & Amorim, A. K. A. (2016). Crenças Comportamentais e Normativas sobre o Uso de Preservativo: uma visão feminina. *Psicopedagogia On Line*, 4, 1-8. Retirado de: <http://www.psicopedagogiaonline.com.br/index.php/1659-crencascomportamentais-e-normativas-sobre-o-uso-de-preservativo>
- Chinazzo, Í. R., Câmara, S. G., & Frantz, D. G. (2014). Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. *Psico USF*, 19(1), 1-12.
- Cunha, Rosane Berlinski Brito & Gomes, Romeu. (2015). Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 57-70. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0089>
- da Fonte, V. R. F., Pinheiro, C. O. P., Barcelos, N. S., Costa, C. M. A., Francisco, M. T. R., Spindola, T. (2017). Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens

- que fazem sexo com homens. *Enfermería Global*, 46, revista electrónica trimestral de enfermería. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>
- Dourado, Inês, MacCarthy, Sarah, Reddy, Manasa, Calazans, Gabriela, & Gruskin, Sofia. (2015). Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Supl.1),63-88. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>
- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Cap. 4: 155-218. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers Orlando.
- Eggers, S. M., Taylor, M., Sathiparsad, R., Bos, A. E., & de Vries, H. (2013). Predicting safe sex: Assessment of autoregressive and cross-lagged effects within the Theory of Planned Behavior. *Journal of health psychology*, 1359105313512354.
- Ew, R.A.S., Martinez, J.M., Carvalho, F.T., & Rocha, K.B. (no prelo). Práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens: adaptação de questionário. *Revista Psicologia em Pesquisa*.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gomes, A., & Nunes, C. (2015). Análise comparativa entre clusters de uso de preservativo e comportamento de risco em estudantes universitários portugueses. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 350-360. doi:10.1590/S0104-12902015000100027
- Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez X. P. (2015). O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (Supl 1), 43-62. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>.
- Guimarães, M. D. C., Ceccato, M. D. G. B., Gomes, R. R. F. M., Rocha, G. M., Camelo, L. D. V., Carmo, R. A., & Acurcio, F. D. A. (2013). Vulnerabilidade e fatores associados com HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4).
- Hair, Jr; Black, W. C; Babin, B. J; Anderson, R. E e Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. 6ª edição. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Hamann, C.; Ew, R. A. S. ; Pizzinato, A. (2017). Homens que fazem sexo com homens: uma categoria de inclusão ou apagamento?. In: In: Marlene Neves Strey; Sabrina Cúnico.. (Org.). *Teorias de Gênero: feminismos e transgressão..* 1ed. Porto Alegre: Edipucrs, 1, 151-171.
- Heidemann, L.A., Araujo, I.S., & Veit, E. A. (2012). Um referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, 7(1), 22-31.
- Kuchenbecker, R. (2015). What is the benefit of the biomedical and behavioral interventions in preventing HIV transmission? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 26-42.
- Matos, E. B. D., Veiga, R. T., & Reis, Z. S. N. (2009). Condom use intention among young students in Belo Horizonte: an alert to gynecologists. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(11), 574-580.
- Martín, Maria Jesus (2003). *Violencia Juvenil Exogrupal: hacia la construcción de un modelo causal*. Segundo Premio Nacional Ex Aequo de Investigación Educativa 2003. Modalidad Tesis Doctorales. Centro de Investigación e Documentación Educativa – CIDE. Ministerio de Educación Y Ciencia
- Martín, M.J., Martínez, J.M. y Rojas D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 29(6):433- 443.
- Mayaphi, S. H., Martin, D. J., Olorunju, S. A. S., Williams, B. G., Quinn, T. C., & Stoltz, A. C. (2018). High risk exposure to HIV among sexually active individuals who tested negative on rapid HIV Tests in the Tshwane District of South Africa: the importance of behavioural prevention measures. *PLOS ONE*, 13(2), e0192357. doi:10.1371/journal.pone.0192357
- Ministério da Saúde (2016). Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde.
- Oviedo, H.C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24, 572-580.

- Pinheiro, T. F., Calazans, G. J., & Ayres, J. R. D. C. M. (2013). Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas em Psicologia*, 21(3), 815-836. 10.9788/TP2013.3EE07PT
- Protogerou, C., Flisher, A. J., Wild, L. G., & Aarø, L. E. (2013). Predictors of condom use in South African university students: a prospective application of the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(S1), E23-E36.
- Queiroz, A. A. F. N. (2017). *Vulnerabilidade ao HIV de homens que fazem sexo com homens usuários de aplicativos geossociais para encontros*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26012018-095521/en.php>
- Queiroz, A. A. F. N.; Sousa, A. F. L. de. (2017). Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(11), e00112516. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00112516>.
- Rich, A., Mullan, B. A., Sainsbury, K., & Kuczmierczyk, A. R. (2014). The role of gender and sexual experience in predicting adolescent condom use intentions using the theory of planned behaviour. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, 295-305. doi:10.3109/13625187.2014.917624
- Rios L.F., Albuquerque, A.P., Santana, W.J., Pereira, A.F., Oliveira Jr, C.J. (2017). Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). *Ciência Saúde Coletiva* [periódico na internet]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
- Rojas, D. (2004). *Conducta sexual de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en hombres que practican el sexo con hombres (HSH): desarrollo de un modelo predictivo*. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid).
- Soares, J.P., Silva, A.C.O., Silva, D.M., Freire, M.E.M. & Nogueira, J.A. (2017). Prevalência e fatores de risco para o HIV/Aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46(4), 182-194.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of personality and social psychology*, 49(3), 843.

- Tyson, M., Covey, J., & Rosenthal, H. E. (2014). Theory of planned behavior interventions for reducing heterosexual risk behaviors: A meta-analysis. *Health Psychology, 33*(12), 1454.
- UNAIDS. 2015. *90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*. Brasília: UNAIDS.
- Ybarra, M. L., Prescott, T. L., Phillips, G. L., Bull, S. S., Parsons, J. T., & Mustanski, B. (2017). Pilot RCT results of an Health HIV prevention program for sexual minority male adolescents. *Pediatrics, 140*, e20162999. doi:10.1542/peds.2016-2999

Considerações finais

Finalizar o trabalho de construção de uma tese produz um sentimento enorme de incompletude e um profundo questionamento sobre o que pode ter escapado da visão, da compreensão e da escrita. Entendo que ao nos aproximarmos de um tema nos damos conta da nossa ignorância, do que não sabemos. A semelhança de um círculo, cuja a área interna pode representar o que se conhece, a medida que esse cresce em área também aumenta seu perímetro que faz limite com o que é desconhecido. Acredito que seja exatamente esse o desassossego que move quem pesquisa.

Ao mesmo tempo, toda pesquisa envolve descoberta, um encontro com o que não se conhecia, uma oportunidade de ver por diferentes perspectivas. Esse estudo envolveu depoimentos de vida, desejos, segredos, angústias, tristeza e discriminação. A aplicação do questionário, por mais direto que possa parecer, abriu uma oportunidade para legitimar a expressão dos sentimentos e dificuldades dos usuários em relação as suas práticas sexuais e o uso de preservativos. O que nos faz inserir alguns comentários realizados pelos participantes:

“Responder me fez lembrar de coisas e pensar bastante sobre a minha vida. Lembrei de coisas boas, de como foi chegar até aqui. Desde que eu era criança, todo o meu processo. E no meu caso, pensei o quanto sou afortunado pela família que eu tenho.” (P105)

Cabe destacar, que o questionário pode ser utilizado como dispositivo disparador para um aconselhamento de qualidade nos serviços de saúde. O CIPRASEX HSH serve como roteiro de abertura para estimular que os usuários falem das especificidades da sua história e das suas vivências, além de facilitar a abordagem dos profissionais que não se sentem preparados ou tão à vontade com a temática das práticas sexuais.

“Perguntas que eu nunca tinha pensado. Dá para se analisar e refletir bastante. A questão do preconceito também, eu até não sofro tanto porque não dou na telha, mas se sofre em casa também, do irmão, da mãe. Me identifiquei com a parte do álcool. Porque quando eu bebo eu acabo não usando camisinha.” (P75)

Nesse sentido o próprio questionário pode configurar uma abertura para que os usuários dos serviços de saúde busquem esclarecimentos mais diretos para suas dúvidas e enfrentamento de suas dificuldades. Além disso, é capaz de servir de pretexto para

enfrentamento dos tabus e preconceitos que os próprios profissionais de saúde podem ter na interlocução com pessoas de sexualidades não normativas.

Foi possível confirmar que o modelo da TCP tanto incorpora uma análise racional do comportamento social, como também processos psicossociais automatizados, pouco suscetíveis a explicação analítico-rationais, sendo assim mais maleável para inclusão de reações emocionais instantâneas. O que torna o modelo duplamente importante, tanto por permitir a explicação de determinadas condutas, bem como por permitir sua complementação por diferentes percepções teóricas e empíricas (Martín, 2003).

Esse estudo analisou que a gestão de risco relativa ao uso de preservativo está relacionada a uma economia erótica. Essa economia estabelece relações de poder que incidem sobre a gestão de riscos e interferem no grau de negociação entre parceiros sobre quais práticas serão performadas no ato sexual.

Nas entrevistas foram lembradas questões que interferem no comportamento das pessoas em relação à sexualidade de forma geral, como a importância dos movimentos sociais na constituição das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil, da escola como espaço de constituição de cidadania, respeito e inclusão das diversidades e o papel da comunicação dentro da formação cultural brasileira. O uso das tecnologias e dos aplicativos foi mencionado, sendo lembrado como um grande facilitador de encontros sexuais.

Os apontamentos do estudo qualitativo levaram a identificação de algumas adaptações necessárias ao contexto brasileiro. A tradução demandou um trabalho de equipe não só para verificação da compreensão semântica, idiomática e conceitual, mas especialmente no aspecto experiencial. No processo de adaptação do questionário, cuidou-se para que os itens fizessem sentido para as pessoas a quem se dirigia: “são questões bem dentro da realidade. A medida que fui respondendo, parei para pensar que não deveria ter feito assim.” (P73)

A versão abreviada em português mostra que o instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna e tem boa variância explicada em suas dimensões e como um todo. Ao se incluir itens relativos ao contexto de aplicativos e mídias, o CIPRASEX HSH apresenta-se como uma alternativa útil e atual para aplicabilidade em serviços de saúde.

Cabe destacar, que o presente estudo não tem como propósito a criação de mais um instrumento para burocratização dos atendimentos e fomento de distanciamento ou hierarquização entre profissionais e usuários. O pressuposto é justamente oferecer uma ferramenta que facilite a comunicação e a expressão de situações que dificultam a prevenção, como forma de auxiliar na aproximação à realidade das pessoas que utilizam os serviços de

saúde. A partir disso, é possível facilitar a escuta das fragilidades na gestão de risco que são trazidas, ou que podem ser ativamente exploradas, no contexto do atendimento.

Entendemos que essa compreensão é capaz de possibilitar intervenções mais eficazes, com aumento da sensibilidade para a oferta de acesso às tecnologias de autocuidado, que melhor viabilizem o pleno exercício da sexualidade de cada um. Como disse o participante P11: “Na verdade o comportamento de não usar camisinha é o mesmo, mas a forma de pensar de cada um pode ser completamente diferente”. Assim o questionário pode servir como um disparador de conversa e reflexão sobre práticas sexuais, que mesmo sendo semelhantes, guardam desencadeadores de intenção que são singulares à trajetória de vida de cada sujeito.

De acordo com o propósito de que essa pesquisa engendre protagonismo destes que muitas vezes tem sua voz silenciada, termino esse estudo com a recomendação de um participante: “é importante que as pessoas parem e pensem nas suas relações sexuais, tanto homossexuais quanto heteros, porque acho que todas as questões aqui se aplicam para ambos” (P 130). Sendo assim, consideramos que futuros estudos possam apontar oportunidades de aplicação desses resultados para fomento de prevenção baseada no apoio que respeita as singularidades e incrementa acesso aos recursos de acordo com as necessidades e particularidades das pessoas.

Anexos

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “HIV/AIDS: Fatores Associados à Exposição ao Risco de Infecção em homens que fazem sexo com homens”, que tem por objetivo entender os motivos associados à exposição ao risco de infecção de HIV/AIDS. Acreditamos que essa avaliação irá auxiliar no processo de acompanhamento dos usuários do serviço de saúde.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo será da seguinte forma: você responderá algumas perguntas e preencherá algumas fichas com dados sobre a sua vida aqui no Centro de testagem e Aconselhamento, com duração aproximada de 40 minutos. Além disso, trinta dias após este primeiro encontro, você será contatado para realização de algumas perguntas referentes a práticas sexuais e uso de preservativos.

RISCOS

É possível que aconteça o seguinte desconforto durante a avaliação: cansaço durante a o preenchimento das respostas dos questionários e mobilização emocional pelo conteúdo questionado. E caso você sinta necessidade, será disponibilizado o serviço de Psicologia do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Nesta atividade não haverá riscos.

BENEFÍCIOS

O benefício será a contribuição em um estudo científico que objetiva melhorar o atendimento oferecido para pessoas que buscam o serviço de saúde para realizar o teste de HIV/AIDS.

SIGILO E PRIVACIDADE

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento não havendo necessidade de se justificar, e, sem prejudicar o atendimento que você recebe no serviço de saúde.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

CONTATO

Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas com a pesquisadora responsável Kátia Bones Rocha da PUCRS pelo telefone (51) 33537735.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética.

Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50, Sala 703 CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto Alegre – RS, também estará disponível pelo telefone (51) 3320-3345 ou e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 à 17:00.

DECLARAÇÃO

Eu,..... (nome do participante) declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. E autorizo o acesso da pesquisadora ao meu registro SI-CTA , bem como o contato posterior por e-mailou telefone para o número, para realização de algumas perguntas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela pesquisadora responsável do estudo.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Porto Alegre, _____ de _____.

Assinatura do participante de pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Ministério da Saúde		CTA- CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO		Nº Requisição		
PN-DST/AIDS		FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA				
Dados Orientação	1 Local (Instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste)			
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA	6 Vai Fazer Coleta			
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal	10 Mostra Nome Etiqueta			
Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha				
	13 Sexo	14 Gestante	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal)	
	18 Raça/Cor	19 Escolaridade (anos estudos concluídos)	20 Ocupação			
	21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe				
	23 Permite Contato *	24 Tipo de Contato				
	Assinatura do Usuário					
Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)		26 Complemento (apto, casa ...)		27 Número	
	28 Município		29 Bairro		30 UF	
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona	34 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares					
Dados da Requisição	35 Motivo da Procura		36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço)			
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)		38 Local Encaminhamento			
	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:					
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:					

Continuação da Pesquisa - Página 2

Antecedentes Epidemiológicos	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica
	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	44 Se fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool [3] Cocaína Aspirada [5] Crack [7] Anfetaminas [2] Maconha [4] Cocaína Injetável [6] Heroína [8] Outras	
	45 Compartilhou Seringas/Agulas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado		Legenda p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente
	46 Tipo de Parceiros Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [1] Homens [4] Travestis/Transsexuais [99] Não informado [2] Mulheres [98] Não se aplica		
Informações de Uso de Preservativos	47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [1] Relação Sexual [3] Compart. seings/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biológico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros		
	48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [98] Não se aplica [2] Não [99] Não informado [3] Não lembra	
	50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/alcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Acha que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado		
	51 Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica		
Recorte	52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado		
	53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [98] Não se aplica [2] Não [99] Não informado [3] Não lembra		
	54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/alcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Acha que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado		
	55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [1] População em geral [4] Profissional do sexo [7] Usuário de outras drogas [12] Travesti/Transsexual [2] População confinada [5] Homem que faz sexo com homem [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [13] Pessoa em exclusão social [3] Caminhoneiro [6] Usuário de drogas injetáveis [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [10] Hemofílico e politransfundido [15] Estudante [97] Outros: [11] Profissional de saúde		
Encaminhamentos Pós-Teste	56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [7] Tratamento para hepatites [2] Repetir exame HIV/Inconclusivo [8] Tratamento para HIV [3] Repetir Janela imunológica [9] Repetir ex. Hepatite/incon. [4] Repetir exame/2ª amostra [10] Tratamento de Sífilis [5] Assistência psicossocial [11] Vacina Hepatite B [6] Tratamento de DST [97] Outros:		
	57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste 58 Orientador da Entrega 59 Materiais / Preser. fornecidos:		
Resultado Laboratorial	Dados de Resultado		
	60 Data da Entrega 		
	61 HIV Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido Resultado Triagem Resultado Final		
62 Hepatite C Anti-HCV D Anti-HDV B HBsAg Anti-HBc total ANTI-HBs			
63 Sífilis VDRL Titulação: [] Doença Ativa [] Cicatriz Sorológ.			
64 Especificar Outras Doenças e Seus Resultados 			
Legenda de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado			

Página 2

Anexo C – CIPRASEX HSH

Gostaríamos de conhecer algumas questões que têm a ver com a sua vida e sua história sexual

SD.1 Se desejar, coloque seu nome: _____		SD.2 Idade: _____	
SD.3 Número de telefone no qual podemos lhe encontrar: _____			
SD.4 Possui religião? () Não () Sim SD.5 Qual? _____			
Qual a sua escolaridade? () Sem escolaridade () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduação			
SD.6 Participa de algum movimento LGBT? () Não () Sim SD.7 Qual(is)? _____			
SD.8 Você já participou de um programa de prevenção de HIV / AIDS? (ex.: palestras, mesas de discussão, sala de espera, intervenção em parques, distribuição de camisinha etc.) () Não () Sim SD.9 Qual(is)? _____			
SD.10 Você recebeu informações na escola sobre o uso de preservativo? () Não () Sim			
SD.11 É a primeira vez que você faz o teste de HIV? () Não () Sim			
SD.11.1 Você já fez uso da Profilaxia Pós- Exposição (PEP)? () Não () Sim SD.11.1 a Quantas vezes? _____ SD.11.1 b Última data de uso: _____			
SD.11.2 Você usa a Profilaxia Pré- Exposição (PREP)? () Não () Sim SD.11.2 a Data de início do uso: _____			
SD.12 Quantas vezes você já fez o teste de HIV? _____ (escreva o número de vezes)			
SD.13 O último resultado obtido foi: () HIVnegativo () HIV positivo			
SD.14 Mantenho relações sexuais com:	☐ Somente homens ☐ Preferentemente com homens e esporadicamente com mulheres ☐ Tanto com homens como com mulheres ☐ Preferentemente com mulheres e esporadicamente com homens		
SD.15 Me reconheço como sendo: _____ (escreva sua orientação sexual)			
SD.16 Minha primeira relação sexual foi aos:	_____ anos.		
SD.17 Eu comecei a ter relações sexuais com homens aos:	_____ anos.		
SD.18 Eu iniciei minhas relações sexuais com homens sem preservativo aos:	_____ anos. ☐ Não se aplica (sempre usei preservativo)		
SD.19 Você usa aplicativos de celular para procura de	SD.20 Quais? ☐ Grindr ☐ Tinder ☐ Happn ☐ Badoo ☐ Hornet		

parceiros sexuais? () Não () Sim	SD.21 Outros: _____
Quanto aos parceiros sexuais:	SD.22 Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais você teve? _____
	SD.23 Nos últimos 12 meses, com quantos parceiros sexuais fez sexo anal sem preservativo? _____
	SD.24 Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais conheceu através de aplicativos de celular? _____
SD.25 Quando faço sexo anal:	☐ Sempre sou ativo ☐ Sou preferencialmente ativo ☐ Sou tanto ativo como passivo ☐ Sou preferencialmente passivo ☐ Sempre sou passivo
SD.25.1 Quantas relações sexuais anais (passivas ou ativas) com homens você realizou neste último mês? Foram ____ relações sexuais.	
SD.26 Faço sexo anal sem preservativo :	☐ Somente com parceiro fixo ☐ Preferencialmente com meu parceiro fixo e, às vezes, com outros parceiros eventuais ☐ Tanto com meu parceiro fixo, como com parceiros eventuais ☐ Preferencialmente com outros parceiros eventuais e às vezes com parceiro fixo ☐ Somente com parceiros eventuais ☐ Não se aplica a mim, pois sempre uso preservativo
SD.27 Fiz sexo anal sem preservativo pela última vez, faz....	_____ (número) () Dias () Semanas () Meses () Anos
Fiz sexo anal sem preservativo aproximadamente:	SD.28 _____ vezes no último mês SD.29 _____ vezes no último ano SD.30 _____ vezes durante minha vida
SD.31 Nos últimos 12 meses, de cada 10 relações sexuais anais que realizei, quantas vezes foram sem preservativo ?	_____ vez (es) foi (foram) sem preservativo
SD.32 Durante minha vida, de cada 10 relações sexuais anais que realizei, quantas vezes foram sem preservativo ?	_____ vez (es) foi (foram) sem preservativo
SD.33 No meu convívio, tenho ouvido falar de pessoas infectadas com HIV / AIDS:	() Não () Sim

SD.34 | Pessoas próximas a mim morreram de AIDS:

() Não () Sim

Qual é a frequência de uso de droga no último ano?								
	Todos os Dias	3 Vezes Por Semana	2 Vezes Por Semana	1 Vez Por Semana	A Cada 15 Dias	1 Vez Por Mês	A Cada 3 Meses	Não Fiz Uso
(SD.35) Álcool								
(SD.36) Maconha								
(SD.37) Cocaína aspirada								
(SD.38) Cocaína injetável								
(SD.39) Crack								
(SD.40) Heroína								
(SD.41) Tranquilizantes sem recomendação médica								
(SD.42) Anfetaminas								
(SD.43) Outra? Qual? _____								

Como responder esse questionário?

Cada questão apresenta dois extremos, com sete opções de marcação. Você deverá marcar a opção que melhor corresponde a sua resposta. As suas respostas podem se aproximar mais de um extremo ou mais de outro, ou ainda ficar numa posição intermediária. Se você marcar a opção de um dos extremos, significa que sua resposta corresponde exatamente às palavras escritas naquele extremo. As opções intermediárias equivalem a uma variação da sua resposta, que pode se aproximar mais de um extremo ou mais de outro.

Exemplo:

Amanhã tenho a intenção de ir ao centro da cidade:

Falso | o oooooo | Verdadeiro

Se você pensa que essa frase é totalmente verdadeira, quer dizer, está totalmente de acordo com essa afirmação, deve marcar o círculo que fica exatamente ao lado da palavra “Verdadeiro”, da seguinte maneira:

Falso | o ooooo ● | Verdadeiro

Se, pelo contrário, crê que essa frase é totalmente falsa, quer dizer, está totalmente em desacordo com essa afirmação, deverá marcar o círculo que fica exatamente ao lado da palavra “Falso”:

Falso | ● o ooooo | Verdadeiro

Pode ocorrer que sua opinião não corresponda com os extremos, de maneira que seja algo mais moderado. Por exemplo, se sua opinião se situa mais perto do “Falso” do que do “Verdadeiro”, deverá marcar assim:

Falso | o ● o oooo | Verdadeiro

Não é possível marcar mais de uma resposta por questão. **Pedimos para que responda todas as perguntas.** Responda as questões seguintes com base na **sua opinião**:

Fazer sexo anal com homens **sem preservativo para mim** é algo que...

[illegible]

CX.33 Durante o <u>próximo ano</u> , tenho a intenção de fazer sexo anal sem preservativo :	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
Na continuação, lhe pedimos sua opinião sobre certos aspectos relacionados ao uso de preservativos.										
CX.34 Eu sou capaz de evitar os problemas que me podem ocorrer ao fazer sexo anal sem preservativo :	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.35 Quando eu acho que vou fazer sexo anal, vem rapidamente à minha cabeça o uso de preservativos:	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.36 Antes de fazer sexo anal sem preservativo eu penso cuidadosamente sobre as possíveis consequências:	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.37 Tenho confiança que posso mudar meus hábitos sexuais com relação ao uso do preservativo:	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.38 Se quero, posso utilizar o preservativo em minhas relações sexuais anais sem preservativo:	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.39 Quando faço sexo anal sem preservativo , penso que algo de ruim vai acontecer:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
CX.40 Na atualidade, faço sexo anal sem preservativo :	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
CX.41 Pergunto para meus parceiros fixos , com os quais tenho relações sem preservativos , se eles tem HIV:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
CX.42 Pergunto para meus parceiros eventuais , com os quais tenho relações sem preservativos , se eles têm HIV:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
CX.43 Quando faço sexo anal, tenho preservativos disponíveis por perto:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sempre
CX.44 Fazer sexo anal sem preservativo durante o próximo mês é algo que:	Não depende em nada de mim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Depende totalmente de mim
CX.45 Meu <i>parceiro fixo</i> pensa que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo

CX.46 Outros parceiros sexuais eventuais pensam que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo
CX.47 Meus amigos pensam que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo
CX.48 Meu médico pensa que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo
CX.49 Minha mãe pensa que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo
CX.50 Meu pai pensa que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo
CX.51 Meu (s) irmão (s) pensa (m) que eu...	Não deveria fazer sexo anal sem preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Deveria fazer sexo anal sem preservativo

Na continuação, pedimos que você classifique a importância que dá à opinião de certas pessoas em relação ao **uso de preservativo** para fazer sexo anal com homens:

CX.52 A opinião da minha mãe:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.53 A opinião do meu pai:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.54 A opinião do (s) meu (s) irmão (s):	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.55 A opinião do meu parceiro fixo:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.56 A opinião dos meus outros parceiros sexuais eventuais:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.57 A opinião dos meus amigos:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.58 A opinião do meu médico:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.59 A opinião de outros profissionais da saúde:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.60 Minha opinião:	Não me importa nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me importa muito
CX.61 As informações apresentadas pela mídia (TV, rádio, internet) e campanhas em relação ao uso de preservativo:	Não me influenciam nada em usar o preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me influenciam muito em usar o preservativo

CX.62 Participar em movimentos LGBT:	Não me influencia nada em usar o preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me influencia muito em usar o preservativo
CX.63 Ter recebido na escola informações sobre práticas sexuais seguras	Não me influencia nada em usar o preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me influencia muito em usar o preservativo
CX.64 Minha (s) crença (s) religiosa (s)	Não me influencia nada em usar o preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me influencia muito em usar o preservativo
CX.65 Encontrar preservativos gratuitos nas unidades de saúde	Não me influencia nada em usar o preservativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Me influencia muito em usar o preservativo

Na continuação, lhe pedimos **sua opinião** sobre certos aspectos relacionados com os preservativos:

CX.66 Os ganhos que tenho quando faço sexo anal sem preservativo me compensam os riscos que assumo	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.67 Preservativos me proporcionam confiança limitada já que costumam se romper	Falso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Verdadeiro
CX.68 Durante o <u>próximo mês</u> , farei sexo anal sem preservativo :	Muito improvável	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito provável
CX.69 Durante o <u>próximo ano</u> , farei sexo anal sem preservativo :	Muito improvável	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito provável
CX.70 Considero que usar o preservativo pode fazer que meu parceiro sexual tenha uma imagem de mim:	Muito negativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito positiva
CX.71 Uma vez que você tenha começado a relação sexual, fazer uma pausa para colocar o preservativo é algo:	Muito negativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito positivo
CX.72 Adquirir preservativos é algo:	Muito difícil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito fácil
CX.73 Para mim, assumir que era homossexual foi algo	Muito difícil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito fácil
CX.74 Para mim, ser homossexual é algo:	Muito negativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito positivo

CX.75 | O consumo de álcool...

Não me
Influencia no uso

Anexo D - Roteiro para entrevista do Estudo 1.

- Quais são as consequências de ter relações sexuais sem preservativos com homens? (Fator atitudinal)
- Quem consideras que pode influenciar para que tenhas relações sexuais sem preservativo? (Norma subjetiva)
- Quais são os fatores que facilitam ou dificultam fazer sexo sem preservativo com outros homens? (Controle percebido)

Após respondidas as perguntas, serão consideradas as três primeiras respostas com o critério de espontaneidade.

Anexo E – Carta de Autorização do Ambulatório de Dermatologia Sanitário

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

A
Comissão Científica da Escola de Humanidades
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Porto Alegre, 16 de agosto de 2016

Prezados Senhores

Eu, Tania Esther dos Santos
Coordenador/Diretor/grupo/instituição do Ambulatório de Dermatologia Sanitário
verifico o Projeto de Pesquisa HIV/AIDS: Fatores associados
à exposição ao risco de infecção em homens que
fazem sexo com homens
do(s) Pesquisador(a/es) Reginal de Andrade Souza et al
e autorizo a coleta de dados nessa instituição, após aprovação do referido projeto pelo(s)
orgão(s) competentes (Comitê de Ética em Pesquisa, Comissões Científicas...).

Atenciosamente,


Assinatura



Nome por extenso:
RG e CPF: 1002576141
Telefone e e-mail: (51) 32277787 Tania - santa @saude.esgutar
(Carimbo se aplicável)



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3ª. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br