Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Teste anti-HIV entre homens
que fazem sexo com homens em São Paulo:
busca espontânea rotineira e episódica

Bruna Robba Lara Redoschi

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil

**Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla
Paiva**

**Co-orientador: Prof. Dr. Manoel Carlos Sampaio
de Almeida Ribeiro**

São Paulo

2016

Teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens em São Paulo: busca espontânea rotineira e episódica

Bruna Robba Lara Redoschi

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

**Co-orientador: Prof. Dr. Manoel Carlos Sampaio de
Almeida Ribeiro**

Versão corrigida

São Paulo

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem que muitas pessoas tivessem se envolvido. Embora não seja possível mencionar cada pessoa que me ajudou ou me inspirou ao longo desses quatro anos de trabalho, saibam que agradeço por cada sugestão e por cada minuto de conversa.

Agradeço à coordenação e pesquisadores do Projeto SampaCentro que dedicaram tempo e energia para que pudéssemos conhecer dados da epidemia de HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens em São Paulo.

À Maria Amélia Veras, Manoel Ribeiro, Gabriela Calazans e Márcia Giovanetti agradeço por terem me acolhido quando pedi permissão para desenvolver este trabalho com os dados do Projeto SampaCentro.

Agradeço também aos entrevistadores e supervisores de campo, que trabalharam com afinco na coleta dos dados.

Agradeço a todos os entrevistados, que em um momento que poderia ser apenas de lazer e prazer dedicaram seu tempo para responder a um questionário.

Agradeço à amiga e companheira de aventuras no banco de dados do Projeto SampaCentro, Gabriela Calazans, que num momento de redirecionamento do meu doutorado me apresentou ao SampaCentro e me ajudou a encontrar um novo caminho. Agradeço pelas sugestões, comentários valiosos e por todas as conversas que tivemos durante esse processo.

Agradeço ao Manoel Ribeiro por ter aceitado o desafio de co-orientar uma doutoranda que até então só tinha trabalhado em pesquisas qualitativas. Agradeço também por ter me incluído nas atividades com alunos de iniciação científica e mestrados da Santa Casa. E por ter respondido mais de uma centena de vezes às minhas dúvidas de análise que insistiam em me acompanhar.

Agradeço à Vera Paiva, por ter topado entrar em mais uma empreitada de destino incerto comigo. Obrigada por apostar em mim e por me apontar os caminhos mesmo quando eu já não via mais nenhum! É sempre muito bom poder trabalhar com você e, melhor ainda, saber que sempre posso contar com você.

Além de meus orientadores, Veroca e Manoel, agradeço ao Ivan França Junior, à Cláudia Barros e à Eliana Zucchi por terem me apoiado e incentivado mesmo antes do meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP-USP. A contribuição de cada um de vocês foi fundamental

para que eu conseguisse concluir as análises e entrar na fase de escrita. Agradeço pelo apoio não só nos aspectos práticos da tese, mas também nas angústias e receios.

Agradeço ao Luiz Fábio Alves de Deus, que mesmo longe e com o fuso horário oposto ao meu, arranhou tempo para conversar comigo sobre minhas dúvidas em relação à coleta de dados do SampaCentro. Mas mais do que isso, agradeço pela amizade e pelos “pequenos empurrões” que me deu ao longo do processo: “mas não é melhor você mandar um resumo para este congresso, Bruna?”. Agradeço por sempre me dizer o que eu não queria, mas precisava ouvir.

Agradeço à Diane Cohen, que assim como o Luiz Fábio, estava lá sempre me mantendo no eixo! Agradeço pelas nossas conversas e por poder sempre me sentir à vontade para falar sobre qualquer coisa com você, desde as coisas mais importantes até as mais estapafúrdias.

Agradeço aos amigos de pós-graduação, Cláudia Bernardi, Elaine Farineli, Bárbara Moura, por todas as risadas e momentos de descontração entre aulas, tão fundamentais para manter o pique enquanto cursávamos nossas disciplinas.

Agradeço aos meus companheiros de orientação, Dulce Ferraz, Clélia Prestes, Jan Billand, Valéria Nanci Silva, Valéria Melki Busin, Yone Fonseca, Ricardo Casco por todas as sugestões e questões compartilhadas.

Agradeço ao Herbert Azambuja Neves, pelos comentários e sugestões que eu só pude compreender ao final do processo, mas ainda em tempo de incorporá-los ao raciocínio deste trabalho.

Agradeço ao Prof. Ivan França Junior e às Profas. Regina Maria Barbosa, Cláudia Barros e Maria Amélia Veras pela leitura cuidadosa do meu material e contribuições importantíssimas que me ofereceram na pré-banca.

Agradeço à CAPES pela bolsa de doutorado que permitiu que eu me dedicasse às disciplinas, análises e desenvolvimento da escrita da tese.

Agradeço também à minha família, pelo apoio, carinho e compreensão. Sou muito grata por reconhecerem o valor deste tipo de trabalho que, tão frequentemente, não é compreendido. Agradeço por me ajudarem a me manter firme quando eu tinha dúvidas de que daria conta da tarefa.

E não poderia deixar de agradecer pelas ferramentas mágicas que meu marido desenvolveu pra mim e que me economizaram muito tempo na hora de tirar os dados do software de análise e de organizar as referências bibliográficas.

RESUMO

Redoschi BRL. Teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens em São Paulo: busca espontânea rotineira e episódica [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2016.

Introdução – No contexto da valorização crescente do teste anti-HIV como estratégia de prevenção programática, a promoção do teste anti-HIV como estratégia de prevenção entre homens que fazem sexo com homens (HSH) é fundamental.

Objetivo - Analisar os fatores associados tanto ao uso rotineiro como episódico do teste anti-HIV. **Métodos** - Os participantes foram 946 HSH entrevistados pelo Projeto SampaCentro em locais de sociabilidade HSH da região central de São Paulo entre novembro de 2011 e janeiro de 2012, nunca testados ou que procuraram o teste espontaneamente. A metodologia de amostragem foi a time-space-sampling e foi utilizado protocolo do Stata 12.0 para análise de amostras complexas. Os homens que se testaram por rotina ou episodicamente foram comparados aos nunca testados. As variáveis analisadas nos dois modelos de regressão de Poisson foram divididas em três níveis: características sociodemográficas (primeiro nível); participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, discriminação e opiniões e atitudes em relação ao HIV/Aids e ao teste (segundo nível); percepção de risco, estratégias de prevenção e práticas e parcerias sexuais (terceiro nível).

Resultados – Os homens que se testaram rotineiramente eram mais velhos e moradores no Centro de SP. Além disso, tinham exposto a orientação sexual para profissional de saúde, sido discriminados em serviços de saúde mas não por amigos e/ou vizinhos (em razão da sexualidade) e não mencionaram medo do resultado como uma barreira ao teste. Também tinham maior probabilidade de conhecer pessoa soropositiva e de ter parcerias estáveis sem menção de sexo desprotegido em parcerias casuais. Os homens que se testaram episodicamente eram mais velhos, residentes do Centro de SP, não moravam com parentes, expuseram sua orientação sexual para profissional de saúde, não reportaram medo do resultado do teste como barreira, conheciam pessoa soropositiva e mencionaram parceria estável sem sexo desprotegido com parceiro casual ou então sexo desprotegido em parcerias casuais (comparado a ter apenas parcerias casuais protegidas). **Conclusões** – Os mais jovens, os que moram fora do centro de São Paulo, e os que expõem menos sua orientação sexual são os segmentos que menos se testam rotineira ou episodicamente. Assim, dependem de ações para que seu direito seja protegido e assegurado. A estigmatização e a discriminação da homossexualidade deve ser combatida para que não impeça o acesso ao teste e a outros serviços de saúde. Disseminar informações e socializar os mais jovens para o diálogo sobre as estratégias de prevenção biomédicas e estratégias comunitárias de prevenção é necessário. Para ampliar o acesso e qualidade da testagem como recurso fundamental de programas de prevenção permanece o desafio de sustentar o debate sobre sexualidade e prevenção a cada geração, assim como nos programas de formação de educadores e de profissionais de saúde de todas as áreas.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Discriminação Social, HSH, Sexualidade, Sorodiagnóstico da AIDS.

ABSTRACT

Redoschi BRL. Teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens em São Paulo: busca espontânea rotineira e episódica [HIV testing among men who have sex with men in São Paulo: client-initiated routine and episodic testing] [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016. Portuguese.

Introduction – The relevance of HIV testing is growing in programmatic policies. Promoting HIV testing among men who have sex with men (MSM) is of utter importance. **Objective** – Analyze factors associated with routine and episodic use of HIV testing. **Methods** – Our participants were selected from the database of Projeto SampaCentro, a time-location sampling serobehavioral surveillance survey of MSM in São Paulo, Brazil, that took place between November 2011 and January 2012. Our participants were 946 MSM not HIV positive who were never tested or whose last testing was client-initiated. All analysis were performed using complex samples protocols in Stata 12.0. Men were divided in routine testers, episodic testers and men who had never tested. Routine testers and episodic testers were compared to those who had never tested using two Poisson regression models. Variables were divided in three levels of analysis: sociodemographic (first level); socialization in gay community and disclosure of sexual orientation, discrimination, attitudes and opinions on HIV/AIDS and testing (second level); risk perception, prevention strategies and sexual practices and partnerships (third level). **Results** – Routine testers were older and lived in Central São Paulo, had more frequently disclosed their sexual orientation to a health professional and been discriminated against in health service settings, were less likely to having suffered discrimination from friends and/or neighbors and to point fear as a barrier to testing, were more likely to know someone infected with HIV and to mention steady partners without unprotected anal intercourse (UAI) with casual partners (compared to having only casual partners with no UAI). Episodic testers were also older and more likely to live in Central São Paulo, less likely to live with relatives, more likely to have disclosed their sexual orientation to a health professional, less likely to point fear as a barrier to testing, more likely to know someone infected with HIV. This group more frequently mentioned steady partners without UAI with casual partners and UAI with casual partners, regardless of mentioning steady partners (compared to having only casual partners with no events of UAI). **Conclusion** – Young MSM, those who live outside Central São Paulo and those less ready to disclose their sexual orientation are the MSM segments that are less likely to test, routinely or episodically. Therefore, programmatic actions are needed to ensure their rights are protected. Stigmatization and discrimination of homosexuality must be mitigated so that it won't be a barrier to information about prevention and testing services. Additionally, information on biomedical and communitarian prevention technologies must be shared and presented to those not yet familiar with these strategies. In order to improve access and quality of testing, the challenge of sustaining the debate about sex, sexuality and prevention remains, as new generations of MSM will need to be introduced to this debate. The same is true for the course curriculum of health professionals and educators.

Keywords: Human Rights, Social Discrimination, MSM, Sexuality, AIDS Serodiagnosis.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE QUADROS.....	11
LISTA DE FIGURAS	12
APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E O TESTE ANTI-HIV.....	15
1.2 BUSCA RECORRENTE PELO TESTE ANTI-HIV: DO RISCO À PREVENÇÃO	21
1.3 O CONTEXTO MUDA.....	26
1.3.1 Identidade e comunidade gay	33
1.3.2 Atitudes e normas sociais	35
1.3.3 Fatores sociodemográficos	36
1.4 TESTE ROTINEIRO E TESTE EPISÓDICO.....	37
2 HIPÓTESE	41
3 OBJETIVO	42
4 MATERIAL E MÉTODOS	43
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	43
4.2 PARTICIPANTES	43
4.3 INSTRUMENTOS	45
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4.5 VARIÁVEIS.....	46
4.5.1 Variável Dependente	46
4.5.2 Variáveis Independentes	47
4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	52

5	RESULTADOS.....	54
5.1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	54
5.2	REALIZAÇÃO ROTINEIRA E EPISÓDICA DO TESTE ANTI-HIV	56
5.3	FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO ROTINEIRA DO TESTE.....	58
5.4	FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO EPISÓDICA DO TESTE.....	66
6	DISCUSSÃO	74
6.1	USO ROTINEIRO DO TESTE ANTI-HIV.....	76
6.2	USO EPISÓDICO DO TESTE ANTI-HIV	81
6.3	LIMITES	83
7	CONCLUSÃO	85
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
	ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO USO DO BANCO.....	97
	ANEXO 2: TCLE	99
	ANEXO 3: QUESTIONÁRIO.....	104
	ANEXO 4: QUESTÕES UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS ANALISADAS	129
	LATTES.....	132

LISTA DE SIGLAS

AZT -	Zidovudina (azidotimidina)
CRT-DST/Aids	Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS
CTA -	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
HIV -	Human Immunodeficiency Virus/Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
HSH -	Homens que fazem Sexo com Homens
MS -	Ministério da Saúde
OMS - (WHO)	Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)
ONGs -	Organizações Não Governamentais
SUS -	Sistema Único de Saúde
TARV -	Terapia antirretroviral de alta potência
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
TLS -	Estratégia de amostragem por tempo-espaço (<i>time-location-sampling</i>)
UDI -	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS -	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características da amostra	55
Tabela 2: Motivo de realização do último teste (teste episódico)	56
Tabela 3: Distribuição dos respondentes pelas características sociodemográficas estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.	59
Tabela 4: Distribuição dos respondentes pelas características de participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação, opiniões e atitudes estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.....	60
Tabela 5: Distribuição dos respondentes pelas características de percepção de risco, estratégias de prevenção e práticas sexuais e parcerias estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.	62
Tabela 6: Razão de prevalência ajustada dos fatores associados ao teste de rotina, comparado a "Nunca testou", entre HSH entrevistados na região central de São Paulo, 2012	64
Tabela 7: Distribuição dos respondentes pelas características sociodemográficas estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.	66
Tabela 8: Distribuição dos respondentes pelas características de participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação, opiniões e atitudes estratificada por ter realizado último teste episodicamente ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.....	68
Tabela 9: Distribuição dos respondentes pelas características de percepção de risco, estratégias de prevenção e práticas sexuais e parcerias estratificada por ter realizado último teste episodicamente ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.	70
Tabela 10: Razão de prevalência ajustada dos fatores associados ao teste episódico, comparado a "Nunca testou", entre HSH entrevistados na região central de São Paulo, 2012	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Variáveis independentes	51
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Seleção de participantes para composição da amostra.....	45
Figura 2: Distribuição do número de testes feitos na vida segundo motivação do último teste realizado, SampaCentro, 2012.	57
Figura 3: Tempo decorrido desde o último teste segundo motivação do último teste realizado, SampaCentro, 2012.....	58

APRESENTAÇÃO

Depois de quase uma década de proximidade com o trabalho do NEPAIDS, especialmente, depois ter acompanhado bem de perto a formação de profissionais de saúde em prevenção no Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, como monitora e assistente de coordenação, o tema da prevenção no campo da promoção da saúde chamou a minha atenção. Ao mesmo tempo, com uma formação anterior clínica e qualitativa, comum à formação dos psicólogos, me encantaram os recursos da análise epidemiológica como instrumento de formulação de políticas de prevenção e metodologia de pesquisa. A relevância do trabalho com homossexuais era já evidente no tempo do curso e se intensificou. Os avanços da prevenção biomédica, ressaltaram, por outro lado, a importância do tema da testagem. Ao entrar no doutorado, outras colegas do NEPAIDS que compartilharam comigo a monitoria do curso, se envolveram no projeto SampaCentro, que adotei como possibilidade de formação nessa área respondendo a perguntas relevantes ao campo da prevenção. O desafio foi duplo: ao mesmo tempo estava diante de um segmento populacional que conhecia muito pouco e da gigantesca tarefa de aprender epidemiologia e os caminhos do rigor metodológico que exige!

O presente trabalho então é um recorte do Projeto SampaCentroⁱ. Este foi um estudo transversal que teve como objetivo geral conhecer a prevalência do HIV, comportamentos e práticas sexuais e o acesso à prevenção de HSH que frequentam espaços de sociabilidade gay na região central do Município de São Paulo (distritos administrativos da República e Consolação na região central de São Paulo). A metodologia utilizada foi a amostragem por tempo-espaco (time-space-sampling, TSS ou time-location-sampling, TLS), que é adequada para alcançar grupos de maior risco à infecção pelo HIV num contexto de baixa proporção de indivíduos desses grupos na população. Foram entrevistados 1217 HSH, entre novembro de 2011 e janeiro de

ⁱ Pesquisa “Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo”. Coordenação: Maria Amélia de Sousa Mascena Veras; Pesquisadores: Gabriela Junqueira Calazans, Manoel Carlos de Almeida Sampaio Ribeiro, Jorge Adrian Beloqui, Cássia Maria Buchalla, Sirlene Caminada, Alexandre Grangeiro, Regina Facchini, Ricardo Gamboa, Artur Olhovetchi Kalichman, Sérgio Luis Funari, Márcia Regina Giovanetti, Isadora França Lins, Carmem Aparecida de Freitas Oliveira, Carmem Lúcia Soares, Carlos Augusto Velasco de Castro, Luisa Lina Villa, Márcia Jorge Castejon e Rosemeire Yamashiro; Apoio: Secretaria de Apoio à Pesquisa da FCMSCSP.

2012, com 18 anos ou mais, moradores do estado de São Paulo e que já tivessem feito sexo oral ou anal com um homem ou travesti. Foi utilizado questionário estruturado e, quando autorizado pelo participante, foi realizada coleta de material biológico para teste anti-HIV, sífilis e hepatite B e C. Alguns dos resultados deste estudo já estão publicados em um artigoⁱⁱ, um trabalho de mestradoⁱⁱⁱ e na revista Pesquisa FAPESP, edição de outubro de 2012^{iv}.

ⁱⁱ Veras MA, Calazans GJ, Ribeiro MC, Oliveira CA, Giovanetti MR, Facchini R, et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* 2015;19(9):1589-98.

ⁱⁱⁱ Deus, Luiz Fabio Alves de. Contextos de revelação da orientação sexual: no final do arco-íris tem um pote de ouro [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2014 [acesso 2015-11-19]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-03072014-110006/>.

^{iv} Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2012/10/11/aids-ainda-longe-do-controle?>> Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

1 INTRODUÇÃO

1.1 HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E O TESTE ANTI-HIV

Homens que fazem sexo com homens (HSH) foram e continuam sendo um dos grupos mais afetados pela epidemia de Aids. Ao longo dos anos, muito embora os HSH continuassem em foco, uma expectativa de mudança no perfil da epidemia produziu outras prioridades e focos para a ação programática. Falou-se na “interiorização”, “heterossexualização”, “feminização” e “pauperização” da epidemia (BASTOS, 1995; BRITO et al., 2000; SANTOS et al., 2002), bem como em sua estabilização, já que a prevalência de aids tem se mantido estável em 0,6% na população geral desde 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, 2014).

Embora houvesse expectativa de mudança no perfil epidemiológico da epidemia de Aids no Brasil, segundo Grangeiro et al. (2010) o perfil da epidemia observado nos anos 1990 se consolidou: a epidemia permaneceu concentrada em um pequeno conjunto de cidades “caracterizadas pela urbanidade”, melhores índices de desenvolvimento, diversificação das formas de transmissão (relações sexuais, uso de drogas injetáveis, recepção de sangue e derivados e vertical) e epidemias de grande magnitude. Em relação à chamada estabilização da epidemia, a estabilização global oculta a realidade epidemiológica de determinados grupos e cidades (GRANGEIRO et al., 2010).

Em segmentos populacionais específicos, como o de jovens homossexuais, e em algumas regiões do país, essa tendência à estabilização não foi observada (BRITO et al., 2005; GRANGEIRO et al., 2010, 2013, 2015a). Além disso, essa estabilização se dá em patamares elevados em alguns grupos como os HSH (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009; GRANGEIRO et al., 2010; KERR et al., 2013), usuários de drogas injetáveis (UDI; BARBOSA JÚNIOR et al., 2009; GRANGEIRO et al., 2010), profissionais do sexo (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009; GRANGEIRO et al., 2010; KERR et al., 2013) e populações confinadas (GRANGEIRO et al., 2010).

Em 1995, a incidência de aids no Brasil entre HSH foi de 3,3 por mil habitantes, 44 vezes maior do que a taxa de incidência de aids entre homens heterossexuais (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009). Em 2004 as taxas de incidência de aids nesse grupo permaneciam superiores às encontradas entre homens hete-

rossexuais, com valores aproximadamente 13 vezes maiores (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009).

Em 2009 Kerr et al. (2013) realizaram o teste anti-HIV com HSH de dez cidades brasileiras (Manaus, Recife, Salvador, Campo Grande, Brasília, Curitiba, Itajaí, Santos, Belo Horizonte e Rio de Janeiro). Os autores utilizaram como estratégia a respondent-driven-sampling (RDS) para recrutamento de HSH e fizeram coleta de sangue para avaliação de sorologia para o HIV. A mais baixa prevalência de HIV estimada foi de 5,2% (IC 95% 2,7-8,2%, em Recife) e a maior de 23,7%, (IC 95% 16,6-31,5%, em Brasília). Os autores mostraram que 49,6% dos participantes não tinha conhecimento de seu estado sorológico.

No final de 2011, começo de 2012, Veras et al. (2015) observaram uma prevalência de 15,4% (IC 95% 11,6-20,1%) para o HIV entre HSH entrevistados em locais de sociabilidade HSH na região central de São Paulo. Entre os mais jovens (18-24 anos) a prevalência encontrada foi de 6,4% (IC 95% 3,5-11,5%), que é considerada elevada (VERAS et al., 2015). Os autores apontaram que mais da metade dos soropositivos não tinha conhecimento de seu estado sorológico.

Grangeiro et al. (2015a) compararam os dados nacionais^v e internacionais^{vi} das tendências da epidemia e apontaram que o Brasil está na contramão do cenário mundial e que teria atingido seus piores indicadores. Grangeiro et al. (2015a) destacaram que a epidemia está estabilizada em patamares elevados, com cerca de 40 mil casos anuais desde 2011. Além disso, chamaram atenção para o aumento do número de casos entre homossexuais, crescimento do número de mortes e da taxa de mortalidade por aids (GRANGEIRO et al., 2015a). É preocupante também a incidência maior entre os jovens que nasceram depois de meados da década de 1990 quando comparados com aqueles que iniciaram sua vida sexual nos primeiros anos da epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, 2015; GRANGEIRO et al., 2015a).

A ideia de que todos estão sujeitos a se infectar pelo HIV, embora verdadeira do ponto de vista biológico, não faz sentido do ponto de vista coletivo e da saúde pública (GRANGEIRO, 2013). Se por um lado devemos reconhecer da própria experiência brasileira que o enfrentamento da epidemia só é possível com o envolvimento

^v Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

^{vi} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneve: World Health Organization; 2013

de toda a sociedade, por outro é necessário adotar também medidas específicas para população sob maior risco (GRANGEIRO, 2013).

Com a introdução das novas tecnologias de prevenção biomédica (tratamento como prevenção, profilaxia pós e pré-exposição sexual) e da adoção de estratégias de redução de riscos entre homens que fazem sexo com homens, o teste anti-HIV passou a assumir um papel cada vez mais importante para o acesso ao tratamento e prevenção ao HIV/Aids, especialmente entre os HSH. Hoje o teste é a porta de entrada para acessar a prevenção e cuidado (WHO, 2014). Sua relevância está assinalada nas metas globais para enfrentamento da epidemia preconizadas pelas Nações Unidas. A Meta 90-90-90 estipula que até 2020 90% das pessoas vivendo com HIV tenham conhecimento de seu estado sorológico, 90% destas estejam em tratamento e 90% com carga viral indetectável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; UNAIDS, 2014). Estipula-se que se essa meta fosse cumprida, veríamos o fim da epidemia de Aids em 2030.

Nem sempre o teste anti-HIV foi visto desta forma. A centralidade do teste hoje é também expressão da história social da resposta ao HIV. No início da epidemia, a massificação do teste anti-HIV levantou debates que até hoje permeiam o desenvolvimento de políticas de ampliação da testagem. Enquanto alguns defendiam a aplicação do teste em larga escala, com consentimento presumido, especialistas e grupos afetados pelo HIV se organizaram para defender uma abordagem ética pautada pelos direitos humanos (MANN et al., 1993; BAYER e EDINGTON, 2009). O medo do estigma, discriminação e exclusão social fazia parte do dia a dia dos grupos mais afetados pela epidemia, e com isso havia o receio de que o teste trouxesse ainda mais prejuízos aos direitos civis e sociais dessas pessoas (BAYER e EDINGTON, 2009). Além de se tratar de uma doença letal, sem tratamento (BAYER e EDINGTON, 2009), pessoas soropositivas eram ameaçadas por processos discriminatórios (MANN et al., 1993). No Brasil, Herbert Daniel (DANIEL, 1989) escreveu sobre sua experiência de morte em vida, morte civil, que mata pelos preconceitos e pela exclusão. Defendia-se que o teste deveria ser confidencial, acompanhado de aconselhamento e voluntário, o que significava que só seria realizado com consentimento livre e informado (UNAIDS/WHO, 2004; BAYER e EDINGTON, 2009).

Mesmo nesse contexto tão desfavorável do ponto de vista das possibilidades clínicas de tratamento, homens gays já usavam o teste como uma ferramenta de prevenção (KIPPAX e RACE, 2003). Segundo Kippax e Race (2003), no início da

década de 1990, com a disponibilização do teste anti-HIV, parceiros soroconcordantes dispensavam o uso de preservativo na relação e muitos adotavam práticas de segurança negociada (acordo de não uso de preservativo com o parceiro estável e uso ou abstenção de sexo penetrativo em relações com parceiros casuais). Cientistas sociais chamaram atenção, então, para a necessidade de reavaliar o uso de preservativo no contexto específico da parceria após a disponibilização do teste anti-HIV (KIPPAX et al., 1993; KIPPAX e RACE, 2003; FERRAZ e PAIVA, 2015).

Wolffenbütel e Carneiro Junior (2007) descreveram como o estímulo em nível nacional à criação Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)^{vii} em 1987 e 1988, foi motivado pela procura pelo teste nos bancos de sangue. Segundo os autores, inicialmente os CTA tinham como objetivo oferecer acesso à testagem sorológica aos grupos mais afetados pela epidemia e redirecionar a demanda pelo teste nos bancos de sangue – que, até então, era o único serviço de saúde em que havia triagem para o HIV (WOLFFENBÜTTEL e CARNEIRO JUNIOR, 2007). Ou seja, embora o teste pudesse ser visto como tendo valor limitado do ponto de vista da saúde pública, já que se entendia que a estratégia crítica para a prevenção era a educação preventiva e o aconselhamento (BAYER e EDINGTON, 2009), pessoas dos grupos mais expostos ao risco de se infectar pelo HIV se preocupavam em conhecer o próprio status sorológico. O teste anti-HIV já participava da construção de um repertório de estratégias para lidar com a epidemia para além do uso do preservativo (KIPPAX e RACE, 2003).

Após a disponibilização da TARV (1996 no Brasil), observou-se a produção de outras estratégias de redução de riscos (FERRAZ e PAIVA, 2015) também altamente dependentes da disponibilidade do teste anti-HIV e dos avanços do conhecimento biomédico sobre o vírus. Além da escolha de parceiros de mesmo status sorológico e da segurança negociada, outras práticas como a escolha de posições para o sexo anal entre parceiros sorodiscordantes e coito interrompido foram observadas (FERRAZ e PAIVA, 2015).

Adicionalmente, com o avanço no tratamento, as estratégias biomédicas afirmaram a importância do teste anti-HIV para a prevenção. Por exemplo, para ter acesso à profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual), oferecida pelo SUS desde 2010, é necessário verificar a sorologia do paciente antes de iniciar a medicação

^{vii} Chamados “Centros de Orientação e Apoio Sorológico” (COAS) na época.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Ao contrário da PEP, a profilaxia pré-exposição (PrEP), ainda em estudo, não é oferecida gratuitamente no Brasil. Para utilizá-la também é necessário fazer testes diagnósticos com especial atenção às infecções recentes para evitar a resistência do vírus (CNS, ANRS, 2015).

Além das opções de prevenção oferecidas pela PEP e PrEP, a maior motivação para a promoção do teste como estratégia de prevenção veio do desenvolvimento de pesquisas sobre o tratamento como prevenção (TcPPARENTESSES (GRANGEIRO et al., 2015b). Modelos matemáticos mostravam o impacto do TcP sobre a incidência do HIV e antecipou-se que seria possível vermos o fim da epidemia se houvesse acesso universal ao teste realizado periodicamente e acesso à TARV para todas as pessoas infectadas (BAYER e EDINGTON, 2009; GRANICH et al., 2009; WHO, 2009; GRANGEIRO et al., 2015b). As expectativas em relação ao TcP fundamentam estratégias como a Meta 90-90-90 da UNAIDS e o atual protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos do Ministério da Saúde (GRANGEIRO et al., 2015b). O protocolo estabelece que a TARV seja ofertada a todas as pessoas soropositivas como forma de reduzir a transmissibilidade do vírus pela via sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; GRANGEIRO et al., 2015b). Conhecer e monitorar o próprio estado sorológico é fundamental para que essa estratégia traga bons resultados.

Do ponto de vista dos programas e serviços, os avanços biomédicos reanimaram os debates sobre a ampliação da testagem (CSETE e ELLIOTT, 2006; BAYER e EDINGTON, 2009). Tradicionalmente, o teste anti-HIV vinha sendo realizado predominantemente por solicitação do cliente. A partir da crescente demanda pela ampliação da testagem, o teste cada vez mais começou a ser ofertado também no contexto clínico pelos profissionais de saúde (UNAIDS/WHO, 2004). Bayer e Edington (2009) mostraram que embora houvesse consenso quanto à necessidade de ampliar a testagem diante das mudanças nas possibilidades de tratamento, não havia consenso quanto ao modo de promover esta ampliação. De um lado havia o clamor pela inclusão do teste na rotina de serviços. De outro lado, especialistas e movimentos sociais, como a Global Network of People Living HIV/AIDS (GNP+), temiam a adoção de estratégias que pudessem ameaçar o consentimento livre e informado (CSETE e ELLIOTT, 2006; BAYER e EDINGTON, 2009). Além disso, ressaltavam que o estigma, discriminação e violência ainda definiam a vida dos soropositivos (CSETE e ELLIOTT, 2006; BAYER e EDINGTON, 2009).

Como Bayer e Edington (2009) apontam, não houve saída para esta tensão, que ainda atravessa as políticas de testagem no contexto clínico. O guia para teste de HIV no contexto clínico produzido pela UNAIDS/WHO (2007) reflete essa dinâmica, com concessões de ambos os lados e uma tentativa de abandonar termos mais polêmicos, como “*opt-in*” e “*opt-out*”^{viii}. O documento afirma que estes termos são evitados em favor de “*client initiated*” (testagem iniciada pelo cliente, ou testagem espontânea) e “*provider-initiated*” (testagem iniciada pelo profissional de saúde, ou testagem por indicação).

No entanto, a opção por estes termos não resolve as tensões em relação ao consentimento no contexto clínico. Defensores dos direitos humanos chamaram atenção para o risco de que a incorporação do teste à rotina dos serviços de saúde poderia resultar num maior número de pessoas sendo testadas sem consentimento livre e informado (CSETE e ELLIOTT, 2006; BAYER e EDINGTON, 2009). De fato, a ausência de consentimento livre e informado foi frequente nos serviços de atendimento à gestante em Salvador, no Brasil (MACCARTHY et al., 2014). Em relação às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, mais susceptíveis à discriminação, coerção, violência e outras consequências negativas da revelação da soropositividade, manteve-se a diretriz e a sugestão de uma abordagem “*opt-in*” (UNAIDS, 2007; BAYER e EDINGTON, 2009).

No Brasil, neste processo de ampliação da testagem, os homens permaneceram se testando mais espontaneamente do que por indicação, como apontou Barros (2012). Homens testados por indicação geralmente eram aqueles com filhos menores de seis anos – o que sugere relação com o oferecimento do teste para a gestante e seu parceiro (BARROS, 2012). Ou então eram aqueles que tinham apresentado sintomas (DST) pelo menos uma vez na vida (BARROS, 2012). Até 2005 os efeitos da ampliação da testagem se deram principalmente entre as mulheres em idade reprodutiva, testadas rotineiramente nos serviços de pré-natal (FRANÇA-JUNIOR et al., 2008). Para o ano de 2007, Grangeiro (2013) comparou o aumento do número de testes realizados no âmbito do SUS e do número de indivíduos infec-

^{viii} No “*opt-in*” pacientes precisam “afirmativamente concordar” com a realização do teste depois de terem recebido informações pré-teste, já no “*opt-out*” a pessoa precisaria “especificamente recusar” o teste depois de ter recebido informação pré-teste para que este não seja realizado (UNAIDS, 2007).

tados identificados^{ix} e concluiu que a ampliação do teste não estava alcançando os grupos mais afetados pelo HIV. Nessa mesma direção, em 2007 o Programa Nacional de DST e Aids^x assinalou a necessidade de aumentar a cobertura do teste anti-HIV para gays, HSH e travestis (PN-DST/AIDS, 2007). Mais recentemente o MS comemorou a diminuição do acesso tardio ao tratamento^{xi}, de 31% em 2009 para 25% em 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, 2015), mas novamente reafirmou a necessidade de intensificar as ações de diagnóstico, especialmente entre os grupos mais afetados pelo HIV/Aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Podemos visualizar uma história social do uso do teste anti-HIV ao longo da resposta à epidemia que é mais relevante para compreender o processo saúde-doença e produzir uma cultura de prevenção que a história natural da doença, ensinada na formação disciplinar de profissionais de saúde (AYRES et al., 2012). Desenvolvemos Realizamos uma revisão crítica da literatura internacional sobre o uso do recorrente do teste anti-HIV no sentido de compreender como diferentes formas de uso do teste anti-HIV foram compreendidas em momentos distintos da resposta à epidemia de aids.

1.2 BUSCA RECORRENTE PELO TESTE ANTI-HIV: DO RISCO À PREVENÇÃO

Enquanto o uso do teste anti-HIV como parte de um conjunto de estratégias comunitária de prevenção vem desde a década de 1990, sua incorporação pelas políticas públicas de saúde é relativamente nova. Nesse sentido, a produção científica sobre o uso recorrente do teste anti-HIV é marcada pelos diferentes contextos em que foi produzida. No passado o homem que se testasse repetidas vezes frequentemente era visto como alguém que não estava atendendo às recomendações do profissional de saúde e estava se expondo ao risco de infecção (MORENO, 2006). Apenas por volta dos anos 2000 a testagem recorrente passou a ser vista como “desejável” do ponto de vista das políticas públicas de saúde.

^{ix} Estratégia recomendada pela Organização Mundial de Saúde para avaliar se as populações mais expostas ao risco de se infectar pelo HIV tem sido atingidas pelas políticas de testagem em epidemias concentradas (WHO, 2012).

^x Hoje Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais.

^{xi} Pessoas que chegam ao serviço com CD4 inferior a 200 células/mm³.

Em síntese, embora a repetição rotineira do teste hoje seja uma recomendação amplamente difundida para epidemias generalizadas e para os grupos mais afetados pelo HIV em epidemias concentradas, nem sempre foi desejável ou bem vista por alguns dos atores envolvidos na prevenção. No passado a repetição do teste causou estranhamento e desconfiança. A partir do ponto de vista de uma prevenção que era centrada no aconselhamento e na abstinência ou no uso de preservativo em 100% das relações sexuais, o dado de que muitas pessoas realizavam o teste mais de uma vez na vida foi recebido com preocupação pelos atores envolvidos na prevenção.

Como alguém que já se testou e já passou por aconselhamento precisaria se testar de novo? Seria este novo teste uma indicação de que o aconselhamento falhou e aquele homem não adotou práticas sexuais seguras, como Bor et al. (1994) sugeriram? Seriam homens com um medo obsessivo de contrair o vírus do HIV ou mal informados, como Fisher, Delgado et al. (2002) concluíram? Poderiam os sucessivos resultados negativos reforçar práticas de risco? Questões como essas parecem estar presentes nos primeiros esforços para entender a repetição do teste anti-HIV. Assim que foi constatada, esta prática foi logo colocada sob suspeita, como uma prática a ser vigiada e, possivelmente, limitada.

A falta de compreensão sobre o que levava às pessoas a se testarem repetidas vezes se reflete nos critérios usados para definir quem seriam os “*repeat testers*”, que podiam ser homens com pelo menos um teste prévio na vida até homens com três ou mais testes. Posteriormente o termo “*repeat testers*” foi substituído por outras concepções de frequência de repetição do teste mais adequadas às novas recomendações de testagem frequente para HSH.

Há trabalhos que consideraram como “*repeat tester*” alguém que se testava mais de uma vez (NORTON et al., 1997; FISHER et al., 2002; FERNYAK et al., 2002; HIGHTOW et al., 2004; DO et al., 2005) e outros que fizeram este corte a partir de dois (KALICHMAN e CAIN, 2008) ou três testes ou mais na vida (PHILLIPS et al., 1995; MCFARLAND et al., 1995; KALICHMAN et al., 1997; LEAITY et al., 2000; MACKELLAR et al., 2002; FERNÁNDEZ et al., 2003; RYDER et al., 2005). Alguns artigos já traziam também a questão da regularidade com que o teste era realizado (PHILLIPS et al., 1995; KALICHMAN et al., 1997; FERNÁNDEZ et al., 2003), mas em alguns casos essa regularidade ainda foi estipulada com base na quantidade de testes realizados na vida (PHILLIPS et al., 1995; FERNÁNDEZ et al., 2003). Mais

recentemente, muito embora alguns artigos ainda mencionem a quantidade de testes realizados na vida, frequentemente o parâmetro utilizado passou a ser o tempo decorrido desde o último teste, em consonância com a expectativa de que os HSH se testem periodicamente (JIN et al., 2002; MACKELLAR et al., 2006; WILLIAMSON et al., 2009; HOLT et al., 2012; FLOWERS et al., 2013; KATZ et al., 2013a; KNUSSSEN et al., 2014; RENDINA et al., 2014; MARCUS et al., 2015). Apenas um trabalho usou o motivo de realização do teste para avaliar se o teste era feito regularmente^{xii} (KATZ et al., 2013b).

Phillips et al. (1995) desenvolveram um dos primeiros estudos sobre o tema, e assinalaram o contexto em que seu trabalho se inseria. Segundo os autores, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) propôs em 1993 que se fizesse um esforço no sentido de desenvolver diretrizes para a repetição do teste anti-HIV e diminuir os testes desnecessários^{xiii}. Pensava-se que a repetição do teste estivesse sendo usada em substituição às práticas sexuais seguras ou que pudesse levar à percepção de invulnerabilidade no caso de repetidos resultados negativos (PHILLIPS et al., 1995). Além disso, como MacKellar et al. (2002) destacaram, questionou-se nesta época a efetividade do aconselhamento para reduzir o risco de infecção e a repetição do teste por pessoas que tinham pouco risco de infecção e queriam confirmar um resultado negativo.

No contexto das políticas públicas de saúde e das pesquisas, debatia-se a repetição do teste “adequada” e “inadequada”, que tinha como referência recursos financeiros e humanos a serem despendidos com aqueles que procuravam o teste várias vezes – tanto no que diz respeito ao teste propriamente dito como ao aconselhamento.

O embate sobre a necessidade ou não de repetir o teste, bem como sobre os possíveis malefícios desta prática, estavam embasados principalmente na discussão sobre os comportamentos de risco dos homens que repetiam o teste. O risco servia como medida tanto para avaliar se aquela pessoa precisaria mesmo se testar novamente como para discutir se o aconselhamento e promoção do sexo seguro teriam fracassado. Destacamos que esse “risco” foi definido de diversas formas, e em al-

^{xii} O motivo que definia a testagem como periódica era “*It is time for my regular test*”, que podemos traduzir como “é hora do meu teste periódico”.

^{xiii} CDC Advisory Committee on the Prevention of HIV Infection: External Review of Programs and Services Promoting Knowledge of Serostatus (CTRPN). Atlanta: CDC Advisory Committee; 1993.

guns trabalhos era sinônimo de pertencer a uma categoria de exposição de risco ou de ter feito sexo com outros homens, independentemente do uso de proteção (MCFARLAND et al., 1995; FISHER et al., 2002). Esse tipo de compreensão do uso recorrente do teste é sustentado pelas noções de grupos e comportamentos de risco que marcou o início da epidemia.

Na linha de definir a repetição “adequada” e “inadequada” do teste, alguns estudos recomendavam que o teste não fosse repetido no caso de pessoas “neuróticas” (muito preocupadas, com medo de se infectar) ou com “déficit de informação”, para as quais o aconselhamento seria suficiente, e ficasse restrito a pessoas testadas que estavam no período de janela ou aquelas com risco recorrente (FISHER et al., 2002). Outros autores sugeriam diferenças no aconselhamento para pessoas com alto e baixo risco de infecção (FERNYAK et al., 2002). E alguns advogaram cautela em relação a qualquer medida para desencorajar a repetição do teste (MCFARLAND et al., 1995; MACKELLAR et al., 2002) e realçaram a complexidade e heterogeneidade desta prática (PHILLIPS et al., 1995; KALICHMAN et al., 1997; NORTON et al., 1997; LEAITY et al., 2000).

Alguns estudos apontavam que os HSH que se testavam repetidas vezes eram também aqueles que tinham maior probabilidade de estarem expostos a maior risco de se infectar pelo HIV (PHILLIPS et al., 1995; MYERS et al., 1996; NORTON et al., 1997; LEAITY et al., 2000; DILLEY et al., 2002; MACKELLAR et al., 2002). Nessa linha de raciocínio, enquanto alguns autores justificavam a repetição do teste com base neste risco elevado de infecção, outros estavam preocupados com possíveis efeitos negativos desta prática. Argumentava-se que sucessivos resultados negativos poderiam reforçar comportamentos de risco para infecção pelo HIV (LEAITY et al., 2000; MACKELLAR et al., 2002). Outros identificavam essas pessoas que se testavam várias vezes como refratárias ao aconselhamento (FISHER et al., 2002). Essa preocupação com a repetição do teste resultou em propostas de intervenções e estratégias de aconselhamento específicas para aqueles tinham se testado mais vezes, que tinham por princípio o argumento de que essas pessoas estavam correndo riscos e precisavam de uma intervenção mais intensa (DILLEY et al., 2002; FISHER et al., 2002; MACKELLAR et al., 2002).

Em alguns dos trabalhos que enfatizavam a relação entre práticas de maior risco e repetição do teste, os critérios usados para definir uma relação sexual como desprotegida não levaram em conta o tipo de parceria em que esta relação estava

inserida ou se as práticas descritas poderiam ser classificadas como de redução de risco. Por exemplo, Norton e Elford et al. (1997) reconheceram que os fatores associados à repetição do teste eram multifacetados e que as pessoas que se testavam repetidas vezes entendiam o teste como parte de uma rotina de cuidados com a saúde. Porém, ao identificarem sexo oral desprotegido como comportamento de risco, não puderam refletir sobre a possibilidade de que a repetição do teste fizesse parte de uma estratégia preventiva.

Do ponto de vista biomédico, já se sabia que o maior risco de infecção estava associado ao sexo anal receptivo desprotegido (BRASHERS et al., 1998), mas enquanto os riscos do sexo oral ainda eram debatidos, é possível que alguns homens já viessem adotando essa prática em substituição ao sexo anal receptivo. Isso reforça o argumento de Kippax e Race (2003) de que as pesquisas com viés mais clínico têm um certo atraso em reconhecer e incorporar em suas análises as práticas de redução de risco adotadas pela comunidade gay. Isso afetou profundamente os debates sobre a associação entre risco e repetição do teste anti-HIV, pois muitas vezes a compreensão dos pesquisadores pode não ter captado o uso que era feito destes testes por homens que fazem sexo com outros homens.

Phillips et al. (1995), mais atentos às práticas de redução de risco entre homens gays e bissexuais, ao se deparar com a mesma associação entre repetição do teste e prática de sexo oral desprotegido têm uma conclusão diferente daquela de Norton et al (1997). Os autores apontaram que, como ainda se debatia a segurança do sexo oral, o teste poderia ser usado como um recurso para testar se esta estratégia de redução de risco estava funcionando para impedir a infecção. Assim, se alguns homens poderiam de fato estar recorrendo ao teste em decorrência de descuidos ocasionais, outros pareciam usar o teste para se certificar de que permaneciam negativos (PHILLIPS et al., 1995). Adicionalmente, os autores apontaram que ao mesmo tempo que ter parceiro(s) sorodiscordante(s) esteve associado à repetição do teste, homens com parceiros de sorologia desconhecida haviam se testado menos vezes (PHILLIPS et al., 1995), o que poderia indicar que nessas situações o teste era incorporado como um recurso de prevenção pelos primeiros, mas não pelos segundos. Essa análise reforça a suposição de que homens que se testam mais, o fazem para se prevenir. Leaity et al. (2000) chegaram a conclusões semelhantes, indicando que o teste era incorporado como parte de uma estratégia pessoal de redução de risco.

Phillips et al. (1995) defenderam o caráter preventivo do teste no sentido de reforçar práticas seguras e aumentar a segurança de homens gays e bissexuais profundamente impactados pela epidemia. Para estes autores, testar-se repetidas vezes poderia ser uma saída racional para as incertezas enfrentadas por estes homens, como em relação à segurança do sexo oral, além de ser fundamental para homens em parcerias sorodiscordantes e para aqueles que desejavam poder se tratar precocemente no caso de se infectarem. Os autores usaram estes argumentos para se posicionar contrariamente à adoção de políticas e programas que desencorajassem o teste com o objetivo de evitar testes supostamente desnecessários. Se colocaram favoráveis à adequação do aconselhamento no sentido de que fosse mais breve para aqueles que só buscavam reassegurar sua soronegatividade e mais detalhado para aqueles que tivessem dúvidas quanto à segurança das práticas de redução de risco adotadas ou aqueles que sistematicamente se expunham ao risco de se infectar pelo HIV.

Também em defesa da repetição do teste, McFarland et al. (1995) haviam mostrado que pessoas com maior número de testes anteriores tinham menor probabilidade de ter resultado positivo no teste anti-HIV, mas defenderam a repetição do teste com base em “perfis de risco”. Os autores concluíram que aqueles que repetiam o teste tinham maior probabilidade de apresentarem perfis considerados de risco – como ser homossexual ou bissexual ou usuário de drogas injetáveis – e por isso sugeriram cautela na adoção de medidas para limitar a repetição do teste (MCFARLAND et al., 1995).

A associação entre relações sexuais desprotegidas e a repetição do teste de HIV não foi observada por Kalichman et al. (1997). Os autores concluíram que esta prática estava associada a maiores taxas de uso do preservativo e atitudes positivas em relação a própria saúde, de maneira que poderia funcionar como uma estratégia preventiva para alguns HSH, como Phillips et al. (1995) tinham indicado. Para Kalichman et al. (1997), o teste para HSH tinha sido integrado como recurso de autocuidado tanto quanto o preservativo.

1.3 O CONTEXTO MUDA

O otimismo com o tratamento muda o tom do debate. Nesse novo contexto, de defesa da ampliação da testagem, a partir de 2002 é possível identificar algumas

mudanças na literatura sobre a repetição rotineira do teste. Encontramos alguns estudos que tinham como ponto de partida ainda a necessidade de reduzir despesas com a testagem “inadequada” nos EUA (HIGHTOW et al., 2004). Porém, uma outra abordagem ao teste começa a imprimir sua marca na literatura sobre a repetição ou frequência do teste anti-HIV. O teste anti-HIV passaria a ser amplamente identificado como uma estratégia de prevenção. E mais, como uma recomendação de saúde pública para o segmento de homens que fazem sexo com homens.

Inicialmente esforços são feitos no sentido de estabelecer recomendações sobre a repetição rotineira do teste, porém já não se tratava mais de restringir a repetição do teste, mas sim identificar quem deveria ser encorajado a fazê-la (FERNYAK et al., 2002; DO et al., 2005; MACKELLAR et al., 2006). Fernyak et al. (2002), por exemplo, sugeriram que HSH que praticavam sexo anal se testassem a cada seis meses e consideraram desnecessário o teste tão frequente para aqueles que praticavam apenas sexo oral desprotegido. Porém, as sugestões dos autores propunham tratamento diferente apenas no aconselhamento, sem qualquer restrição no acesso ao sorodiagnóstico. É nesse período também que o CDC publica a recomendação de que HSH sexualmente ativos sejam testados para o HIV pelo menos uma vez por ano (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002), política que foi mantida em publicações subsequentes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2006, 2010). Após esta publicação, é possível observar que alguns autores se preocuparam em avaliar se esta recomendação estava ou não sendo seguida (MACKELLAR et al., 2006; HELMS et al., 2009; KNUSSSEN et al., 2014; RENDINA et al., 2014).

O contexto das pesquisas sobre repetição e frequência do teste estava mudando. Se antes a repetição do teste era preocupante para alguns, aos poucos o uso regular do teste se torna desejável do ponto de vista das recomendações de saúde pública. O “problema” passariam a ser aqueles que não se testaram recentemente (por ex., KATZ et al., 2013b; KNUSSSEN et al., 2014).

A maior parte dos trabalhos publicados a partir de 2002 posicionaram o teste realizado com frequência como uma estratégia de prevenção. Jin et al. (2002) e Holt et al. (2012) apontaram que o teste regular dos HSH era parte fundamental da política australiana de prevenção. Informados pelos conhecimentos advindos das ciências sociais, os autores defenderam que a repetição do teste partia de uma decisão racional e informada, especialmente entre homens ligados à comunidade gay.

Marcus et al. (2015) destacaram que o conhecimento do estado sorológico é importante para informar a decisão pelo uso ou não do preservativo em parcerias casuais e estáveis.

Autores mais alinhados a uma perspectiva biomédica identificaram a repetição do teste como mais uma estratégia desejável de prevenção (FERNÁNDEZ et al., 2003; KALICHMAN e CAIN, 2008). Argumentou-se também que o teste regular poderia facilitar a identificação de novas infecções, favorecer um trabalho mais intenso de prevenção no aconselhamento e acesso precoce ao cuidado e tratamento (FERNYAK et al., 2002). Evitar a detecção tardia do HIV para evitar altos custos e maior risco de transmissão do vírus passou a ser um argumento utilizado na contextualização de algumas pesquisas (DO et al., 2005; MACKELLAR et al., 2006; KATZ et al., 2013a; RENDINA et al., 2014; MARCUS et al., 2015). Flowers et al. (2013) e Knussen et al. (2014) explicitaram a estratégia do TcP ao justificar a importância do teste anti-HIV como ferramenta de prevenção.

A **regularidade** do teste começou a ser frequentemente mencionada. Era interessante analisar se os homens se testavam em intervalos regulares. No entanto, muitas vezes essa regularidade é assumida sem levar em conta se de fato os entrevistados se testavam ou tinham intenção de se testar periodicamente. Alguns autores utilizaram como medida de regularidade o tempo decorrido desde o último teste (geralmente menor ou igual a um ano, como recomendado internacionalmente; RENDINA et al., 2014). Outros fizeram aproximações a partir do número de testes realizados no último ano no caso dos entrevistados que não mencionaram explicitamente se testar uma ou mais vezes por ano (FERNÁNDEZ et al., 2003). De maneira geral, fala-se em testagem regular, mas não é isso que está sendo captado pelas análises desenvolvidas (DO et al., 2005; MACKELLAR et al., 2006) (FLOWERS et al., 2013; CARBALLO-DIÉGUEZ et al., 2014). Um dos primeiros estudos sobre repetição do teste haviam captado melhor esta dimensão, considerando a intenção dos entrevistados de repetir periodicamente o teste (KALICHMAN et al., 1997). Mais recentemente, Katz et al. (2013b) exploraram o teste motivado por esta intenção em sua análise.

Os debates sobre o risco de infecção pelo HIV entre os que testavam repetidas vezes continuaram. O sexo oral desprotegido deixou de ser mencionado nesses trabalhos ou passou para segundo plano, considerado como prática de menor risco

(FERNYAK et al., 2002; DO et al., 2005). A prática de sexo anal continuou sendo uma de interesse para os investigadores.

Alguns autores procuraram contextualizar o sexo desprotegido, identificando o tipo de parceria e/ou soroconcordância do parceiro (por ex., JIN et al., 2002). Outros trabalhos privilegiaram uma perspectiva biomédica do risco. Nessa perspectiva, o risco de práticas sexuais é avaliado de acordo com taxas de soroconversão (FERNYAK et al., 2002). O mesmo foi feito em relação à percepção de risco: Mackellar et al. (2006) avaliaram que HSH soroconvertidos que não declararam episódios de risco não estavam conseguindo fazer uma avaliação adequada de seu risco.

Nessa linha de pesquisa, alguns continuaram tratando o sexo anal protegido ou desprotegido independentemente do parceiro, o que torna difícil compreender se o risco mencionado em seus trabalhos era “risco de fato” do ponto de vista dos HSH ou se era redução de risco (FERNÁNDEZ et al., 2003; DO et al., 2005; KALICHMAN e CAIN, 2008; RENDINA et al., 2014). Apesar de alguns destes estudos reconhecerem esta limitação e mesmo a multiplicidade de práticas diferentes que poderiam estar sendo tratadas como um mesmo fenômeno (por ex., DO et al., 2005; KALICHMAN e CAIN, 2008; RENDINA et al., 2014), quase todos eles concluíram que as pessoas que se testavam repetidas vezes ou se testaram recentemente estariam expostas a maior risco de infecção pelo HIV (FERNÁNDEZ et al., 2003; KALICHMAN e CAIN, 2008; RENDINA et al., 2014). Outros não conseguiram validar essa associação (DO et al., 2005).

Ao incorporar as estratégias de prevenção comunitárias às suas análises, outros autores consideraram esperado que homens que incorporaram o teste às suas vidas tivessem maior probabilidade de relatar sexo anal desprotegido do que homens que nunca se testaram (HOLT et al., 2012). Nesse sentido, a busca pelo teste anti-HIV não era vista como resultado de falha na prevenção ou risco aumentado, mas sim como uma estratégia de prevenção conscientemente empregada pelos HSH.

Nessa vertente, alguns autores observaram que homens que haviam se testado recentemente (no último ano) relatavam menos práticas consideradas de risco como, por exemplo, sexo anal desprotegido com um parceiro de sorologia desconhecida (KNUSSEN et al., 2014). Observou-se que a prática de sexo anal desprotegido não estava associada à realização recente do teste anti-HIV sem que

fossem levados em conta o conhecimento da sorologia do parceiro e tipo de parceria (KNUSSEN et al., 2014). Os homens testados recentemente pareciam adotar mais frequentemente o uso do preservativo no sexo anal ou estratégias de redução de risco (KNUSSEN et al., 2014).

Katz et al. (2013b), ao considerar a regularidade do teste a partir percepção do próprio entrevistado de que sua testagem era periódica, mostraram que os homens que se testavam por rotina tinham menor probabilidade de terem feito sexo anal desprotegido com um parceiro de sorologia desconhecida ou soropositivo. Adicionalmente, concluíram que homens que se testavam por rotina tinham menor probabilidade de terem soroconvertido do que homens que se testavam por outros motivos (KATZ et al., 2013b).

O potencial perigo de sucessivos resultados negativos, muito mencionado nos primeiros trabalhos sobre repetição do teste anti-HIV, não é tão citado a partir dos anos 2000. No entanto, essa noção ainda foi usada para interpretar a associação entre teste recente e maior probabilidade de relatar sexo anal desprotegido por Rendina et al. (2014). Os autores interpretaram que essa maior proporção de relato de sexo anal desprotegido neste grupo poderia ter duas causas atuando simultaneamente: a primeira seria que os HSH reconheceriam o risco a que se expuseram, e a segunda seria que sucessivos resultados negativos aumentariam a confiança e sensação de invulnerabilidade, aumentando comportamentos de risco (RENDINA et al., 2014). O uso do teste como componente de uma estratégia de redução de risco não foi discutido pelos autores.

Ryder et al. (2005) desenvolveram estudo qualitativo sobre este tema e ilustraram o mosaico de situações possíveis na presença de repetidos resultados negativos. Para alguns HSH a repetição de resultados negativos aumentava o sentimento de imunidade e invencibilidade, fazendo com que adotassem práticas cada vez mais arriscadas (RYDER et al., 2005). Porém, a maior parte dos homens entrevistados referiu que o teste servia para reforçar as práticas sexuais atuais como seguras, especialmente no caso de práticas não validadas pelas recomendações oficiais, como o sexo oral. Ou ainda, que o teste era um lembrete para continuar fazendo sexo seguro. Houve também aqueles que recorriam ao teste motivados por um ou vários episódios de potencial exposição ao HIV, não relacionados a sentimentos de invulnerabilidade (RYDER et al., 2005). Embora os autores tenham interpretado estes dados como preocupantes, já que as práticas sexuais relatadas

não eram 100% seguras, é possível identificar que o teste anti-HIV foi apropriado conforme as necessidades e trajetórias de cada entrevistado. Havia mais de uma forma de usar o teste, e parte considerável destas formas consistia em criar práticas sustentáveis de redução de risco ou em procurar assistência no caso de exposição ao risco de infecção, o que nos parece bastante positivo.

Além do debate sobre a associação entre sexo desprotegido e repetição do teste, a literatura aponta outros fatores associados a se testar mais de uma vez na vida. Foi frequente a associação do teste de rotina à maior preocupação e/ou cuidado em relação à própria saúde. Usar o teste como parte de uma rotina de cuidados com saúde já havia sido observado por Phillips et al. (1995), Norton et al. (1997), Kalichman et al. (1997) e Leaity et al. (2000). Mais recentemente Katz et al. (KATZ et al., 2013a, KATZ et al., 2013b) mostraram que o menor intervalo entre testes anti-HIV estava associado a ter acesso regular a um profissional de saúde e usar o teste como parte de uma rotina de cuidados com a saúde. Marcus et al. (2015) apontaram que o motivo mais frequente para se testar entre HSH que haviam se testado no último ano era “rotina”. Lorenc et al. (2011) em revisão de estudos qualitativos^{xiv} sobre preocupações e atitudes dos HSH em relação ao teste anti-HIV apontaram que rotina e hábito poderiam levar à busca pelo teste, independente de qualquer gatilho específico. O teste por rotina estaria associado a um senso de responsabilidade pela própria saúde e compromisso com a prevenção, que nem sempre é evidenciado em estudos sobre o teste anti-HIV (LORENC et al., 2011).

Nessa direção, alguns estudos mostraram que perceber como importante discutir ou receber informações sobre testagem e prevenção ao HIV/Aids de um profissional de saúde eram preditores da realização recente do teste (≤ 1 ano; MACKELLAR et al., 2006). Holt et al. (2012) ao refinarem esta análise observaram que homens que se testaram recentemente tinham maior probabilidade de ter procurado informação/aconselhamento de um profissional de saúde do que aqueles que haviam se testado há mais de um ano que, por sua vez, tinham procurado ajuda mais frequentemente do que HSH que nunca tinham se testado.

Além do uso do teste como parte de uma rotina de cuidados com a saúde, o uso do teste nas parcerias afetivo-sexuais também foi analisado. Vários dos trabalhos sobre o uso frequente do teste anti-HIV analisaram variáveis relacionadas às

^{xiv} Realizados na Inglaterra, Estados Unidos, Escócia e Canadá.

parcerias sexuais. Ter um número maior de parceiros em um determinado período ou na vida esteve associado ao teste repetido (NORTON et al., 1997) e recente ou regular (KALICHMAN et al., 1997; JIN et al., 2002; MACKELLAR et al., 2006; HOLT et al., 2012; KATZ et al., 2013a; KATZ et al., 2013b; MARCUS et al., 2015). O mesmo foi observado em pesquisas com grupos étnicos específicos, como hispânicos (FERNÁNDEZ et al., 2003), asiáticos e homens das ilhas do Pacífico (DO et al., 2005).

Por outro lado, a ausência de parceiros, estar em relacionamento monogâmico ou estar em um relacionamento há pelo menos dois anos estiveram associados à diminuição do teste recente na Austrália (JIN et al., 2002). Na Alemanha HSH solteiros tinham maior probabilidade de ter se testado recentemente (em comparação a ter se testado há mais tempo) do que aqueles que estavam em relacionamentos abertos (MARCUS et al., 2015).

Segundo Lorenc et al. (2011), relacionamentos e a responsabilidade pela saúde do outro também podem ser decisivos para que a pessoa busque o teste ou podem afastar a preocupação com o HIV. O teste pode participar dos relacionamentos como prova do estado sorológico para um parceiro em potencial – por exemplo, para que se possa abdicar da camisinha nas relações sexuais ou com o objetivo de reduzir riscos nas trocas sexuais (LEAITY et al., 2000; LORENC et al., 2011). Por outro lado, estar em um relacionamento em que há confiança e compromisso com o parceiro, pode ser uma barreira ao teste, já que os parceiros não sentem que precisariam se testar com regularidade (LORENC et al., 2011).

Ter um parceiro soropositivo também esteve associado a ter se testado recentemente, o que se configura como um uso bastante adequado e racional do teste anti-HIV (JIN et al., 2002). Adicionalmente, revelar a sorologia para o parceiro foi mais comum entre os HSH que haviam se testado recentemente (MACKELLAR et al., 2006; HOLT et al., 2012). Já desconhecer a sorologia do parceiro foi mais comum entre os jovens HSH que se testavam pela primeira vez no estudo de MacKellar et al. (2002). Holt et al. (2012) mostraram que a expectativa de que parceiros HIV-negativos revelassem sua sorologia antes do sexo foi maior entre os HSH que haviam se testado recentemente e HSH que nunca tinham se testado do que entre aqueles que tinham se testado há mais tempo. Vivendo de acordo com suas expectativas, os homens que haviam se testado recentemente tinham maior probabilidade de ter discutido o estado sorológico com parceiros casuais (HOLT et al., 2012). Já os

homens nunca testados talvez estivessem contando com a revelação de parceiros já testados (HOLT et al., 2012), já que eles mesmos não se haviam se testado.

Ainda como possíveis gatilhos para a testagem, Kalichman et al. (1997) mostraram associação entre repetição do teste e conhecer pessoas soropositivas. Mais recentemente, Kalichman e Cain (2008) observaram novamente esta associação e apontaram que a repetição do teste pode ser estimulada por experiências com conhecidos soropositivos, como experiências da doença e de mortes. A mesma associação foi encontrada por Leaity et al. (2000).

Outros trabalhos apontaram associação entre repetição do teste e ter contraído ou pensar ter contraído alguma DST pelo menos uma vez na vida (NORTON et al., 1997; FERNÁNDEZ et al., 2003; DO et al., 2005). Fernández et al. (2003) interpretaram que acreditar ter contraído uma DST aumentava a percepção de risco de se infectar pelo HIV. Entre HSH que se testaram recentemente (tempo decorrido desde o último teste ≤ 1 ano) essa associação também foi observada (MACKELLAR et al., 2006).

Em relação ao uso de drogas, um dos estudos apontou associação entre ter realizado o teste recentemente e uso de drogas ilícitas nos últimos seis meses (MACKELLAR et al., 2006). Katz et al. (2013b) encontraram associação entre teste regular para o HIV e o uso de nitritos inaláveis no último ano, mas menor uso de drogas injetáveis entre os que se testavam regularmente.

Algumas condições contextuais foram consideradas como mais favoráveis ou como barreiras à repetição ou regularidade na realização do teste anti-HIV. A seguir destacaremos os fatores comumente mencionados na literatura.

1.3.1 Identidade e comunidade gay

Estar vinculado à comunidade gay, assumir-se como gay e exposição da orientação sexual para outras pessoas foram analisadas como fatores que favoreciam a busca pelo teste. Na América Latina, Carballo-Diéguez et al. (2014) apontam que em Buenos Aires os HSH que se identificavam como gays eram os que tinham maior probabilidade de terem se testado mais de uma vez. Essa associação foi observada também para HSH asiáticos e de ilhas do Pacífico vivendo em São Francisco (DO et al., 2005).

Se identificar como gay e o pertencimento à comunidade gay estiveram positivamente associados ao teste recente na Austrália (JIN et al., 2002). Dez anos depois essa associação foi novamente observada: ter mais amigos gays esteve associado a ter se testado recentemente (≤ 1 ano), quando comparado a ter se testado há mais tempo, e mesmo os que se testaram há mais tempo tinham mais amigos gays do que os que nunca se testaram (HOLT et al., 2012). Na Alemanha também HSH que visitavam mais frequentemente espaços de sociabilidade HSH tinham maior probabilidade de ter se testado recentemente do que de nunca ter se testado ou ter se testado há mais tempo (MARCUS et al., 2015). Os HSH que tinham se testado há mais de um ano tinham maior probabilidade de ter procurado informações na comunidade gay ou em organizações para o HIV/Aids do que os que nunca se testaram, mas não foi encontrada diferença entre eles e os que se testaram recentemente (HOLT et al., 2012).

Marcus et al. (2015) apontaram que HSH com menores níveis de homofobia internalizada tinham maior probabilidade de terem se testado recentemente (em comparação a nunca terem se testado). Adicionalmente, Mackellar et al. (2006) mostraram que os HSH que tinham revelado a orientação sexual para outras pessoas tinham maior probabilidade de terem se testado recentemente (comparados aos nunca testados/testados há mais tempo). No caso de amigos e colegas de trabalho, Marcus et al. (2015) apontaram que HSH que se testaram recentemente expuseram mais sua orientação sexual para colegas de trabalho do que os que nunca se testaram, mas expuseram menos do que os que haviam se testado há mais tempo. Já ter exposto a orientação sexual para um profissional de saúde era mais frequente entre os HSH testados recentemente do que entre os nunca testados e do que entre os testados há mais tempo (MARCUS et al., 2015).

No que diz respeito aos espaços virtuais de sociabilidade, Holt et al. (2012) mostraram que homens testados recentemente (no último ano) e aqueles testados há mais tempo não diferiam entre si neste aspecto, mas quando comparados aos HSH que nunca se testaram, os que se testaram há mais de um ano passavam menos tempo em redes sociais na internet, espaço que os autores defenderam que deveria ser mais utilizado para campanhas de prevenção (HOLT et al., 2012). Possivelmente os homens que frequentam espaços virtuais de sociabilidade HSH não estão sendo incluídos no debate sobre o teste anti-HIV como estratégia de prevenção.

1.3.2 Atitudes e normas sociais

Similarmente, os trabalhos mostraram que atitudes e normas mais favoráveis em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV também contribuíam para compor um contexto mais favorável ao uso frequente do teste. Quando comparados aos HSH nunca testados, aqueles testados no último ano tinham menos atitudes negativas em relação ao sexo com soropositivos (FLOWERS et al., 2013) e estavam menos propensos a estigmatizar soropositivos (MARCUS et al., 2015). Os HSH que se testaram recentemente (≤ 1 ano) tinham menor probabilidade de relatar medo do resultado do teste quando comparados aos HSH que nunca testaram (FLOWERS et al., 2013; KNUSSSEN et al., 2014) e aos que se testaram há mais tempo (KNUSSSEN et al., 2014). Os HSH que tinham se testado há mais de um ano não diferiram daqueles que nunca se testaram em relação ao medo do resultado (KNUSSSEN et al., 2014).

Normas sociais favoráveis à realização do teste anti-HIV, comunicação sobre o teste, percepção de benefícios em obter cuidados médicos no caso de uma possível infecção estavam associados à repetição do teste no estudo de Phillips et al. (1995). Mais recentemente, Knussen et al. (2014) também observam esta associação: HSH testados no último ano percebiam mais frequentemente o teste anti-HIV entre gays como uma norma social do que HSH testados há mais tempo ou nunca testados. Não foi observada diferença entre HSH testados há mais de um ano e nunca testados (KNUSSSEN et al., 2014). Flowers et al. (2013) mostraram que perceber o teste como benéfico estava associado a ter se testado recentemente (comparado a nunca ter se testado). Nesse linha, um dos trabalhos apontou que saber da existência da TARV também estava associado ao teste recente (MACKELLAR et al., 2006). Lorenc et al. (2011) apontaram que na presença de normas sociais mais negativas em relação ao HIV, pode ser mais fácil lidar com a incerteza do que com um eventual resultado positivo para o teste. Ao não saber a própria sorologia, é como se a pessoa continuasse no mesmo nível que todas as pessoas não testadas, ao passo que se testar obrigaria a assumir posições e fazer mudanças (LORENC et al., 2011).

1.3.3 Fatores sociodemográficos

Aspectos sociodemográficos também estiveram associados à repetição ou realização do teste recentemente. O local de moradia esteve associado ao teste em alguns estudos (MCFARLAND et al., 1995; MYERS et al., 1996; HOLT et al., 2012; MARCUS et al., 2015). Em relação à escolaridade, diferenças foram observadas por Holt et al. (2012), que mostrou que HSH com maior escolaridade tinham maior probabilidade de já terem se testado há mais de um ano (comparados aos que nunca tinham se testado), mas não houve diferença entre eles e os que haviam se testado recentemente.

A idade também esteve associada à repetição do teste ou a sua regularidade, com os mais jovens procurando o teste mais frequentemente do que os mais velhos (KALICHMAN et al., 1997) ou há menos tempo (JIN et al., 2002; WILLIAMSON et al., 2009). Pessoas que se testaram mais de uma vez tinham maior probabilidade de terem entre 25-34 anos em estudo de Fernyak et al. (2002), dado que foi interpretado como coincidente com a epidemia de aids em São Francisco, onde o estudo foi realizado.

Mais recentemente, na Austrália, Holt et al. (2012) apontaram que os HSH que nunca se testaram eram mais jovens do que os que tinham se testado há mais de um ano que, por sua vez, eram mais jovens do que os que se tinham se testado recentemente. O mesmo foi observado na Alemanha: os HSH com idades entre 16 e 24 anos tinham maior probabilidade de nunca terem se testado do que de terem se testado recentemente (≤ 1 ano), mas os HSH que tinham se testado há mais de um ano geralmente eram mais velhos do que os que se testaram no último ano (MARCUS et al., 2015). Na mesma direção, Knussen et al. (KNUSSEN et al., 2014), na Escócia, mostraram que os HSH que tinham se testado há mais de um ano eram os mais velhos (25 anos ou mais), comparados tanto aos HSH que nunca se testaram como aos que tinham se testado recentemente. Como o efeito da idade sobre a relação com o teste pode variar de um lugar para outro e mesmo de uma geração para outra, essas diferenças observadas entre estes trabalhos são esperadas.

1.4 TESTE ROTINEIRO E TESTE EPISÓDICO

Como vimos, há na literatura diversas formas de abordar o uso recorrente do teste anti-HIV. Ao adotar como referencial teórico a abordagem do Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, nos alinhamos àqueles autores que incorporaram em suas reflexões os conhecimentos advindos do campo das ciências sociais e que procuraram compreender a testagem em contexto.

A abordagem do Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos foi construída como uma alternativa ao uso das noções grupo de risco e comportamentos de risco que marcaram o início da epidemia (AYRES et al., 2012). Naquele período as pessoas afetadas eram tratadas como “alvo” de restrições ou intervenções para mudança de comportamento. A elas cabia o papel de se adequar aos limites impostos pela emergência da epidemia da aids e às mudanças de comportamento recomendadas. Estas recomendações desconsideravam o contexto social e programático, em particular a falta de acesso aos programas que poderiam atuar na co-construção de mudanças na vida cotidiana. Nessa lógica, os soropositivos eram responsabilizados por sua soroconversão, pela não adoção de práticas seguras e pelo “mau comportamento” (AYRES et al., 2012).

A análise da epidemia com base no quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos propôs um caminho diferente. Nesta perspectiva as pessoas são concebidas como sujeitos de direito, os maiores especialistas em seu cotidiano e parte fundamental da resposta à epidemia (AYRES et al., 2012). Ao mesmo tempo, reconhece que a vulnerabilidade das pessoas a se infectarem pelo HIV é configurada não só por fatores individuais ou sociais, sendo profundamente impactada tanto pela violação de direitos como pela presença ou ausência de uma resposta programática à epidemia (MANN e TARANTOLA, 1996; AYRES et al., 2006, 2012; GRUSKIN e TARANTOLA, 2008).

Esta abordagem tem sido produtiva para pensar as análises de risco com uma fertilidade para a prática para além das intervenções focadas nos indivíduos. A partir deste referencial, as análises de risco são compreendidas à luz das condições estruturais e sociais que sustentam e reproduzem a vulnerabilidade social e programática à infecção pelo HIV. Nesse sentido, permite operacionalizar e planejar intervenções nos três planos (individual, social e programático), compreendidos

sempre como mutuamente implicados (AYRES et al., 1999, 2003, 2012; PAIVA et al., 2010).

Na **dimensão individual** são consideradas as diferenças individuais na experiência cotidiana e a trajetória em seu contexto social. Essas diferenças são compreendidas dinamicamente, sempre à luz das desigualdades sociais que coproduzem essas diferenças (PAIVA, 2009). O indivíduo é concebido como ser em relação. Nesta dimensão são considerados os sentidos da experiência corporal e da saúde, o nível de conhecimento, o acesso à informação sobre prevenção, a escolaridade, o momento emocional, as relações de amizade, afetivo-sexuais e profissionais e a rede de apoio social (AYRES et al., 2012). Valores, crenças, desejos, atitudes, gestos, falas e interesses são dinamicamente mobilizados e atualizados a cada cena cotidiana (AYRES et al., 2012; PAIVA, 2009). Nesse sentido, cada pessoa tem a sua trajetória específica (TERTO JR., 2002, 2015; PAIVA, 2009), e o que faz sentido para uma pessoa pode não fazer sentido para a outra – mesmo que pertençam a um mesmo grupo de amigos, sejam vizinhos ou compartilhem uma identidade sexual – ou para ela mesma em momentos diferentes de sua vida. O que faz sentido e é mobilizado em um encontro sexual pode ser diferente no próximo. Da mesma forma, uma cena de encontro em um serviço de saúde também varia.

A **dimensão social** remete a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade traduzidas e realizadas em cenas da vida cotidiana (AYRES et al., 2006, 2012). Ou seja, a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais de cada país, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, crenças religiosas e pobreza são experiências cotidianas vividas em ato. Tomada nesta dimensão, a análise de vulnerabilidade interpreta fatores contextuais que atravessam e são expressivos da vulnerabilidade individual.

Finalmente, a **dimensão programática** diz respeito às instituições que estruturam parte significativa da vida das pessoas, como família, escola e serviços. De especial interesse, os serviços de saúde produzem experiências cotidianas definitivas para o cuidado e o autocuidado. Para que a saúde seja protegida e promovida, portanto, é necessário que existam esforços programáticos na direção da mitigação da vulnerabilidade social e individual. A análise da dimensão programática leva em conta como, em determinadas circunstâncias sociais, as instituições atuam em prol de uma transformação ou reproduzem e até mesmo aprofundam as condições soci-

almente produzidas de vulnerabilidade. O grau e a qualidade do compromisso destes serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de seus técnicos e gestores, o monitoramento, a avaliação e retroalimentação de suas ações e a sustentabilidade das propostas são importantes aspectos para a análise desta dimensão. É fundamental também a análise da permeabilidade e estímulo destas instituições à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais que delas participam, princípio fundamental das práticas baseadas nos direitos humanos (AYRES et al., 2012).

A partir deste referencial as pessoas afetadas pela epidemia são tomadas não como alvo de ações de prevenção, mas sim como agentes fundamentais na construção de uma resposta à epidemia. Nesse sentido, são concebidas como sujeitos de sua vida cotidiana e de direitos, que devem poder acessar todas as formas de prevenção e escolher aquelas que melhor se adequem ao seu momento de vida (FERRAZ e PAIVA, 2015). A forma como as pessoas incorporam e usam o teste anti-HIV, portanto, deverá ser parte de uma resposta sustentável à epidemia.

Embora possamos pensar em recomendações gerais do ponto de vista da saúde pública como, por exemplo, a testagem anual, nas trajetórias individuais estas recomendações são constantemente atualizadas. Há diferentes usos possíveis para o teste anti-HIV, e um não é intrinsecamente melhor do que outro. Estes diferentes usos precisam ser compreendidos para que possam ser incorporados ao diálogo da prevenção.

À exceção de dois dos trabalhos apresentados (KALICHMAN et al., 1997; KATZ et al., 2013b), normalmente as pesquisas desenvolvidas sobre uso recorrente do teste anti-HIV não capturaram o uso que os próprios homens faziam do teste. Ao se fixar em número de testes em um período específico ou na ocorrência de testagem no último ano, procurou-se compreender se as recomendações de testagem anual estavam sendo seguidas. Porém, ter se testado uma ou várias vezes no último ano não nos diz sobre o sentido da testagem para o homem que se testou.

Ao partir do referencial da abordagem do Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos optamos por abordar a incorporação do teste como recurso de prevenção por homens que fazem sexo com homens diferenciando dois tipos de uso do teste: rotineiro e episódico. Assim, nos aproximamos da distinção feita por Katz et al. (2013b), que consideraram a motivação do último teste para definir o uso regular do teste anti-HIV. Entendemos que a testagem motivada pelo tempo (“testo todo

ano”, “sempre me testo”, “me testo periodicamente” etc.) demarca o **uso rotineiro do teste** anti-HIV. Na ausência desta motivação temporal, o **uso episódico do teste** aconteceria na presença de eventos específicos que motivam a testagem.

2 HIPÓTESE

Entendemos que a busca espontânea rotineira ou episódica pelo teste se dá por uma demanda individual, que é informada e impactada por fatores coletivos e contextuais. Temos como pressuposto que tanto testar rotineiramente como episodicamente são estratégias de gerenciamento do risco de se infectar pelo HIV. Adicionalmente, este risco pode ser percebido como contínuo ou pontual, o que leva a demandas específicas de testagem.

Temos como hipótese que o homem que se testa rotineiramente, em comparação ao que nunca se testou, já teve experiências de vida que o levaram a se perceber em risco de se infectar pelo HIV. Além disso, administra esse risco em seu cotidiano, optando ora pelo uso, ora pelo não uso do preservativo, avaliando sua sorologia periodicamente. Este grupo utiliza estratégias de redução de risco, como seleção de parceiros com base na soroconcordância e a adoção de práticas de menor risco quando necessário. Este tipo de uso do teste é favorecido pela participação na comunidade gay e pela possibilidade de expor sua orientação sexual para outras pessoas sem ser discriminado, bem como por opiniões e atitudes mais favoráveis em relação ao teste e ao HIV/Aids.

Quanto aos homens que se testam episodicamente, temos como hipótese que esses homens, quando comparados aos nunca testados, também já tiveram experiências que os levaram a se perceber em risco para o HIV/Aids. Também usam o teste como estratégia de gerenciamento do risco, mas pontualmente. Usam o teste principalmente no estabelecimento da soroconcordância em suas parcerias estáveis. Uma vez estabelecida a soroconcordância, não sentem necessidade de se testar porque não se sentem expostos ao HIV. Isso muda quando há quebra de confiança dentro da parceria, o que nos leva a um outro tipo de uso episódico do teste, que ocorre quando o homem sente que pode ter se exposto ao HIV. Nesse sentido, não ter usado preservativo com um parceiro de sorologia desconhecida, falha do método preventivo e mesmo a quebra de confiança em uma parceria podem levar à busca episódica pelo teste. Assim como para o uso rotineiro do teste anti-HIV, acreditamos que a realização episódica do teste anti-HIV é favorecida pela participação na comunidade gay e possibilidade de expor sua orientação sexual sem ser discriminado, bem como por opiniões e atitudes mais favoráveis ao teste e ao HIV/Aids.

3 OBJETIVO

Analisar os fatores associados ao uso rotineiro e ao uso episódico do teste anti-HIV entre frequentadores de locais de sociabilidade HSH da região central de São Paulo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Foram analisados dados coletados no Projeto SampaCentro, que utilizou estratégia de amostragem por tempo-espço (TLS) conforme descrito por Veras et al. (2015). Essa estratégia é usada para grupos que são difíceis de alcançar em função da baixa proporção de pessoas destes grupos na população geral. A estratégia consiste em abordar pessoas destes grupos em locais que já são sabidamente frequentados por eles e permite descrever uma amostra representativa dos frequentadores destes locais de sociabilidade. No SampaCentro os homens entrevistados foram abordados em locais de sociabilidade HSH da região central de São Paulo (distritos administrativos da República e Consolação na região central de São Paulo).

4.2 PARTICIPANTES

Os participantes foram recrutados entre novembro de 2011 e janeiro de 2012 em 120 visitas a 92 locais de sociabilidade HSH randomicamente selecionados, sendo 54,3% bares e restaurantes, 17,4% locais para trocas sexuais, 16,3% boates, 5,4% espaços públicos e 6,6% outros espaços de sociabilidade HSH (VERAS et al., 2015). De 19.935 homens que frequentaram estes espaços onde havia pesquisadores do SampaCentro, 3.110 foram abordados pela equipe. Destes homens, 1217 cumpriam os critérios de elegibilidade (ter 18 anos ou mais, residir no Estado de São Paulo, já ter feito sexo com outros homens) e aceitaram participar do SampaCentro. Essa proporção entre HSH abordados e HSH que completaram a pesquisa é similar a de outros estudos com essa estratégia de amostragem (DO et al., 2005; RAYMOND et al., 2007).

O nosso recorte amostral se restringiu a 946 participantes soronegativos ou de sorologia desconhecida no momento da pesquisa, que nunca haviam se testado ou que realizaram seu último teste anti-HIV por busca espontânea de rotina ou episódica (**Figura 1**). Optamos por excluir de nossas análises os participantes sabidamente soropositivos no momento da pesquisa. Isso foi feito porque a partir do momento do sorodiagnóstico as pessoas positivas para o HIV não precisam mais se testar. Suas necessidades de cuidado e prevenção são diferentes. É possível que

suas práticas atuais não guardem mais qualquer relação com o tipo de uso que faziam do teste antes de se descobrirem soropositivos. Foram excluídos também aqueles que não responderam sobre o teste anti-HIV ou cuja motivação para o último teste não pôde ser determinada. Adicionalmente, excluimos os HSH que buscaram o teste por indicação de profissional ^{xv} de saúde ou por coerção/obrigação^{xvi}, já que se tratam de contextos diferentes de realização do teste anti-HIV (UNAIDS/WHO, 2004). Priorizamos a busca espontânea por ainda ser o tipo de busca mais frequente entre os HSH e por favorecer o diagnóstico precoce do HIV neste segmento.

^{xv} Pessoas que mencionaram pelo menos uma das seguintes motivações em relação a seu último teste anti-HIV: por indicação médica, sou doador ou queria doar sangue, teve uma DST, teve sintomas que levaram à realização do teste, cirurgia, check-up, acidente de trabalho, problemas de saúde.

^{xvi} Pessoas que mencionaram pelo menos uma das seguintes motivações em relação a seu último teste anti-HIV: por exigência do patrão/chefe, exigência empresa/ instituição.

Figura 1: Seleção de participantes para composição da amostra.

4.3 INSTRUMENTOS

Entrevistadores treinados abordaram os participantes e utilizaram questionário estruturado, de cerca de 35 minutos de duração, que abordava: características sociodemográficas, prevenção e DST, testagem para HIV e conhecimento sobre a sorologia, vida sexual, uso de álcool e outras drogas, violência e discriminação, revelação da orientação sexual, rede de relações e uso do território, participação em atividades de prevenção, projetos de pesquisa e informações sobre prevenção, motivações para participar de pesquisas de prevenção biomédica.

No detalhamento do último teste anti-HIV realizado os participantes responderam sobre a data de realização deste último teste, motivo da busca pelo teste e quantidade de testes feitos na vida (incluindo o último).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto SampaCentro, intitulado “Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CRT-DST e AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e do Instituto Adolfo Lutz, e foi conduzido em consonância com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e regulamentação complementar da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Cada potencial voluntário foi convidado a participar da pesquisa mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente aprovado pelo CEP, onde encontravam-se explicitados, de forma clara, os objetivos do estudo, procedimentos, riscos e benefícios potenciais (ANEXO 2).

Todos os materiais relativos aos sujeitos (questionário e banco de dados) foram mantidos em armários trancados à chave no escritório da coordenação da pesquisa. Optou-se pela exclusão de nomes e outros identificadores pessoais nos instrumentos como forma de resguardar a confidencialidade. Foi vedado o conhecimento das informações pessoais pelos entrevistadores, transcritores e outros assistentes da pesquisa.

Os participantes foram comunicados que podiam abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo assistencial ou de outra ordem.

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1 Variável Dependente

Trabalhamos com três alternativas possíveis para classificação dos entrevistados quanto à incorporação do teste espontâneo como uma estratégia de

prevenção. A partir das questões 57 e 59 (abaixo), os entrevistados foram alocados em um dos três grupos: testa rotineiramente, testa episodicamente e nunca se testou.

57. Quantas vezes você já fez o teste para HIV?

59. Por que você fez este ultimo teste? [RM, espontânea]

A partir da questão 59, definimos se o último teste foi rotineiro ou episódico. Os entrevistados que indicaram alguma periodicidade como motivação para a realização do último teste foram classificados como homens que se testam rotineiramente. Quando foram indicadas apenas outras motivações, sem menção à repetição periódica do teste, o entrevistado foi classificado como tendo se testado episodicamente. A resposta “0” para a questão 57 definiu o grupo dos que nunca se testaram.

Por considerar que uso rotineiro e o uso episódico do teste anti-HIV fazem parte de estratégias diferentes de prevenção, optamos por trabalhar com duas variáveis dependentes, uma para o teste rotineiro e outra para o teste episódico. Nas análises a categoria de referência adotada para as comparações tanto para o teste rotineiro como para o teste episódico foi “Nunca testou”.

4.5.2 Variáveis Independentes

Para descrever as diferenças entre padrões de testagem para quem se testou rotineira e episodicamente, usamos questões específicas sobre o último teste feito, testes realizados ao longo da vida e sobre o uso do teste como estratégia de prevenção. O tempo decorrido desde o último teste foi calculado em anos e utilizamos também a quantidade de testes realizados ao longo da vida.

Em relação às variáveis socioeconômicas, trabalhamos com as variáveis idade, cor de pele, escolaridade, classe econômica, região de moradia e religião.

A idade foi dividida nas categorias “18-24”, “25-34”, “35-49” e “50-77”. Esta classificação foi selecionada para possibilitar a comparação com dados nacionais e municipais sobre o desempenho da resposta programática ao HIV/Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis. Tanto a PCAP (Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População) nacional de 2008 como a PCAP do Município de São Paulo de 2013 utilizaram esta estratificação.

A cor de pele foi categorizada em negros (pretos e pardos) e não-negros (brancos, amarelos, indígena e outros). Escolaridade considerou o maior grau alcançado pelo entrevistado e testada em diferentes agrupamentos das categorias. A classe econômica foi definida com base nos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)^{xvii}, e foi posteriormente categorizada em “A e B” e “C, D e E”. No caso da região de moradia comparamos os homens que moravam no centro aos que moravam em outras regiões de São Paulo e aqueles que moravam em outras cidades da Grande São Paulo ou do Estado de São Paulo. Religião se referia especificamente à prática de alguma religião.

Selecionamos também variáveis contextuais relacionadas à participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação sofrida em razão da sexualidade e opiniões e atitudes em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV.

No grupo de variáveis que diziam respeito a participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, tínhamos oito variáveis. A variável identidade foi estratificada para indicar se o homem se identificava como gay ou homossexual (gay, homossexual e entendido) ou se tinha se identificado de outra forma. A revelação da sexualidade para outras pessoas foi analisada em cada contexto específico de revelação: amigos, familiares, colegas de trabalho, colegas de escola/faculdade e profissional de saúde. A frequência de visita aos locais de sociabilidade HSH foi classificada em “1ª vez ou raramente”, “Quase todo mês ou pelo menos uma vez por mês” e “Pelo menos uma vez por semana”. Para analisar com quem o entrevistado morava trabalhamos originalmente com uma única variável, de cinco níveis (“com parceiro homem, travesti ou transexual”, “sozinho”, “com amigos”, “com parentes” e “com parceira mulher”) e por fim optamos por trabalhar com apenas dois níveis na regressão de Poisson (“Mora com parentes” x “outros arranjos”) em razão do comportamento estatístico desta variável.

Em relação às variáveis que abordavam a discriminação em razão da sexualidade, tratamos cada contexto de ocorrência de discriminação como uma variável independente: discriminação por amigos e/ou vizinhos, discriminação no ambiente familiar, no ambiente de trabalho e/ou estudo, em serviços e comércio, no ambiente religioso e/ou por motivo religioso, discriminação em serviços de saúde.

^{xvii} ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 21/10/2015.

Quanto às opiniões e atitudes em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV utilizamos três variáveis. A primeira delas era “Faria sexo com pessoa sabidamente soropositiva?”, utilizada para captar atitudes mais positivas em relação ao HIV/Aids. As outras duas variáveis tratavam de opiniões sobre o que dificultava que mais HSH fizessem o teste anti-HIV. Uma delas condensou opiniões que indicavam o medo da exposição. As opiniões que compuseram esta variável foram: "medo de ser visto no local do teste", "medo de que as pessoas pensem que é HIV positivo", "medo de que os profissionais de saúde não sejam sigilosos", "medo de ser discriminado se for positivo", "constrangimento", "contar para a família", "discriminação", “estigma”, “preconceito”, "exposição", "machismo", "pudor", "tabu", "vergonha". A outra variável condensava opiniões que indicavam medo do resultado do teste: “a espera pelo resultado pode ser dura”, "não adianta saber que é HIV positivo porque não tem cura", "medo de saber que é positivo/medo da aids", "não saberem como lidar com a doença se positivos", "medo", "insegurança", "força da doença", "falta coragem”.

Finalmente, selecionamos variáveis que poderiam funcionar como “gatilhos” para o teste: relato de práticas e episódios que pudessem ter desencadeado a decisão de incluir o teste numa rotina de cuidados com a saúde ou de buscar pontualmente o teste. Nesse grupo estavam as variáveis sobre percepção de risco, estratégias de prevenção utilizadas e uso de preservativo nas três últimas parcerias sexuais.

Percepção de risco incluiu duas variáveis: já passou por situação em que poderia ter se infectado e quantas pessoas soropositivas conhecia (nenhuma, poucas ou muitas, posteriormente classificado em conhece e não conhece).

As estratégias de prevenção utilizadas foram consideradas como variáveis independentes, abordando as seguintes possibilidades: (a) não adota nenhuma prática, (b) pratica abstinência, monogamia ou redução do número de parceiros, (c) adota práticas de redução de risco (seleção de parceiros, confia nos parceiros, não faz sexo penetrativo), (d) usa preservativo e/ou gel e (e) utiliza PEP e/ou PrEP.

Em relação às práticas sexuais e parcerias, consideramos o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses. Analisamos também a prática de sexo anal protegido e tipo de parceria nas últimas três parcerias sexuais. Para tal, estabelecemos uma variável com três níveis: (1) apenas parcerias casuais com prática de sexo anal protegido, (2) apenas parcerias estáveis ou parcerias estáveis e parcerias ca-

suais com uso de proteção no sexo anal e (3) parcerias casuais com sexo anal desprotegido com ou sem parcerias estáveis

O quadro a seguir sintetiza as variáveis selecionadas para análise de fatores associados à realização do teste rotineiro ou do teste episódico. No ANEXO 4 listamos as questões utilizadas na construção de cada variável.

Quadro 1: Variáveis independentes		
Sociodemográficas	Contextuais	"Gatilhos"
<p>Variáveis sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Classe econômica • Cor da pele ou raça • Escolaridade • Religião • Região de moradia 	<p>Participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • identidade sexual • já revelou expôs a orientação sexual para alguém • frequência de visita na região • com quem mora <p>Experiência de discriminação em razão da orientação sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sofreu discriminação pela família, amigos/vizinhos, colegas de trabalho/escola, em lugares ou serviços públicos, por motivos religiosos/ em ambiente religioso • Discriminação em serviços de saúde <p>Opiniões e atitudes em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faria sexo com pessoa sabidamente HIV+ • O que dificulta o teste: Medo de ter aids • O que dificulta o teste: Medo de se expor 	<p>Percepção de risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já passou por situação em que poderia ter se infectado • Conhece alguém que tem HIV/Aids <p>Estratégias de prevenção adotadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma • Abstinência sexual/monogamia/redução do número de parceiros • Seleção de parceiros/Não faz sexo penetrativo/Confia no parceiros(s) • Preservativo e/ou gel lubrificante • PEP e/ou PrEP <p>Práticas sexuais e parcerias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de parceiros • Sexo anal prptegido em parcerias casuais x parcerias estáveis com ou sem sexo anal protegido em parcerias casuais x sexo anal desprotegido em parcerias casuais com ou sem parcerias estáveis com parceiro casual)

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A amostra foi obtida pela metodologia TLS. Neste processo de amostragem, os entrevistados foram sorteados com base em clusters e apresentaram probabilidades desiguais de seleção. Desta forma, as análises realizadas utilizaram o protocolo de análise para amostras complexas do Stata 12.0.

As variáveis foram descritas em medianas e proporções, dependendo da distribuição dos dados. O teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que as variáveis quantitativas não tinham distribuição normal, por isso apenas medianas foram apresentadas. Para algumas comparações utilizamos gráficos box-plot, com limites superiores e inferiores definidos pelo método de Tukey – optamos por não exibir nos gráficos os valores aberrantes para possibilitar a visualização. Os testes de hipóteses utilizados foram Mann-Whitney para comparações entre medianas e Qui-quadrado e exato de Fisher para comparações entre proporções. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas as que atingiram nível de significância menor que 5%.

Para a análise dos fatores associados à realização do teste anti-HIV por busca espontânea de rotina e episódica foi utilizada a regressão de Poisson robusta, já que se tratava de estudo transversal e o desfecho estudado tinha prevalência superior a 10%. Este modelo possibilita melhor ajuste das magnitudes e das razões de prevalência (BARROS e HIRAKATA, 2003). As variáveis foram testadas na análise bivariada, e aquelas que apresentaram $p < 0,20$ para associação pelo teste Qui-quadrado foram selecionadas para o modelo múltiplo.

O procedimento de modelagem foi hierarquizado por nível (PORTA et al., 2008). O objetivo desta divisão em níveis foi garantir que variáveis importantes para contextualizar a decisão de se testar rotineira e episodicamente fossem consideradas na análise. Esta hierarquização do processo de modelagem permitiu analisar a cada nível quais eram as variáveis mais fortemente associadas à realização do teste anti-HIV rotineiro e episódico.

Trabalhamos do nível mais geral de determinação para o mais específico. No primeiro nível incluímos as variáveis sociodemográficas. No segundo nível agrupamos as variáveis contextuais correspondentes à participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual para outras pessoas, experiências de discriminação

em razão da sexualidade, opiniões e atitudes em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV. No terceiro nível listamos as variáveis que poderiam funcionar como gatilhos para a decisão de se testar, como percepção de risco, estratégias de prevenção adotadas em relação ao HIV/Aids e práticas sexuais e parcerias.

Inicialmente foram testadas somente as variáveis do primeiro nível. As variáveis do segundo e terceiro nível foram inseridas já na presença das variáveis dos níveis anteriores. As variáveis foram incluídas uma por vez para que se pudesse observar o impacto de cada variável no modelo (*step forward*).

Foram mantidas no modelo múltiplo as variáveis que apresentaram nível de significância estatística menor do que 5% ou que ajustaram em pelo menos 10% o coeficiente de outras variáveis do modelo ou que fossem de importância teórica no ajuste das variáveis. Segundo Barros (BARROS e HIRAKATA, 2003), quando foram usadas as mesmas estratégias de modelagem para regressão logística e Poisson, as variáveis selecionadas foram as mesmas, de maneira que para testar o ajuste do modelo utilizamos o teste F-ajustado para a média do resíduo, que é adequado para regressões logísticas de amostras complexas. A capacidade preditiva do modelo foi verificada pela curva ROC, considerando-se valores acima de 0.7 como indicadores capacidade preditiva aceitáveis^{xviii}.

As análises foram realizadas no pacote estatístico STATA 12.0.

^{xviii} Probabilidade de um par de indivíduos de cada grupo ser corretamente classificado com base no modelo preditivo. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. Radiology. 1982 Apr;143(1):29-36.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A maioria dos entrevistados se declaram gays ou homossexuais e tinham tido apenas parceiros homens, eram brancos, tinham até 34 anos, classe econômica A ou B e curso superior completo ou em curso. Cerca de metade residia em outras regiões da cidade de São Paulo que não a região central (**Tabela 1**).

No que diz respeito a situação de trabalho, a maioria declarou exercer atividade remunerada, sendo 69,1% com vínculo (carteira assinada, funcionário público, estágio remunerado), 20,3% como autônomo (profissional liberal, por conta própria, empregador), 8,4% sem carteira assinada, sem ganho fixo ou por conta própria sem recolhimento de INSS, 1,1% eram profissionais do sexo e 1,1% mencionaram outra ocupação. Entre os que praticavam alguma religião, 46,8% eram católicos, 20,0% espíritas, 13,7% evangélicos, 7,3% de religiões de matrizes africanas e 12,3% de outras denominações religiosas. Em relação aos que declararam não praticar nenhuma religião, 51,1% acreditam em Deus/divindades, 20,3% tinham religião, mas não praticavam, 13% declararam ser ateus e 15,7% não se encaixavam nessas categorias ou não responderam.

Tabela 1: Características da amostra

	N	% (IC 95%)
Identidade sexual		
Gay, homossexual	749	78,5 (73,9-82,4)
Bissexual	153	16,0 (12,7-20,0)
Heterossexual	27	2,9 (1,8-4,5)
Transexual	9	0,9 (0,4-2,1)
Travesti	4	0,4 (0,1-1,7)
Outros, sem resposta	13	1,3 (0,6-2,7)
Parcerias sexuais ao longo da vida		
Só com homens	562	58,9 (53,9-63,7)
Predominantemente com homens, mas também com mulheres	272	28,5 (23,8-33,8)
Com homens e com mulheres, em proporções semelhantes	36	3,8 (2,5-5,7)
Predominantemente com mulheres, mas também com homens	65	6,8 (4,8-9,6)
Com mulheres, homens, e também com travestis/ trans	11	1,1 (0,5-2,5)
Só com travestis/trans OU Outras situações	8	0,8 (0,4-1,9)
Ignorado	1	0,1 (0,0-0,5)
Idade		
18-24	313	32,8 (27,9-38,2)
25-34	408	42,8 (38,0-47,6)
35-49	173	18,1 (14,3-22,7)
50-77	60	6,3 (4,1-9,4)
Cor de pele		
Amarela	23	2,4 (1,5-4,0)
Branca	596	62,5 (56,7-67,9)
Indígena	7	0,7 (0,3-1,9)
Parda	234	24,6 (21,1-28,4)
Preta	91	9,6 (6,7-13,5)
Ignorada	2	0,3 (0,1-0,7)
Escolaridade		
Ate Fundamental Completo	38	4,0 (2,6-6,0)
Até Médio Completo	274	28,8 (24,8-33,1)
Ate Superior Incompleto	236	24,8 (21,1-28,8)
Superior Completo	275	28,8 (24,8-33,2)
Pos	131	13,7 (11,1-16,8)
Classe econômica		
A	154	16,2 (12,7-20,5)
B	568	59,6 (55,0-63,9)
C	221	23,2 (19,1-27,9)
D	7	0,7 (0,3-1,9)
E	3	0,4 (0,1-1,5)
Região de moradia		
Centro	299	31,3 (25,7-37,6)
Zona Leste	136	14,2 (11,1-18,0)
Zona Norte	67	7,0 (5,2-9,3)
Zona Oeste	147	15,4 (11,9-19,6)
Zona Sul	146	15,3 (12,2-19,0)
Grande São Paulo	134	14,0 (10,5-18,5)
Outra cidade do Estado de SP	26	2,7 (1,6-4,4)
Ignorada	1	0,1 (0,0-0,3)
Trabalho remunerado		
Não	95	9,9 (6,8-14,2)
Sim	860	90,1 (85,8-93,2)
Pratica alguma religião		
Não	559	58,6 (51,8-65,0)
Sim	395	41,4 (35,0-48,2)

5.2 REALIZAÇÃO ROTINEIRA E EPISÓDICA DO TESTE ANTI-HIV

Cerca de metade dos HSH que se testaram por busca espontânea realizaram o último teste por rotina (47,5%). Entre os que se testaram por algum motivo específico, cerca de metade havia se testado por ter se percebido em risco (**Tabela 2**). O segundo motivo mais mencionado foi “curiosidade”, e em seguida motivos relacionados à parceria (parceiro pediu ou o parceiro é soropositivo). Entre as respostas classificadas como “Outros”, cerca de um terço estavam relacionadas às parcerias: divórcio, separação, novo namorado, casamento, desconfiança do parceiro, entre outros (dado não exibido na tabela).

Tabela 2: Motivo de realização do último teste (teste episódico)

Motivo do último teste (resposta múltipla)	%	IC(95%)
Por achar que tinha algum risco	50,6	(42,0-59,1)
Por curiosidade	21,1	(14,2-30,2)
Outros	16,1	(10,9-23,3)
Porque meu/minha parceiro(a) pediu	6,2	(3,1-12,1)
Porque meu/minha parceiro(a) está infectado pelo HIV ou tem aids	5,4	(3,1-9,2)
Participei de campanha do governo	3,1	(1,7-5,9)
Doei sangue somente para me testar	2,0	(0,8-4,7)

Entre os homens que já haviam se testado, 13,3% (IC 95% 9,6-18,0%) declararam usar o teste como uma estratégia de prevenção ao HIV/Aids, sendo que não houve diferença estatisticamente significativa entre aqueles que se testaram rotineiramente (16,0%, IC 95% 11,9-21,2%) e aqueles que se testaram episodicamente (10,9% IC 95% 6,6-17,3%, $p=0.096$).

Tanto aqueles que se testaram rotineira como aqueles que se testaram episodicamente frequentemente tinham se testado mais de uma vez. A mediana do número de testes foi 6 para aqueles que se testaram por rotina e 3 para os que se testaram episodicamente (indicado por uma linha vermelha na **Figura 2**). A maior parte das pessoas que se testaram por rotina já tinham se testado três vezes ou mais. A diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa ($p<0,001$, **Figura 2**).

Figura 2: Distribuição do número de testes feitos na vida segundo motivação do último teste realizado, SampaCentro, 2012.

Notas:

Os valores aberrantes não foram plotados para facilitar a visualização

Quanto ao tempo decorrido desde o último teste, diferença encontrada foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$, mediana de 6 meses para o teste por rotina e 11 meses para o teste episódico, **Figura 3**). Entre os que se testaram por rotina, 74,1% haviam se testado há um ano ou menos. Já entre os que se testaram episodicamente essa proporção caiu para 52,9%.

Figura 3: Tempo decorrido desde o último teste segundo motivação do último teste realizado, SampaCentro, 2012.

Notas:

Os valores aberrantes não foram plotados para facilitar a visualização

5.3 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO ROTINEIRA DO TESTE

Os entrevistados que se testaram por rotina eram mais velhos do que os que nunca tinham se testado: 77,6% dos que se testaram por rotina tinham mais de 25 anos, contra 41,2% dos que nunca se testaram. Em relação à cor de pele, aqueles que eram não-negros se testaram mais por rotina. No que diz respeito à região de moradia, aqueles que se testaram por rotina mais frequentemente eram moradores da região central de São Paulo do que os que nunca se testaram (**Tabela 3**). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à escolaridade, classe econômica e prática religiosa.

Tabela 3: Distribuição dos respondentes pelas características sociodemográficas estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste de rotina n (%)	Total n (%)	Teste Qui- quadrado
Idade				P<0,001
18-24	98 (58,8)	83 (22,4)	181 (33,7)	
25-34	44 (26,4)	168 (45,4)	212 (39,5)	
35-49	14 (8,6)	89 (23,9)	103 (19,2)	
50-77	10 (6,2)	31 (8,3)	41 (7,7)	
Cor de pele				P<0,05
Não-negros	89 (53,4)	252 (68,2)	341 (63,6)	
Negros	78 (46,6)	118 (31,8)	195 (36,4)	
Escolaridade				P=0,26
Até fundamental completo	8 (4,9)	9 (2,5)	17 (3,2)	
Até Médio completo	55 (33,0)	118 (31,9)	173 (32,3)	
Superior incompleto	32 (19,0)	95 (25,6)	126 (23,5)	
Superior completo	40 (24,0)	109 (29,4)	149 (27,7)	
Pós (cursando ou completo)	32 (19,1)	39 (10,7)	71 (13,3)	
Classe econômica				P=0,18
A e B	123 (73,4)	298 (80,6)	421 (78,4)	
C, D e E	44 (26,6)	72 (19,4)	116 (21,6)	
Região Moradia				P<0,001
Centro	23 (14,1)	151 (40,8)	175 (32,5)	
ZN, ZS, ZL e ZO	114 (68,1)	177 (47,8)	290 (54,1)	
Outras cidades da Gd SP/Estado de SP	30 (17,9)	42 (11,4)	72 (13,4)	
Religião				P=0,17
Não	105 (63,1)	205 (55,5)	310 (57,8)	
Sim	62 (36,9)	165 (44,5)	226 (42,2)	

No conjunto das variáveis sobre participação na comunidade gay, não foi observada diferença estatisticamente entre os dois grupos quanto a se identificar como gay ou homossexual e frequência a espaços de sociabilidade HSH da região central de São Paulo. No entanto, houve maior proporção de homens que haviam exposto a orientação sexual para profissional de saúde e que não moravam com parentes entre aqueles que se testaram por rotina do que entre os que nunca haviam se testado. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para a exposição da orientação sexual em outros contextos (**Tabela 4**).

Ter sofrido discriminação em serviços de saúde foi mais frequente entre aqueles que se testaram por rotina. Para outros contextos de discriminação não houve diferença estatisticamente significativa (**Tabela 4**).

Demonstrar uma atitude mais positivas em relação ao HIV/Aids (“você faria sexo com pessoa sabidamente soropositiva?”) foi mais frequente entre aqueles que se testaram por rotina. A diferença entre os dois grupos em relação às opiniões so-

bre o que dificulta a realização do teste anti-HIV entre HSH não foi estatisticamente significativa (**Tabela 4**).

Tabela 4: Distribuição dos respondentes pelas características de participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação, opiniões e atitudes estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste de rotina n (%)	Total n (%)	Teste Qui- quadrado
Se identifica como gay ou homosse- xual?				P=0,90
Não	37 (22,1)	80 (21,6)	117 (21,7)	
Sim	130 (77,9)	290 (78,4)	420 (78,3)	
Assumiu a sexualidade para: familia- res				P=0,07
Não	58 (34,9)	80 (21,7)	138 (25,8)	
Sim	109 (65,2)	290 (78,3)	399 (74,2)	
Assumiu a sexualidade para: amigos				P=0,86
Não	15 (9,2)	31 (8,5)	47 (8,7)	
Sim	152 (90,8)	339 (91,5)	490 (91,3)	
Assumiu a sexualidade para: colegas de trabalho				P=0,86
Não	44 (26,4)	102 (27,5)	146 (27,1)	
Sim	123 (73,6)	268 (72,6)	391 (72,9)	
Assumiu a sexualidade para: colegas de escola/faculdade				P=0,16
Não	55 (33,2)	90 (24,3)	145 (27,1)	
Sim	112 (66,8)	280 (75,7)	391 (72,9)	
Assumiu a sexualidade para: profissi- onal de saúde				P<0,001
Não	77 (46,1)	57 (15,3)	134 (24,9)	
Sim	90 (53,9)	313 (84,7)	403 (75,1)	
Freq, visita a região				P=0,37
Pelo menos uma vez por semana	76 (46,0)	187 (50,6)	264 (49,2)	
Quase todo mês	65 (39,1)	113 (30,6)	178 (33,3)	
Primeira vez ou raramente	25 (14,9)	69 (18,8)	94 (17,6)	
Mora com:				P<0,001
Parceiro (a) homem/travesti/transexual	6 (3,9)	30 (8,2)	37 (6,8)	
Sozinho	26 (15,4)	121 (32,7)	146 (27,3)	
Amigos	17 (10,4)	65 (17,7)	83 (15,4)	
Parentes	117 (70,1)	151 (41,0)	268 (50,0)	
Parceira mulher	0 (0,2)	2 (0,5)	2 (0,4)	
Discriminação ambiente familiar				P=0,14
Não	110 (65,9)	281 (76,0)	391 (72,9)	
Sim	57 (34,1)	89 (24,0)	146 (27,2)	
Discriminação por amigos e/ou vizi- nhos				P=0,05
Não	106 (63,4)	278 (75,2)	384 (71,5)	
Sim	61 (36,7)	92 (24,8)	153 (28,5)	
Discriminação no ambiente de traba- lho/estudo				P=0,60
Não	99 (59,4)	234 (63,2)	333 (62,0)	
Sim	68 (40,6)	136 (36,8)	204 (38,0)	
				<i>continua</i>

Tabela 4: Distribuição dos respondentes pelas características de participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação, opiniões e atitudes estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste de rotina n (%)	Total n (%)	<i>continuação</i> Teste Qui- quadrado
Discriminação em serviços públicos, comércio, lazer,				
Não	112 (67,2)	248 (67,1)	360 (67,1)	P=0,98
Sim	55 (32,8)	122 (32,9)	177 (32,9)	
				<i>continua</i>
Discriminação por motivos religiosos/ambiente religioso				P=0,99
Não	110 (65,9)	244 (65,8)	354 (65,8)	
Sim	57 (34,1)	126 (34,2)	183 (34,2)	
Discriminação em serviços de saúde				P<0,05
Não	149 (89,1)	262 (70,9)	411 (76,6)	
Sim	18 (10,9)	108 (29,1)	126 (23,5)	
Faria sexo com pessoa sabidamente HIV+				P<0,05
Não	113 (68,8)	189 (51,4)	302 (56,8)	
Sim	51 (31,2)	178 (48,6)	230 (43,2)	
O medo de se expor dificulta o teste				P=0,56
Não	121 (72,2)	247 (68,4)	367 (69,6)	
Sim	46 (27,8)	114 (31,6)	161 (30,4)	
O medo do resultado dificulta o teste				P=0,14
Não	52 (31,3)	141 (39,2)	194 (36,7)	
Sim	115 (68,7)	220 (60,8)	334 (63,3)	

Ter passado por uma situação em que poderia ter se infectado e conhecer alguma pessoa soropositiva também foram mais frequentes entre aqueles que se testaram por rotina. Em relação às estratégias de prevenção adotadas, não houve diferença entre quem se testou por rotina e quem nunca se testou. De maneira geral, a estratégia de prevenção mais mencionada nos dois grupos foi usar preservativo e/ou gel lubrificante. O número de parceiros e a prática de sexo anal desprotegido em parcerias estáveis ou casuais não foram estatisticamente significativos na comparação com os nunca testados (**Tabela 5**).

Tabela 5: Distribuição dos respondentes pelas características de percepção de risco, estratégias de prevenção e práticas sexuais e parcerias estratificada por ter realizado o último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste de rotina n (%)	Total n (%)	Teste Qui- quadrado
Já passou por situação em que poderia ter se infectado				P<0,05
Não	75 (45,0)	110 (29,9)	186 (34,6)	
Sim	92 (55,0)	259 (70,1)	351 (65,4)	
Conhece alguma pessoa soropositiva				P<0,001
Não	85 (51,1)	85 (23,2)	171 (31,9)	
Sim	82 (48,9)	284 (76,8)	365 (68,1)	
Prevenção: Nenhuma				P=0,34
Não	161 (96,2)	364 (98,4)	525 (97,7)	
Sim	6 (3,8)	6 (1,6)	12 (2,3)	
Prevenção: abstinência, monogamia, redução parceiros				P=0,95
Não	137 (81,8)	302 (81,5)	438 (81,6)	
Sim	30 (18,2)	68 (18,5)	99 (18,4)	
Prevenção: seleção/confia parceiros, sexo não penetrativo				P=0,76
Não	122 (73,1)	264 (71,4)	386 (71,9)	
Sim	45 (27,0)	106 (28,6)	151 (28,1)	
Prevenção: preservativo e/ou gel				P=0,93
Não	16 (9,5)	36 (9,8)	52 (9,7)	
Sim	151 (90,5)	334 (90,2)	485 (90,3)	
Prevenção: PEP e/ou PrEP				P=0,19
Não	167 (99,8)	368 (99,4)	534 (99,5)	
Sim	0 (0,2)	2 (0,6)	3 (0,5)	
Número de parceiros últimos 6 meses				P=0,52
0 - 1	42 (25,1)	117 (31,9)	159 (29,8)	
2 - 3	43 (26,0)	81 (22,1)	125 (23,4)	
4 - 9	29 (17,4)	75 (20,5)	104 (19,5)	
10+	53 (31,5)	94 (25,5)	146 (27,3)	
Sexo anal desprotegido e parceria				P=0,05
Casual Protegido	69 (43,6)	119 (34,6)	189 (37,4)	
Estável c/ ou s/ casual protegido	65 (40,5)	191 (55,3)	256 (50,6)	
Casual desprotegido c/ ou s/ estável	25 (16,0)	35 (10,1)	60 (12,0)	

No primeiro nível do modelo múltiplo incluímos as variáveis sociodemográficas. Homens com 25 anos ou mais e residentes da região central de São Paulo mais frequentemente tinham se testado por rotina (**Tabela 6**). A variável “cor de pele” estava fortemente associada tanto à idade como à região de moradia e não permaneceu no modelo.

No segundo nível de análise incluímos as variáveis relacionadas à participação na cultura gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação e atitudes e opiniões em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV. As variáveis positivamente associadas ao teste por rotina foram ter exposto a orientação sexual para profissional de saúde e ter sofrido discriminação em serviços de saúde. Já ter sido

discriminado por amigos e/ou vizinhos foi menos frequente entre aqueles que se testaram por rotina, assim como mencionar medo do resultado do teste como uma barreira ao teste (**Tabela 6**).

No terceiro nível as variáveis sobre percepção de risco, estratégias de prevenção utilizadas e práticas sexuais e parcerias foram testadas. Conhecer soropositivo e ter mencionado parceria(s) estável(is) com uso de proteção nas parcerias casuais quando estas foram mencionadas (em comparação a ter mencionado apenas parcerias casuais com sexo anal protegido) foram mais frequentes entre homens que se testaram rotineiramente (**Tabela 6**).

O modelo ajustado apresentou boa capacidade preditiva (área sob a curva ROC de 0,83).

Tabela 6: Razão de prevalência ajustada dos fatores associados ao teste de rotina, comparado a "Nunca testou", entre HSH entrevistados na região central de São Paulo, 2012

Variáveis	Prevalência	Análise bivariada				Nível 1		Nível 2		Nível 3	
		RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Idade											
	18-24	45.7	1.00			1.00		1.00		1.00	
	25-34	79.2	1.70	(1.40-2.15)		1.68	(1.38-2.05)	1.63	(1.35-1.98)	1.57	(1.30-1.91)
	35-49	86.1	1.90	(1.52-2.34)		1.75	(1.44-2.14)	1.66	(1.36-2.02)	1.58	(1.28-1.95)
	50-77	74.7	1.60	(1.14-2.33)		1.45	(1.07-1.97)	1.62	(1.23-2.15)	1.66	(1.30-2.13)
Cor de pele ou raça											
	Não-negros (brancos, indígenas e amarelos)	73.9	1.00								
	Negros (pretos e pardos)	60.2	0.80	(0.70-0.95)							
	Classe econômica										
	A e B	70.9	1.00								
	C, D e E	61.7	0.90	(0.70-1.08)							
Região de moradia											
	Centro	86.6	1.00			1.00		1.00		1.00	
	Outras regiões de SP	60.9	0.70	(0.60-0.82)		0.75	(0.66-0.86)	0.81	(0.70-0.94)	0.84	(0.74-0.95)
	Outras cidades Gd SP e do Estado de SP	58.5	0.68	(0.53-0.87)		0.73	(0.56-0.96)	0.83	(0.65-1.05)	0.86	(0.68-1.11)
Tem religião?											
	Não	66.1	1.00								
	Sim	72.8	1.10	(0.96-1.26)							
Expôs sua orientação sexual para familiares											
	Não	58.0	1.00								
	Sim	72.7	1.30	(0.95-1.65)							
Expôs sua orientação sexual para profissionais de saúde											
	Não	42.5	1.00					1.00		1.00	
	Sim	77.7	1.80	(1.29-2.60)				1.64	(1.17-2.29)	1.62	(1.19-2.21)
	Mora com parentes										
	Não	81.3	1.00								
	Sim	56.8	0.70	(0.59-0.83)							

continua

Tabela 6: Razão de prevalência ajustada dos fatores associados ao teste de rotina, comparado a "Nunca testou", entre HSH entrevistados na região central de São Paulo, 2012

	Variáveis	Prevalência	Análise bivariada				continuação			
			Nível 1		Nível 2		Nível 3			
			RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Sofreu discriminação no ambiente familiar	Não	71.9	1.00							
	Sim	61.0	0.80	(0.67-1.08)						
Sofreu discriminação entre amigos e/ou vizinhos	Não	72.5	1.00							
	Sim	60.0	0.80	(0.67-1.03)	1.00	(0.66-0.94)	0.74	(0.62-0.89)		
Sofreu discriminação em serviços de saúde	Não	63.8	1.00							
	Sim	85.6	1.30	(1.18-1.52)	1.00	(1.09-1.38)	1.27	(1.11-1.44)		
Faria sexo com pessoa sabidamente HIV+	Não	62.5	1.00							
	Sim	77.6	1.20	(1.08-1.43)						
O que dificulta fazer o teste: Medo do resultado	Não	73.0	1.00							
	Sim	65.7	0.90	(0.79-1.02)	1.00	(0.76-0.98)	0.85	(0.75-0.97)		
Já passou por situação em que poderia ter se infectado	Não	59.5	1.00							
	Sim	73.9	1.20	(1.02-1.50)						
Conhece alguma pessoa soropositiva	Não	50.1	1.00							
	Sim	77.6	1.60	(1.21-2.00)			1.00	(1.06-1.66)		
Sexo anal desprotegido e parceria	Casual protegido	63.2	1.00							
	Estável c/ ou s/ casual (protegido)	74.7	1.18	(0.99-1.40)			1.00	(1.15-1.52)		
	Casual desprotegido c/ ou s/ estável	57.89	0.92	(0.66-1.25)			0.95	(0.72-1.27)		

Notas:

São exibidas apenas as variáveis que apresentaram $p < 0.20$ nas análises bivariadas / Cuva ROC - 0,83

5.4 FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO EPISÓDICA DO TESTE

Os homens que se testaram episodicamente também eram mais velhos (68,3%, contra 41,2% dos nunca testados), não-negros e mais frequentemente residiam no Centro de São Paulo do que os homens nunca testados. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para escolaridade, classe econômica e prática religiosa (**Tabela 7**).

Tabela 7: Distribuição dos respondentes pelas características sociodemográficas estratificada por ter realizado último teste por rotina ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste episódico n (%)	Total n (%)	Teste Qui-quadrado
Idade				P<0,001
18-24	98 (58,8)	133 (31,8)	231 (39,5)	
25-34	44 (26,4)	196 (47,0)	240 (41,1)	
35-49	14 (8,6)	70 (16,8)	84 (14,4)	
50-77	10 (6,2)	19 (4,5)	29 (5,0)	
Cor de pele				P<0,05
Não-negros	89 (53,4)	285 (68,7)	374 (64,3)	
Negros	78 (46,6)	130 (31,4)	208 (35,7)	
Escolaridade				P=0,31
Até fundamental completo	8 (4,9)	20 (4,9)	29 (4,9)	
Até Médio completo	55 (33,0)	101 (24,2)	156 (26,7)	
Superior incompleto	32 (19,0)	110 (26,4)	142 (24,3)	
Superior completo	40 (24,0)	126 (30,3)	166 (28,5)	
Pós (curando ou completo)	32 (19,1)	60 (14,3)	91 (15,6)	
Classe econômica				P=0,85
A e B	123 (73,4)	302 (72,4)	424 (72,7)	
C, D e E	44 (26,6)	115 (27,6)	160 (27,3)	
Região Moradia				P<0,05
Centro	23 (14,1)	124 (29,8)	148 (25,3)	
ZN, ZS, ZL e ZO	114 (68,1)	206 (49,3)	319 (54,6)	
Outras cidades da Grande SP ou Estado de SP	30 (17,9)	87 (21,0)	117 (20,1)	
Religião				P=0,37
Não	105 (63,1)	249 (59,6)	354 (60,6)	
Sim	62 (36,9)	169 (40,5)	230 (39,4)	

No que diz respeito à participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, os homens que se testaram episodicamente não eram diferentes dos que nunca se testaram em relação a se identificarem como gays ou homossexuais. Também não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para a frequência a locais de sociabilidade HSH do Centro de São Paulo. No

entanto, não morar com parentes, ter exposto a orientação sexual para familiares e para profissional de saúde foi mais frequente entre os HSH que se testaram episodicamente do que entre os nunca testados. Já para outros contextos de exposição da orientação sexual a diferença entre os dois grupos não foi significativa (**Tabela 8**). À exceção da exposição da orientação sexual na família, as outras associações foram similares às observadas para a análise bivariada do teste realizado por rotina.

Embora para outros contextos de discriminação não tenha sido observada diferença entre quem se testou episodicamente e quem nunca se testou, havia diferença entre os dois grupos para discriminação no contexto de serviços de saúde. À semelhança do que observamos para o teste de rotina, os HSH que se testaram episodicamente mencionaram mais frequentemente que tinham sofrido discriminação em serviços de saúde do que os HSH nunca testados (**Tabela 8**).

Diferentemente do que foi observado para os homens que se testaram rotineiramente, aqueles que se testaram episodicamente não eram diferentes dos nunca testados em relação às atitudes frente ao HIV/Aids. No entanto, mencionaram menos o medo do resultado do teste como uma barreira à sua realização do que os homens nunca testados. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação a acreditar que o medo de se expor dificultaria o teste (**Tabela 8**).

Tabela 8: Distribuição dos respondentes pelas características de participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação, opiniões e atitudes estratificada por ter realizado último teste episodicamente ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste episódico n (%)	Total n (%)	Teste Qui- quadrado
Se identifica como gay ou homossexual?				P=0,85
Não	37 (22,1)	89 (21,3)	126 (21,5)	
Sim	130 (77,9)	328 (78,7)	458 (78,5)	
Assumiu a sexualidade para: familiares				P=0,05
Não	58 (34,9)	99 (23,6)	157 (26,8)	
Sim	109 (65,2)	319 (76,4)	427 (73,2)	
Assumiu a sexualidade para: amigos				P=0,70
Não	15 (9,2)	32 (7,7)	48 (8,1)	
Sim	152 (90,8)	385 (92,3)	537 (91,9)	
Assumiu a sexualidade para: colegas de trabalho				P=0,49
Não	44 (26,4)	126 (30,3)	171 (29,2)	
Sim	123 (73,6)	291 (69,7)	414 (70,8)	
Assumiu a sexualidade para: colegas de escola/faculdade				P=0,40
Não	55 (33,2)	118 (28,2)	173 (29,6)	
Sim	112 (66,8)	300 (71,8)	411 (70,4)	
Assumiu a sexualidade para: profissional de saúde				P<0,001
Não	77 (46,1)	62 (15,0)	139 (23,9)	
Sim	90 (53,9)	355 (85,0)	445 (76,1)	
Freq, visita a região				P=0,06
Pelo menos uma vez por semana	76 (46,0)	211 (50,6)	287 (49,3)	
Quase todo mês	65 (39,1)	108 (25,9)	172 (29,7)	
Primeira vez ou raramente	25 (14,9)	98 (23,5)	122 (21,0)	
Mora com:				P<0,001
Parceiro(a) homem/travesti/transsexual	6 (3,9)	54 (12,9)	60 (10,3)	
Sozinho	26 (15,4)	116 (27,8)	142 (24,3)	
Amigos	17 (10,4)	67 (16,1)	84 (14,5)	
Parentes	117 (70,1)	174 (41,8)	291 (49,9)	
Parceira mulher	0 (0,2)	6 (1,4)	6 (1,1)	
Discriminação ambiente familiar				P=0,58
Não	110 (65,9)	286 (68,5)	396 (67,8)	
Sim	57 (34,1)	131 (31,5)	188 (32,2)	
Discriminação por amigos e/ou vizinhos				P=0,14
Não	106 (63,4)	295 (70,7)	401 (68,6)	
Sim	61 (36,7)	122 (29,3)	183 (31,4)	
Discriminação no ambiente de trabalho/estudo				P=0,23
Não	99 (59,4)	281 (67,3)	380 (65,0)	
Sim	68 (40,6)	137 (32,7)	204 (35,0)	
Discriminação em serviços públicos, comércio, lazer,				P=0,44
Não	112 (67,2)	302 (72,4)	414 (70,9)	
Sim	55 (32,8)	115 (27,6)	170 (29,1)	
Discriminação por motivos religiosos/ambiente religioso				P=0,69
Não	110 (65,9)	266 (63,7)	376 (64,3)	
Sim	57 (34,1)	152 (36,3)	208 (35,7)	

continua

Tabela 8: Distribuição dos respondentes pelas características de participação na comunidade gay e exposição da orientação sexual, experiências de discriminação, opiniões e atitudes estratificada por ter realizado último teste episodicamente ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste episódico n (%)	Total n (%)	<i>continuação</i> Teste Qui- quadrado
Discriminação em serviços de saúde				P<0,001
Não	149 (89,1)	320 (76,7)	469 (80,2)	
Sim	18 (10,9)	97 (23,3)	115 (19,8)	
Faria sexo com pessoa sabidamente HIV+				P=0,07
Não	113 (68,8)	234 (57,3)	347 (60,6)	
Sim	51 (31,2)	174 (42,7)	226 (39,4)	
O medo de se expor dificulta o teste				P=0,87
Não	121 (72,2)	304 (73,1)	425 (72,9)	
Sim	46 (27,8)	112 (26,9)	158 (27,1)	
O medo do resultado dificulta o teste				P<0,05
Não	52 (31,3)	186 (44,7)	238 (40,8)	
Sim	115 (68,7)	230 (55,3)	345 (59,2)	

Em relação à percepção de risco, ter passado por situação em que poderia ter se infectado e conhecer alguma pessoa soropositiva foram mais frequentes entre os que se testaram episodicamente do que entre os que nunca haviam se testado. O mesmo foi observado na análise bivariada do teste realizado por rotina. As estratégias de prevenção utilizadas não diferiram entre os grupos. Novamente, nos dois grupos o uso de preservativo e/ou gel lubrificante foi a estratégia de prevenção mais frequentemente utilizada. O número de parceiros não foi diferente entre os dois grupos, mas os que se testaram episodicamente menos frequentemente tinham apenas parcerias casuais sem sexo anal desprotegido (**Tabela 9**).

Tabela 9: Distribuição dos respondentes pelas características de percepção de risco, estratégias de prevenção e práticas sexuais e parcerias estratificada por ter realizado o último teste episodicamente ou nunca ter se testado, SampaCentro 2012.

	Nunca testou n (%)	Teste episó- dico n (%)	Total n (%)	Teste Qui- quadrado
Já passou por situação em que poderia ter se infectado				P<0,001
Não	75 (45,0)	62 (14,9)	137 (23,5)	
Sim	92 (55,0)	353 (85,1)	445 (76,5)	
Conhece alguma pessoa soropositiva				P<0,001
Não	85 (51,1)	90 (21,7)	176 (30,1)	
Sim	82 (48,9)	325 (78,3)	407 (69,9)	
Nenhuma				P=0,72
Não	161 (96,2)	406 (97,2)	566 (96,9)	
Sim	6 (3,8)	12 (2,8)	18 (3,1)	
Prevenção: abstinência, monogamia, redução parceiros				P=0,57
Não	137 (81,8)	329 (78,8)	465 (79,7)	
Sim	30 (18,2)	88 (21,2)	119 (20,3)	
Prevenção: seleção/confia parceiros, sexo não penetrativo				P=0,37
Não	122 (73,1)	285 (68,3)	407 (69,6)	
Sim	45 (27,0)	133 (31,8)	178 (30,4)	
Prevenção: preservativo e/ou gel				P=0,40
Não	16 (9,5)	28 (6,8)	44 (7,6)	
Sim	151 (90,5)	389 (93,2)	540 (92,4)	
Prevenção: PEP e/ou PrEP				P=0,57
Não	167 (99,8)	416 (99,7)	583 (99,7)	
Sim	0 (0,2)	1 (0,3)	2 (0,3)	
Número de parceiros últimos 6 meses				P=0,26
0 - 1	42 (25,1)	117 (28,1)	159 (27,2)	
2 - 3	43 (26,0)	123 (29,4)	166 (28,4)	
4 - 9	29 (17,4)	92 (22,0)	121 (20,7)	
10+	53 (31,5)	86 (20,5)	138 (23,7)	
Sexo anal desprotegido e parceria				P<0,05
Casual Protegido	69 (43,6)	117 (29,7)	186 (33,7)	
Estável c/ ou s/ casual protegido	65 (40,5)	199 (50,7)	264 (47,8)	
Casual desprotegido c/ ou s/ estável	25 (16,0)	77 (19,6)	103 (18,6)	

No primeiro nível do modelo múltiplo observou-se que tanto ter entre 25 e 49 anos como morar no Centro de São Paulo (comparado a morar em outras regiões da cidade) estavam positivamente associados à testagem episódica (**Tabela 10**). A variável “cor de pele” estava fortemente associada tanto à idade como à região de moradia e não permaneceu no modelo.

No segundo nível de análise observamos que ter exposto a orientação sexual para um profissional de saúde, não morar com parentes e não mencionar medo do resultado como uma barreira ao teste aumentavam a probabilidade de ter se testado episodicamente. Com a inclusão das variáveis do segundo nível, a variável morar

em outra região da cidade de São Paulo que não a região central perdeu significância estatística (**Tabela 10**).

No terceiro nível de análise ficaram significativas as variáveis “conhece alguma pessoa soropositiva” e duas combinações entre sexo anal protegido/desprotegido em parcerias casuais e parcerias estáveis. Conhecer pessoas soropositivas aumentava a testagem episódica. Além disso, os homens que mencionaram parcerias estáveis, sem nenhuma menção a sexo desprotegido em parcerias casuais, também se testaram mais episodicamente (em comparação a homens que mencionaram apenas parcerias casuais com sexo anal protegido). O mesmo foi observado para aqueles que mencionaram parcerias casuais com sexo anal desprotegido (independente de terem mencionado também parcerias estáveis). Com a inclusão das variáveis deste nível observamos que as variáveis “mora com parentes” e ter mencionado medo do resultado como barreira ao teste perderam significância estatística (**Tabela 10**).

A variável “Já passou por situação em que poderia ter se infectado” foi excluída das análises para o teste episódico. Essa variável estava fortemente associada a este desfecho (a motivação para mais de metade das pessoas que se testaram episodicamente era “por achar que tinha algum risco”). Sua inclusão prejudicaria o ajuste do modelo e inviabilizaria a análise.

O modelo ajustado teve com boa capacidade preditiva (área sob a curva ROC de 0,80).

Tabela 10: Razão de prevalência ajustada dos fatores associados ao teste episódico, comparado a "Nunca testou", entre HSH entrevistados na região central de São Paulo, 2012

Variáveis		Análise bivariada			Nível 1			Nível 2			Nível 3		
		Prevalência	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	
Idade	18-24	57.5	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		
	25-34	81.6	1.40	(1.20-1.68)	1.40	(1.19-1.64)	1.36	(1.18-1.56)	1.33	(1.15-1.52)	1.33	(1.15-1.52)	
	35-49	83.0	1.40	(1.19-1.75)	1.40	(1.18-1.67)	1.36	(1.14-1.61)	1.35	(1.11-1.63)	1.35	(1.11-1.63)	
	50-77	64.3	1.10	(0.75-1.66)	1.13	(0.77-1.67)	1.26	(0.91-1.74)	1.25	(0.96-1.61)	1.25	(0.96-1.61)	
Cor de pele ou raça	Não-negros (brancos, indígenas e amarelos)	76.2	1.00										
	Negros (pretos e pardos)	62.6	0.80	(0.69-0.98)									
Região de moradia	Centro	84.1	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		
	Outras regiões de SP	64.4	0.77	(0.66-0.88)	0.81	(0.72-0.92)	0.93	(0.82-1.05)	0.95	(0.83-1.08)	0.95	(0.83-1.08)	
Expôs sua orientação sexual para familiares	Outras cidades Gd SP e do Estado de SP	74.5	0.89	(0.75-1.04)	0.96	(0.81-1.13)	1.12	(0.97-1.30)	1.19	(1.01-1.41)	1.19	(1.01-1.41)	
	Expôs sua orientação sexual para familiares												
Expôs sua orientação sexual para profissional de saúde	Não	62.9	1.00										
	Sim	74.6	1.20	(0.98-1.43)									
Expôs sua orientação sexual para profissional de saúde	Não	44.8	1.00										
	Sim	79.8	1.80	(1.36-2.33)			1.00	(1.31-2.19)	1.63	(1.24-2.14)	1.63	(1.24-2.14)	
Frequência visita região	Pelo menos 1 vez por semana	73.4	1.00										
	Quase todo mês/ 1 a 2 vezes por mês	62.4	0.85	(0.68-1.06)									
	1a vez ou raramente	79.9	1.09	(0.93-1.26)									
Mora com parentes	Não	83.0	1.00				1.00		1.00		1.00		
	Sim	59.8	0.70	(0.63-0.82)			0.85	(0.73-0.99)	0.86	(0.74-1.01)	0.86	(0.74-1.01)	

continua

Tabela 10: Razão de prevalência ajustada dos fatores associados ao teste episódico, comparado a "Nunca testou", entre HSH entrevistados na região central de São Paulo, 2012

Variáveis		Análise bivariada						continuação			
		Prevalência	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	Nível 1	RP	IC (95%)	Nível 2	Nível 3
Sofreu discriminação entre amigos e/ou vizinhos	Não	73.6	1.00								
	Sim	66.6	0.90	(0.79-1.04)							
Sofreu discriminação em serviços de saúde	Não	68.3	1.00								
	Sim	84.3	1.20	(1.11-1.37)							
Faria sexo com pessoa sabidamente HIV+	Não	67.4	1.00								
	Sim	77.2	1.10	(0.99-1.33)							
O que dificulta fazer o teste: Medo do resultado	Não	78.1	1.00					1.00			
	Sim	66.7	0.90	(0.73-1.00)				0.87	(0.77-0.99)	0.89	(0.79-1.01)
Conhece alguma pessoa soropositiva	Não	51.4	1.00							1.00	
	Sim	79.9	1.60	(1.21-1.99)						1.32	(1.05-1.66)
Sexo anal desprotegido e parceria	Casual protegido	62.7	1.00							1.00	
	Estável c/ ou s/ casual (protegido)	75.5	1.21	(1.03-1.40)						1.23	(1.07-1.42)
	Casual desprotegido c/ ou s/ estável	75.2	1.20	(0.98-1.45)						1.21	(1.01-1.44)

Notas:

São exibidas apenas as variáveis que apresentaram $p < 0.20$ nas análises bivariadas / Curva ROC - 0,80

6 DISCUSSÃO

Como vimos, entre os homens que se testaram rotineira ou episodicamente, o teste anti-HIV pode estar sendo usado como estratégia de prevenção e parte de uma rotina de autocuidado como vários autores já discutiam desde a década de 1990, muito antes desta prática ser reconhecida como tal pelas políticas públicas de saúde (PHILLIPS et al., 1995; NORTON et al., 1997; LEAITY et al., 2000). Assim como o uso do preservativo como barreira ao HIV (KIPPAX e RACE, 2003), o uso preventivo do teste surge como uma resposta comunitária à epidemia de Aids (GRANGEIRO et al., 2015b) e como uma das dimensões de uma cultura de prevenção entre homens homossexuais. O uso do teste para a prevenção fez parte de um conjunto de estratégias de redução de riscos imaginado a partir da necessidade de conciliar proteção, prazer e intimidade nas relações sexuais. Nesse sentido, o teste se constituiu como uma ferramenta fundamental, tanto para estabelecer soroconcordância e dispensar o uso de camisinha em relacionamentos como para validar a adoção de práticas que não encontravam sustentação programática (PHILLIPS et al., 1995).

Para aqueles que incorporam o teste às suas vidas, a testagem rotineira e episódica são duas possibilidades de uso do teste anti-HIV como prevenção. Ao caracterizar os dois usos do teste anti-HIV e separá-los ao longo de nossas análises, observamos que os fatores contextuais que facilitavam ou dificultavam a testagem eram semelhantes nos dois modelos. No entanto, o grupo que se testava episodicamente era mais heterogêneo em relação às motivações para o teste, o que precisaria ser aprofundado por outras análises.

Já os homens que não incorporaram o teste como estratégia de prevenção (nunca foram testados), que estabelecemos como grupo de referência para nossas análises, se diferenciavam tanto dos que se testavam rotineiramente como dos que se testavam episodicamente: aqueles que nunca tinham se testado eram mais jovens, não moravam no Centro de São Paulo, não tinham exposto sua orientação sexual para um profissional de saúde, mencionaram o medo do resultado como uma barreira ao teste e não conheciam nenhuma pessoa soropositiva.

Se desde a década de 1990 o teste anti-HIV era reconhecido como estratégia de prevenção pelas pessoas que se sentiam afetadas pela epidemia, que se expunham mais à infecção ou reconheciam que viviam em um contexto em que o vírus

circula mais, no plano das políticas públicas de controle da epidemia a testagem foi adotada como estratégia valiosa apenas por volta dos anos 2000. Essa transição foi impulsionada pelo otimismo em relação aos avanços da prevenção biomédica, que tem como um de seus maiores exemplos a proposição da Meta 90-90-90 (UNAIDS, 2014). Neste contexto, o sorodiagnóstico e o tratamento passaram a ser centrais para a resposta programática à epidemia. Essa incorporação programática da testagem validou neste plano uma prática que já era comum entre homens homossexuais. Assim, ao invés de olhar com desconfiança para o uso recorrente do teste anti-HIV, as políticas de prevenção começaram a incorporá-lo como estratégia e a recomendar a repetição anual do teste entre HSH (WHO, 2010).

Nesta sobreposição das recomendações programáticas e práticas de prevenção coletivamente construídas e adotadas na vida cotidiana das pessoas, observamos que os homens que declararam se testar periodicamente já se testavam numa periodicidade similar à preconizada pela OMS. Com o reconhecimento desta prática e sua incorporação às políticas de enfrentamento da epidemia entre HSH, a cultura de repetição rotineira do teste encontra um ambiente sócio-cultural e político mais favorável do que o da década de 1990. Os homens que se testam rotineiramente não são mais “refratários” ao aconselhamento e sua prática de testagem não é tratada como um desperdício de recursos públicos. Nesse contexto, passam a ser significados como pessoas “aderentes” a uma recomendação internacional para a prevenção do HIV. Isso contribui para criar uma norma social mais favorável ao teste rotineiro que, por sua vez, pode favorecer que mais homens adotem esta prática, como alguns autores observaram (PHILLIPS et al., 1995; KNUSSSEN et al., 2014).

Deve-se ter cuidado, no entanto, para não transformar aqueles que não fazem uso rotineiro do teste em “não-aderentes”. Assim como outros autores (por ex., PHILLIPS et al., 1995; JIN et al., 2002), entendemos que o uso que os HSH fazem do teste tem sentido prático, sentido este que não depende apenas do êxito técnico (AYRES, 2007). A incorporação do teste como prevenção faz sentido para grupos específicos, faz sentido na trajetória de cada um e em momentos de vida específicos. Incorporar o teste a uma rotina de cuidados com a saúde, fazer o teste apenas quando for necessário para negociar a segurança no sexo ou para acabar com a incerteza, ou mesmo nunca se testar, são todas decisões que devem ser reconhecidas como válidas. Nesse sentido, “desconfiar” das práticas de homens que fazem

sexo com homens, como foi comum quando a repetição do teste começou a ser estudada, é pouco produtivo.

No entanto, programas e governos falham quando deixam de dialogar com as aspirações e desejos coletivos e individuais. Para Ferraz e Paiva (2015) a dessexualização da epidemia e o tecnicismo que vem substituindo a perspectiva dos direitos humanos dificulta o diálogo e gera obstáculos à prevenção. Grangeiro et al. (2015b) apontaram que a não inclusão das práticas soroadaptativas às políticas públicas não é desejável e distancia a saúde pública das práticas comunitárias. O caminho mais interessante é o diálogo entre estratégias biomédicas, comunitárias e os desejos e aspirações de cada um. Nesse sentido, quando programas e governos deixam de produzir material relevante para os diversos grupos que compõe este segmento populacional a vulnerabilidade programática à infecção pelo HIV aumenta. O mesmo acontece quando não ampliam serviços mais receptivos e adequados para o atendimento de homens que fazem sexo com homens para além daqueles locais em que homens gays são tradicionalmente atendidos, como a região central de São Paulo.

Embora não se testar possa ser uma opção individual, para que esta seja de fato uma opção, devem existir condições adequadas de acesso a serviços e informações sobre prevenção para todos. A seguir, as diferenças entre aqueles que incorporaram o uso rotineiro ou o uso episódico do teste e aqueles que nunca se testaram serão exploradas em detalhe para cada nível da análise.

6.1 USO ROTINEIRO DO TESTE ANTI-HIV

No primeiro nível de análise, em relação às variáveis sociodemográficas identificamos que ter mais de 25 anos e morar no Centro de São Paulo aumentavam a testagem rotineira.

Dados da PCAP de 2008 mostraram que os jovens eram o segmento populacional que mais adotava o preservativo em suas parcerias casuais, especialmente no caso dos jovens HSH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Ou seja, os jovens são bastante aderentes à prevenção quando atingidos por um programa. O uso do preservativo poderia estar associado a não se testar na medida em que não há potencial exposição ao HIV. No entanto, o crescimento da incidência do HIV entre os jovens indica que os jovens HSH não estão protegidos da aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, 2015; GRANGEIRO et al., 2015a). Faltariam ações nessa direção?

Retrocessos nas dimensões social e programática têm aumentado a vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV (FERRAZ e PAIVA, 2015). Como Ferraz e Paiva (2015) destacaram, as portas das escolas já não estão mais tão abertas à prevenção como no começo da epidemia e ações de combate à estigmatização e discriminação de homossexuais e prostitutas tem sido censuradas. Além disso, as ações programáticas mais prevalentes no momento reforçam a ideia que a epidemia da Aids já estaria resolvida, ou que não é mais tão importante (FERRAZ e PAIVA, 2015). A estabilização do crescimento da epidemia, mesmo em patamares elevados, foi interpretada como “diminuição do problema” e o fato de viver-se bem com aids obscureceu o sofrimento e as dificuldades enfrentados pelos soropositivos. A mensagem que chega aos jovens reforça a ideia de que o HIV/Aids seria um problema apenas para os mais velhos (FERRAZ e PAIVA, 2015; DOURADO et al., 2015). O crescimento do número de casos entre jovens HSH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, 2015; GRANGEIRO et al., 2015a) pede medidas urgentes no sentido de reverter este quadro.

No que diz respeito à região de moradia, a região central de São Paulo é tradicionalmente uma região frequentada por HSH (ANTUNES, 2005; ANTUNES e PAIVA, 2013). É possível que os homens que moram no Centro estejam mais inseridos e/ou tenham ativamente buscado viver no contexto de uma cultura gay que compartilha estratégias comunitárias de prevenção. Outros autores apontaram que o pertencimento à comunidade gay estava associado ao teste recente (JIN et al., 2002; MARCUS et al., 2015). Adicionalmente, o Centro foi a primeira região da cidade de São Paulo a receber programas de prevenção para HSH (ANTUNES, 2005), o que cria um ambiente programático mais favorável à busca rotineira pelo teste. É possível que os homens que moram no Centro tenham acesso facilitado a serviços de saúde mais acolhedores em relação à diversidade sexual em função da longa história desses serviços.

No segundo nível de análise, ao contrário do que foi observado em outros estudos (JIN et al., 2002; DO et al., 2005; CARBALLO-DIÉGUEZ et al., 2014), assumir uma identidade gay ou homossexual não estava associado à testagem de rotina. Também não foi observada associação entre a realização rotineira do teste e frequência de visita aos locais de sociabilidade HSH da região central de São Paulo, diferentemente do que foi observado por Marcus et al. (2015) em relação à testagem recente na Alemanha.

Nesse sentido, Aggleton e Parker (2015) apontam que houve um fracionamento do grupo que chamamos comumente de “gays”. Segundo estes autores, há várias identidades e subjetividades possíveis. Ser gay ou ser um homem que faz sexo com outros homens não necessariamente implica em compartilhamento de culturas e práticas sexuais (AGGLETON e PARKER, 2015). Nesse sentido, o território físico de encontros face a face (morar no Centro) pode ser extremamente relevante na socialização secundária – e mais ainda na ressocialização^{xix} – para uma cultura gay que incorpora este uso do teste anti-HIV. É possível que mesmo alguns destes HSH que frequentam a região e/ou se identificam como gays não compartilhem desta cultura de prevenção.

Por exemplo, Holt et al. (2012) mostraram que os HSH nunca testados eram aqueles que passavam mais tempo em redes sociais na internet, quando comparados aos HSH que se testavam. Formas diferentes de se relacionar marcam socializações e práticas diferentes. Para os autores, há espaços de compartilhamento identitário que não são alcançados pela prevenção. Nesse sentido, é fundamental que a resposta programática promova a difusão de informação sobre prevenção também nesses espaços e grupos que têm menos acesso aos territórios físicos de encontros face a face em que as estratégias comunitárias de prevenção são compartilhadas.

Ainda no segundo nível de análise, a exposição da orientação sexual para um profissional de saúde aumentou a probabilidade de uso rotineiro do teste. O mesmo foi observado para a testagem recente entre HSH alemães (MARCUS et al., 2015). Para outros contextos de exposição da orientação sexual não foi observada associação. Ao mesmo tempo, ter sofrido discriminação em serviços de saúde aumentava a probabilidade de uso rotineiro do teste, ao passo que ter sofrido discriminação por amigos ou vizinhos diminuía esta probabilidade.

É sabido que a discriminação e homofobia atrapalham a prevenção (PACHANKIS et al., 2015; FERRAZ e PAIVA, 2015). A discriminação por amigos ou

^{xix} Para Berger e Luckmann, a realidade subjetiva é continuamente transformada pelos processos de socialização secundária. No entanto, há um caso extremo de transformação, que ocorre quando a pessoa precisa mudar radicalmente de mundos. Este pode ser o caso, por exemplo, de homens religiosos que precisam se desfazer de um mundo significados intersubjetivamente construídos para se ressocializar numa cultura gay. A ressocialização se aproxima da socialização primária, sendo fundamental a presença de um outro significativo com o qual se tenha uma identificação afetiva. Berger PL, Luckmann T. 22^a ed. A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 2002.

vizinhos pode expressar discriminação num espaço de convivência muito próximo, que está associado a menor probabilidade usar o teste anti-HIV rotineiramente. Como explicar, então, que ter sido discriminado em serviços de saúde (impedido de doar sangue e/ou maltratado por profissional de saúde por causa de sua sexualidade) aumente a probabilidade de realização rotineira do teste? É provável que alguém que se testa periodicamente tenha se exposto a mais situações em que pudesse ser discriminado em serviços de saúde – inclusive ao se testar. Nesse sentido, a discriminação sofrida nesse contexto pode caminhar lado a lado com a testagem.

De fato, aqueles que se testaram rotineiramente também relataram mais frequentemente que já tinham exposto sua orientação sexual para um profissional de saúde. Nesse sentido, embora ao fazer isso estejam mais expostos a sofrer discriminação, como Deus (2014) mostrou, podem também encontrar apoio e acolhimento. Ao mesmo tempo que a exposição da orientação sexual pode levar à discriminação, não expor a orientação sexual pode se configurar como uma barreira ao diálogo e à seleção de estratégias de prevenção adequadas às necessidades de cada um.

Estudos mostraram que perceber como importante receber informações de prevenção ao HIV/Aids de um profissional de saúde ou discutir a testagem com um eram preditores da realização recente (≤ 1 ano) do teste (MACKELLAR et al., 2006). Holt et al. (2012) mostraram que homens que se testaram recentemente tinham maior probabilidade de ter procurado informação/aconselhamento de um profissional de saúde.

Ser atendido por serviços e profissionais de saúde mais receptivos às questões relacionadas à sexualidade e à prevenção ao HIV/Aids torna mais fácil a exposição da orientação sexual (MIMIAGA et al., 2007; LORENC et al., 2011), ao passo que viver em contextos de homofobia e discriminação a torna mais difícil (PACHANKIS et al., 2015). Assim, o que se precisa aumentar é a oferta de serviços amigáveis e não discriminatórios para que a prática sexual com pessoas do mesmo sexo possa ser assunto de conversa. Acesso a serviços que respeitem direitos e não discriminem é, portanto, fundamental. Esta é uma tarefa também para as políticas de formação continuada de profissionais de saúde. É necessário investimento em capacitação e sensibilização, além de programas e políticas que incluam a questão da diversidade sexual e do HIV/Aids na formação e no cotidiano destes profissionais que não têm ainda essa formação ao longo de sua graduação.

Ainda no segundo nível de análise, não mencionar o medo do resultado como uma barreira à realização do teste aumentava a probabilidade de testagem rotineira. Esta análise vai de encontro à análise de outros autores, que mostraram que ter percepções mais positivas sobre o HIV/Aids, tratamento e prevenção aumentavam a probabilidade de testagem recente (MACKELLAR et al., 2006; FLOWERS et al., 2013; KNUSSSEN et al., 2014). Segundo Lorenc et al. (2011), se o medo do resultado do teste supera seu potencial benefício, é possível que seja mais difícil procurar o teste.

Estimular o medo, portanto, não serve como incentivo ao teste rotineiro. Nesse sentido, a resposta programática ao HIV/Aids deve alertar para a vulnerabilidade crescente ao HIV de homens que fazem sexo com homens, um segmento bastante afetado pela epidemia, mas não deve contribuir para difundir o medo de se infectar. Pelo contrário, deve reforçar noções de cuidado com a própria saúde e difundir informações sobre tratamento sem banalizar a experiência de viver com HIV.

Já no terceiro nível de análise observamos que conhecer alguma pessoa soropositiva aumentava a testagem rotineira. O mesmo foi observado por outros autores em relação ao teste recente ou à repetição do teste de HIV (KALICHMAN et al., 1997; KALICHMAN e CAIN, 2008; LEAITY et al., 2000). Kalichman e Cain (2008) também observaram que a repetição do teste pode ser estimulada por experiências de adoecimento e morte de conhecidos soropositivos. Segundo Barros (2012), a proximidade com alguém que se infectou pelo HIV poderia levar ao reconhecimento dos riscos e maior cuidado com a própria saúde.

Ao contrário do que imaginávamos, nenhuma estratégia de prevenção específica foi associada ao uso rotineiro do teste anti-HIV. Esperávamos que aqueles que se testam rotineira ou episodicamente adotassem mais frequentemente estratégias de redução de risco, mas isso não se confirmou. Esse resultado pode indicar um limite do instrumento e estar relacionado à maneira como esta informação foi coletada. A questão sobre estratégias de prevenção era uma questão que admitia resposta múltipla, sem que as alternativas fossem lidas pelo entrevistador. Como era uma pergunta já no fim do questionário, é possível que muitos dos entrevistados tenham fornecido apenas uma resposta mais geral: “uso camisinha”, sem entrar em detalhes das estratégias de redução de risco que poderiam ser utilizadas em contextos específicos.

O maior número de parceiros, mencionado por alguns autores como associado ao teste recente ou regular (KALICHMAN et al., 1997; JIN et al., 2002; MACKELLAR et al., 2006; HOLT et al., 2012; KATZ et al., 2013a; MARCUS et al., 2015), não aumentou a probabilidade de realização rotineira do teste anti-HIV. Em outros estudos, homens que se testaram repetidas vezes ou recentemente foram agrupados independente da motivação para o último teste, o que pode interferir na estimativa dessa associação. No entanto, em estudo similar ao nosso no que diz respeito à definição do teste rotineiro, Katz et al. (2013b), mostraram que havia associação entre ter 10 ou mais parceiros e se testar regularmente. Porém, os autores compararam testagem regular e testagem não regular e observaram esta diferença entre homens que visitavam um serviço de testagem, diferentemente do que foi feito em nosso estudo.

Os homens que mencionaram parcerias estáveis e não mencionaram sexo desprotegido em parcerias casuais tinham maior probabilidade de terem se testado rotineiramente do que aqueles que mencionaram ter apenas parcerias casuais com sexo anal protegido. Embora as parcerias mencionadas não necessariamente representem o padrão de parcerias e de práticas protegidas à época do último teste, é possível interpretar que o teste rotineiro seja incorporado a uma rotina de cuidados com a própria saúde e com a saúde do outro, como Lorenc et al. (2011) apontaram. Marcus et al. (2015) observaram uma associação semelhante: HSH que declararam estar em parcerias estáveis do tipo “relacionamento aberto” tinham maior probabilidade de terem se testado recentemente do que aqueles que estavam solteiros. Com um padrão de parcerias estáveis e sexo anal protegido quando são mencionadas parcerias casuais, o teste é realizado mesmo que não existam situações de potencial exposição ao HIV.

6.2 USO EPISÓDICO DO TESTE ANTI-HIV

Assim como foi observado para o uso rotineiro do teste anti-HIV, também para o uso episódico do teste os mais jovens e aqueles que moravam em outras regiões da cidade de São Paulo que não a região central eram aqueles que tinham menor probabilidade de terem se testado episodicamente. Como já apontamos para o teste de rotina, condições sociais e programáticas dificultam que os mais jovens e aqueles que não moram no Centro compartilhem de uma cultura de uso preventivo do teste

anti-HIV. Adicionalmente, morar no centro de São Paulo facilita o acesso a programas e serviços voltados para o segmento de homens que fazem sexo com homens.

No segundo nível de análise assumir-se como gay ou homossexual e a frequência de visita aos espaços de sociabilidade HSH da região central de São Paulo não estiveram associadas à realização do teste episódico, assim como já havíamos observado para o uso rotineiro do teste. Esta semelhança entre os dois modelos reforça nosso argumento de que tanto o uso rotineiro como o uso episódico do teste são estratégias comunitárias de prevenção. Os homens que têm acesso às informações sobre prevenção e participam de uma cultura gay que incorpora o teste como prevenção têm maior probabilidade de utilizar o teste como uma ferramenta para a prevenção, seja de modo episódico ou rotineiro.

No modelo para o teste episódico não morar com os parentes aumentava a probabilidade de ter se testado episodicamente. É possível que os homens que vivem neste tipo de arranjo domiciliar tenham menos oportunidades de se envolver e participar de comunidades gays, o que também dificultaria seu acesso às estratégias comunitárias de prevenção. Também é possível que optar pelo centro de São Paulo como local de moradia esteja relacionado a assumir abertamente uma identidade gay, algo que talvez alguns destes homens que moram com parentes não tenham feito e, como vimos, pode dificultar o acesso ao teste anti-HIV.

Similarmente ao que foi observado no modelo para o teste rotineiro, ter exposto a orientação sexual para um profissional de saúde aumentava a probabilidade de ter se testado episodicamente. O mesmo foi observado para não ter identificado o medo do resultado como uma barreira para o teste.

No terceiro nível de análise conhecer alguma pessoa soropositiva aumentava a probabilidade de realização do teste episódico, assim como foi observado para o uso rotineiro do teste anti-HIV. Também não houve diferença entre os HSH que se testaram episodicamente e aqueles nunca testados em relação às estratégias de prevenção adotadas.

Os homens que tinham se testado episodicamente tinham maior probabilidade de mencionar dois tipos de situação no que diz respeito à prática sexual protegida ou desprotegida e parcerias. Aqueles que se testaram episodicamente mais frequentemente mencionaram ou parcerias estáveis sem ocorrência de sexo anal desprotegido em parcerias casuais ou prática de sexo anal desprotegido em

parcerias casuais (em comparação a ter apenas parceiros casuais sem prática de sexo anal desprotegido).

No caso do teste episódico, que geralmente tinha ocorrido há mais tempo do que o que caracterizamos como teste de rotina, é ainda mais difícil afirmar que o padrão de parcerias e uso de proteção no sexo nos últimos meses seria o mesmo da época do teste. Porém, é possível que estejamos diante de dois tipos de uso do teste episódico: o teste episódico para dispensar o uso do preservativo nas parcerias estáveis e o teste episódico quando a prevenção falha ou deixar margem para a incerteza – o que faz sentido se compararmos com a análise descritiva das motivações para o teste episódico. Entre os homens que se testaram episodicamente o principal motivo para o último teste foi uma potencial exposição ao HIV e o terceiro mais citado, depois de “curiosidade”, eram justificativas relacionadas às parcerias (parceiro pediu, novo relacionamento, desconfiança etc.).

No entanto, a única coisa que podemos afirmar é que os HSH que se testam episodicamente tinham no momento da entrevista dois perfis distintos. Um subgrupo parece adotar práticas mais seguras, se valendo possivelmente do estabelecimento de soroconcordância em parcerias estáveis e evitando o sexo anal desprotegido quando há parcerias casuais. Podemos interpretar que o outro grupo talvez adote estratégias diferentes, como se basear na revelação da sorologia de parceiros casuais já testados, como Holt et al. (2012) sugeriram, soroposicionamento (fazer apenas sexo anal insertivo quando a sorologia do parceiro é desconhecida) ou mesmo a interrupção da penetração antes da ejaculação. No entanto, para explorar adequadamente estes perfis de estratégias de redução de risco são necessárias análises que aprofundem a discussão sobre o teste episódico. Este parece ser um grupo mais heterogêneo em relação a estas estratégias do que aqueles que se testam rotineiramente, já que suas motivações para o último teste eram variadas.

6.3 LIMITES

A análise aqui apresentada não pode ser generalizada para a cidade ou Estado de São Paulo como um todo. Embora pessoas de todas as regiões de São Paulo tenham sido entrevistadas pelo SampaCentro, a amostra é representativa dos frequentadores de locais de sociabilidade HSH da região central de São Paulo. A estratégia de amostragem TLS pode ter como viés selecionar HSH das classes eco-

nômicas mais altas e ser mais representativa daqueles que frequentam estes espaços de sociabilidade, especialmente numa época em que homens que fazem sexo com homens utilizam aplicativos e redes sociais para encontrar parceiros, como Veras et al. (2015) apontaram. No entanto, como os autores apontam, ainda assim essa estratégia de amostragem produz estimativas mais confiáveis do que amostras de conveniência.

Algumas variáveis relevantes em outros estudos ou que seriam interessantes para entender melhor os contextos que acompanhavam a busca pelo teste não puderam ser incluídas na análise. O Projeto SampaCentro precisava dar conta de muitas questões, e nem todas puderam ser incluídas – especialmente se considerarmos que a entrevista era realizada em espaços de lazer e paquera, e não poderia ser muito extensa. Tínhamos muitos dados sobre as três últimas parcerias, mas não pudemos analisar associações do teste com práticas de redução de risco como o *serosorting* (escolha de parceiros sexuais do mesmo estado sorológico), *seropositioning* (escolha de posições no sexo anal de acordo com o estado sorológico do parceiro), coito interrompido ou a colocação do preservativo após o início da relação.

Um ponto forte de nosso estudo é investigar o teste por rotina e episódico a partir da motivação para o último teste. Usualmente o critério para estabelecer que uma pessoa se testava rotineira ou episodicamente é o tempo decorrido desde o último teste ou a quantidade de testes realizados num determinado período. No entanto, quando se avalia a quantidade de testes realizados em um período ou há quanto tempo foi o último teste, faltam elementos para avaliar se a pessoa entende o teste como parte de sua rotina naquele momento de sua vida ou se coincidentemente se testou mais no último ano, por exemplo. Ter se testado recentemente pode não ser indicativo de uso rotineiro do teste anti-HIV.

7 CONCLUSÃO

De maneira geral, o uso do teste anti-HIV como estratégia de prevenção faz parte de um conjunto de estratégias de prevenção coletivamente construídas por gays para lidar com a epidemia de HIV/Aids. Nesse sentido, cerca de 80% dos homens incluídos em nossa análise já tinham se testado rotineira ou episodicamente.

Os homens que haviam se testado por rotina, em comparação aos nunca testados:

- eram mais velhos (≥ 25 anos);
- moravam do Centro de São Paulo;
- tinham exposto a orientação sexual para um profissional de saúde;
- já tinham sido discriminados por causa de sua sexualidade em serviços de saúde;
- menos frequentemente tinham sido discriminados por amigos e/ou vizinhos;
- não mencionaram o medo do resultado como uma barreira à testagem;
- conheciam alguma pessoa soropositiva;
- mencionaram parcerias estáveis sem prática de sexo anal desprotegido em parcerias casuais (comparado a ter apenas parcerias casuais sem ocorrência de sexo anal desprotegido).

Já os homens que haviam se testado episodicamente, em comparação aos nunca testados:

- também eram mais velhos (tinham entre 25 e 49 anos);
- também moravam do Centro de São Paulo;
- também tinham exposto a orientação sexual para um profissional de saúde;
- também não mencionaram o medo do resultado como uma barreira à testagem;
- também conheciam alguma pessoa soropositiva;
- também mencionaram parcerias estáveis sem prática de sexo anal desprotegido em parcerias casuais (comparado a ter apenas parcerias casuais sem ocorrência de sexo anal desprotegido);
- não moravam com parentes;
- mencionaram sexo anal desprotegido em parcerias casuais (comparado a ter apenas parcerias casuais sem ocorrência de sexo anal desprotegido)

Os dois grupos parecem expressar um contexto mais favorável à testagem como fruto do compartilhamento de uma cultura de uso preventivo do teste anti-HIV. Além disso, parece existir um ambiente mais propício para o acesso ao teste e à informação – apesar da discriminação que pode ser enfrentada, por exemplo, ao procurar serviços de saúde.

Além de um contexto mais favorável ao uso rotineiro do teste anti-HIV, experiências da trajetória de cada um, como conhecer soropositivos, podem ter aumentado a percepção destes homens de que o teste era necessário e de que o HIV era um desafio a ser enfrentado na vida afetivo-sexual.

No entanto, alguns subgrupos de homens que fazem sexo com homens não estão se beneficiando da cultura gay organizada que produz respostas inovadoras para a prevenção.

Os mais jovens, por exemplo, tem alta adesão ao uso do preservativo. Embora esta incorporação do preservativo às práticas sexuais deste segmento populacional seja positiva, é necessário garantir que esse segmento possa recorrer a outras alternativas para quando esta estratégia não for a mais adequada, como estratégias de redução de risco e biomédicas, como o uso de PEP e PrEP, que dependem da testagem. Os mais jovens e os menos inseridos no discurso produzido e compartilhado nos espaços de sociabilidade HSH, como os homens que não moram no Centro de São Paulo ou aqueles que estão menos confortáveis em expor sua orientação sexual em seus espaços de convívio, dependerão de ações programáticas que aumentem seu repertório de estratégias de prevenção. É necessário também que saibam como acessá-las, sem temer a discriminação.

Os resultados aqui apresentados reforçam a necessidade de fortalecer um discurso de prevenção mais inclusivo, que se oriente pelos princípios das práticas baseadas em direitos humanos que defendem acesso à informação completa sobre os recursos oferecidos à prevenção e valorizam as respostas comunitárias produzidas no lidar com a epidemia. A testagem rotineira é uma dessas respostas. As abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos reconhecem a centralidade do princípio da participação e da autonomia de cada pessoa, ao mesmo tempo, que promovem o cuidado com a saúde nos termos de cada um em seu contexto, em contraste com as estratégias de “controle da epidemia” que, ao colonizar o discurso da prevenção, ambicionam o impossível controle sobre desejos e corpos.

Nesse sentido, muito embora as estratégias comunitárias de redução de risco não sejam validadas por programas e serviços por sua suposta baixa eficácia, deixá-las de lado ao fazer e planejar ações de prevenção é contraprodutivo (GRANGEIRO et al., 2015b; FERRAZ e PAIVA, 2015). A oferta de outros métodos de prevenção, inclusive os biomédicos, a informação correta e culturalmente adequada sobre essas estratégias de redução de risco pode contribuir para minimizar problemas de uso incorreto, barreiras de acesso e falta de adesão (GRANGEIRO et al., 2015b).

Veras et al. (2015) destacaram que 54,2% dos homens que tiveram resultado positivo para o teste anti-HIV neste Projeto SampaCentro que analisamos não sabiam que eram soropositivos para o HIV. Nesse sentido, mostram a importância das recomendações feitas por órgãos das Nações Unidas (WHO, 2010; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2015) no contexto do crescimento da epidemia entre homens que fazem sexo com homens. A repetição anual do teste por este segmento populacional é recomendada para detectar e tratar infecções precocemente, especialmente onde se tem acesso às terapias antirretrovirais, como no Brasil.

A Meta 90-90-90 preconiza que as estratégias de testagem alcancem os grupos mais afetados pela epidemia, para assegurar que pelo menos 90% dos indivíduos infectados estejam diagnosticados até 2030 (UNAIDS, 2014). Nesse sentido, vimos que o uso rotineiro do teste anti-HIV, adotado por 30% dos homens entrevistados pelo SampaCentro e por 38% dos homens de nossa amostra, é uma estratégia de prevenção programática aceitável para segmento de homens que fazem sexo com homens.

Diferente dos primeiros anos em que se discutia o desperdício de recursos e se caracterizava os homens que eram “repetidores” de teste como tipicamente homens que se arriscavam mais, o teste rotineiro pode significar um desejável aumento do autocuidado e de cuidado do outro. A preocupação deve se voltar para aqueles que em São Paulo não tem acessado o teste, são mais jovens, se sentem pouco à vontade para viver abertamente sua homossexualidade, moram fora do Centro de São Paulo, têm medo do resultado do teste e ainda não conheceram soropositivos.

Para ampliar o acesso e qualidade da testagem como recurso fundamental de programas de prevenção permanece o desafio de sustentar o debate sobre sexualidade e prevenção a cada geração, assim como nos programas de formação de educadores e de profissionais de saúde de todas as áreas. Homens que fazem sexo com homens, como todos os cidadãos brasileiros, devem ter acesso a todas as in-

formações e recursos disponíveis para que possam escolher as estratégias de prevenção que melhor se adequam às suas vidas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aggleton P, Parker R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *Am J Public Health*. 2015; 105(8): p. 1552-8.

Antunes M. Territórios de vulnerabilidade ao HIV: homossexualidades masculinas em São Paulo [tese] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Antunes MC, Paiva VSF. Territórios do desejo e vulnerabilidade ao hiv entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. *Temas psicol*. 2013; 21(3): p. 1125-2243.

Ayres JR, Paiva V, França-Jr I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. In Paiva V, Ayres J, Buchalla C (orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.

Ayres JR. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis*. 2007; 17(1): p. 43-62.

Ayres JR, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In Campos GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 116-138.

Ayres JR, França-Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

Ayres JR, França-Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In Barbosa R, Parker R. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. p. 49-72.

Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4): p. 727-737.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3: p. 3-21.

Barros CRS. Fatores associados à realização do teste anti-HIV na população brasileira [tese] São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.; 2012.

Bastos FI. Geografia da Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública. 1995; 29(1): p. 52-62.

Bayer R, Edington C. HIV Testing, Human Rights, and Global AIDS Policy: Exceptionalism and Its Discontents. J Health Polit Policy Law. 2009; 34(3): p. 301-23.

Bor R, Lipman M, Elford J, Murray D, Miller R, Griffiths P, et al. HIV seroprevalence in a London same-day testing clinic. AIDS. 1994; 8(5): p. 697-700.

Brashers D, Neidig J, Reynolds N, Haas S. Uncertainty in Illness Across the HIV/AIDS Trajectory. JANAC. 1998; 9(1): p. 66-77.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2000; 34(2): p. 207-217.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional patterns os the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brasil following the introduction of antiretroviral therapy. Braz. j. infect. dis. 2005; 9(1): p. 9-19.

Carballo-Diéguez A, Balán I, Dolezal C, Pando M, Marone R, Barreda V, et al. HIV testing practices among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. AIDS Care. 2014; 26(1): p. 33-41.

Centers for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR. 2006; 55(RR14): p. 1-17.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR. 2002; 51(RR-6): p. 1-84.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR. 2010; 59(RR-12): p. 12-13.

CNS, anrs. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Actualisation 2015 : Prophylaxie pré-exposition France: Conseil national du sida et hépatites virales, France REcherche Nord & sud Sida-hiv Hépatites; 2015.

Csete J, Elliott R. Scaling up HIV testing: human rights and hidden costs. HIV AIDS Policy Law Rev. 2006; 11(1): p. 1, 5-10.

Daniel H. Vida antes da morte Rio de Janeiro: Jaboti; 1989.

Deus LFA. Contextos de revelação da orientação sexual: no final do arco-íris tem um pote de ouro [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2014.

Dilley J, Woods W, Sabatino J, Lihatsch T, Adler B, Casey S, et al. Changing Sexual Behavior Among Gay Male Repeat Testers for HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002; 30(2): p. 177-86.

Do T, Chen S, McFarland W, Secura G, Behel S, MacKellar D, et al. HIV testing patterns and unrecognized HIV infection among young Asian and Pacific Islander men who have sex with men in San Francisco. *AIDS Educ Prev*. 2005; 17(6): p. 540-54.

Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(Supl 1): p. 63-88.

Fernández M, Perrino T, Bowen G, Royal S, Varga L. Repeat HIV testing among Hispanic men who have sex with men--a sign of risk, prevention, or reassurance? *AIDS Educ Prev*. 2003; 15(1 Suppl A): p. 105-16.

Fernyak S, Page-Shafer K, Kellogg T, McFarland W, Katz M. Risk behaviors and HIV incidence among repeat testers at publicly funded HIV testing sites in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 31(1): p. 63-70.

Ferraz D, Paiva VSF. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Supl 1): p. 89-103.

Fisher J, DelGado B, Melchreit R, Spurlock-McLendon J. The Dynamics of Repeat HIV Testing, and Interventions for Repeat HIV Testers. *AIDS Behav*. 2002; 6(2): p. 183-191.

Flowers P, Knussen C, Li J, McDaid L. Has testing been normalized? An analysis of changes in barriers to HIV testing among men who have sex with men between 2000 and 2010 in Scotland, UK. *HIV Med*. 2013; 14(2): p. 92-8.

França-Junior I, Calazans GJ, Zucchi EM, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(Supl 1): p. 84-97.

Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface (Botucatu)*. 2015a; 19(52): p. 5-6.

Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002–2006. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3): p. 430-441.

Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Diaz-Bermúdez XP. 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. *Rev Bras Epidemiol*. 2015b; 18(Supl 1): p. 43-62.

Grangeiro A. Será possível o fim da epidemia de aids na quarta década? In Paiva V, França-Jr I, Kalichman AO (orgs). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e Promoção da Saúde - Planejar, Fazer, Avaliar*. Curitiba: Juruá; 2013. p. 83-103.

Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal Voluntary HIV Testing with Immediate Antiretroviral Therapy as a Strategy for Elimination of HIV Transmission: A Mathematical Model. *Lancet*. 2009; 373(9657): p. 48-57.

Gruskin S, Tarantola D. Health and Human Rights: Overview. In Heggenhougen K, Quah S, (eds). *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press; 2008. p. 137-146.

Helms D, Weinstock H, Mahle K, Bernstein K, Furness B, Kent C, et al. HIV testing frequency among men who have sex with men attending sexually transmitted disease clinics: implications for HIV prevention and surveillance. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 50(3): p. 320-6.

Hightow L, Miller W, Leone P, Wohl D, Smurzynski M, Kaplan A. Predictors of repeat testing and HIV seroconversion in a sexually transmitted disease clinic population. *Sex Transm Dis*. 2004; 31(8): p. 455-9.

Holt M, Rawstorne P, Wilkinson J, Worth H, Bittman M, Kippax S. HIV testing, gay community involvement and internet use: social and behavioural correlates of HIV testing among Australian men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2012; 16(1): p. 13-22.

Jin F, Prestage G, Law M, Kippax S, Van de Ven P, Rawsthorpe P, et al. Predictors of recent HIV testing in homosexual men in Australia. *HIV Med*. 2002; 3(4): p. 271-6.

Kalichman S, Cain D. Repeat HIV testing and HIV transmission risk behaviors among sexually transmitted infection clinic patients. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008; 15(2): p. 127-33.

Kalichman S, Schaper P, Belcher L, Abush-Kirsh T, Cherry C, Williams E, et al. It's like a regular part of gay life: repeat HIV antibody testing among gay and bisexual men. *AIDS Educ Prev*. 1997; 9(Suppl 3): p. 41-51.

Katz D, Dombrowski J, Swanson F, Buskin S, Golden M, Stekler J. HIV intertest interval among MSM in King County, Washington. *Sex Transm Infect*. 2013a; 89(1): p. 32-7.

Katz D, Swanson F, Stekler J. Why do men who have sex with men test for HIV infection? Results from a community-based testing program in Seattle. *Sex Transm Dis*. 2013b; 40(9): p. 724-8.

Kerr LRFS, Mota RS, Kendall C, Pinho AA, Mello MB, Guimarães MDC, et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*. 2013; 27(3): p. 427-435.

Kippax S, Crawford J, Davis M, Rodden P, Dowsett G. Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men. *AIDS*. 1993; 7: p. 257-263.

Kippax S, Race K. Sustaining safe practice: twenty years on. *Soc Sci Med*. 2003; 57(1): p. 1-12.

Knussen C, Flowers P, McDaid L. Factors associated with recency of HIV testing amongst men residing in Scotland who have sex with men. *AIDS Care*. 2014; 26(3): p. 297-303.

Leaity S, Sherr L, Wells H, Evans A, Miller R, Johnson M, et al. Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy? *AIDS*. 2000; 14(5): p. 547-52.

Lorenc T, Marrero-Guillamón I, Llewellyn A, Aggleton P, Cooper C, Lehmann A, et al. HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health Educ Res*. 2011; 26(5): p. 834-46.

MacCarthy S, Rasanathan JJK, Dourado I, Gruskin S. Quality, not just quantity: Lessons learned from HIV testing in Salvador, Brazil. *Glob Public Health*. 2014; 9(6): p. 723–739.

MacKellar D, Valleroy L, Secura G, Bartholow B, McFarland W, Shehan D, et al. Repeat HIV testing, risk behaviors, and HIV seroconversion among young men who have sex with men: a call to monitor and improve the practice of prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 29(1): p. 76-85.

Mackellar DA, Valleroy LA, Anderson JE, Behel S, Secura GM, Bingham T, et al. Recent HIV Testing Among Young Men Who Have Sex with Men: correlates, contexts and HIV seroconversion. *Sex Transm Dis*. 2006; 33(3): p. 183-92.

Mann J, Tarantola D. From vulnerability to human rights. In Mann J, Tarantola D, (eds). *AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 463-76.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW (eds). *A Aids no Mundo Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ*; 1993.

Marcus U, Gassowski M, Kruspe M, Drewes J. Recency and frequency of HIV testing among men who have sex with men in Germany and socio-demographic factors associated with testing behaviour. *BMC Public Health*. 2015; 15: p. 727.

McFarland W, Fischer-Ponce L, Katz M. Repeat negative human immunodeficiency virus (HIV) testing in San Francisco: magnitude and characteristics. *Am J Epidemiol*. 1995; 142(7): p. 719-23.

Mimiaga MJ, Goldhammer H, Belanoff C. Men who have sex with men: perceptions about sexual risk, HIV and sexually transmitted disease testing and provider communication. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(2): p. 113-9.

Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Protocolo. Brasília; 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Boletim Epidemiológico. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ano VIII - nº 1; 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ano III - nº 01; 2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Boletim Epidemiológico. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ano IV - nº 01; 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Diretrizes. Brasília; 2013.

Moreno DMFC. Comunicação do resultado do teste de HIV positivo no contexto do aconselhamento sorológico: a versão do cliente [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Myers T, Godin G, Lambert J, Calzavara L, D L. Sexual risk and hiv-testing behaviour by gay and Bisexual men in canada. AIDS Care. 1996; 8(3): p. 297-309.

Norton J, Elford J, Sherr L, Miller R, Johnson M. Repeat HIV testers at a London same-day testing clinic. AIDS. 1997; 11(6): p. 773-81.

Pachankis J, Hatzenbuehler M, Hickson F, Weatherburn P, Berg R, Marcus U, et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. AIDS. 2015; 29(10): p. 1239-46.

Paiva VSF, Garcia J, Rios LF, Santos AO, Terto V, Munoz-Laboy M. Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using a human rights-based approach. Glob Public Health. 2010; 5(3): p. 280-294.

Paiva VSF. Prevenção PositHIVa: A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In Raxach JC, Maksud I, Pimenta C, Terto Jr V (orgs). Prevenção Posithiva: estado da Arte. Rio de Janeiro: ABIA; 2009. p. 33-49.

Phillips K, Paul J, Kegeles S, Stall R, Hoff C, Coates T. Predictors of repeat HIV testing among gay and bisexual men. AIDS. 1995; 9(7): p. 769-75.

PN-DST/AIDS. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis Brasília: Programa Nacional de DST e Aids; 2007.

Porta M, Greenland S, Last J (eds). A Dictionary of Epidemiology. 5th ed. Oxford: Oxford University; 2008.

Raymond H, Ick T, Grasso M, Vaudrey J, McFarland W. Resource Guide: Time Location Sampling (TLS). 2nd ed. San Francisco: San Francisco Department of Public Health HIV Epidemiology Section, Behavioral Surveillance Unit; 2007.

Rendina H, Jimenez R, Grov C, Ventuneac A, Parsons J. Patterns of lifetime and recent HIV testing among men who have sex with men in New York City who use Grindr. *AIDS Behav.* 2014; 18(1): p. 41-9.

Ryder K, Haubrich D, Callà D, Myers T, Burchell A, Calzavara L. Psychosocial impact of repeat HIV-negative testing: a follow-up study. *AIDS Behav.* 2005; 9(4): p. 459-64.

Santos NJS, Tayra A, Romero S, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002; 5(2): p. 286-310.

Terto Jr. V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(Suppl 1): p. 156-168.

Terto Jr. V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/Aids. *Horiz. antropol.* 2002; 8(17): p. 147-158.

UNAIDS. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva; 2014.

UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva; 2007.

UNAIDS/WHO. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing. UNAIDS/WHO; 2004.

United Nations Population Fund. United Nations Population Fund, Global Forum on MSM & HIV, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: Practical guidance for collaborative interventions New York: United Nations Population Fund; 2015.

Veras MASM, Calazans GJ, Ribeiro MCAS, Oliveira CAF, Giovanetti MR, Facchini R, et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* 2015; 19(9): p. 1589-98.

WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations Geneva: WHO; 2014.

WHO. Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults. Geneva;; 2010.

WHO. HIV Testing, Treatment and Prevention: generic tools for operational research Malta: WHO; 2009.

WHO. Service Delivery Approaches to HIV Testing and Counselling (HTC): a strategic HTC programme framework Geneva: WHO; 2012.

Williamson L, Flowers P, Knussen C, Hart G. HIV testing trends among gay men in Scotland, UK (1996-2005): implications for HIV testing policies and prevention. Sex Transm Infect. 2009; 85(7): p. 550-4.

Wolffenbüttel K, Carneiro Junior N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo. Saúde Coletiva. 2007; 4(18): p. 183-187.

ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO USO DO BANCO

DECLARAÇÃO

Declaro, na qualidade de Coordenadora Geral da pesquisa “Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo”, que autorizo que a doutoranda Bruna Robba Lara, orientada pela Professora Doutora Vera Silvia Facciolla Paiva, utilize dados desta pesquisa para sua tese de doutoramento.

São Paulo, 18 de fevereiro de 2013

Maria Amélia de Sousa Mascena Veras
Coordenadora

ANEXO 2: TCLE

Comportamento e práticas sexuais, e prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo

Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, com gays, travestis e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), com 18 anos de idade ou mais. Este estudo é uma iniciativa conjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Você pode decidir não participar deste estudo. Se decidir participar, pode deixar o estudo a qualquer momento. Sua participação neste estudo é voluntária. Se você decidir participar, pediremos que assine este termo de consentimento. Você receberá uma via para guardar.

A pesquisadora responsável pelo estudo é a Profa. Dra. Maria Amélia Veras da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e este estudo é uma iniciativa conjunta dessa faculdade com o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Este estudo está sendo financiado pelo “Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) 2009”, iniciativa conjunta FAPESP/ SES-SP/ MS/ CNPq.

Os objetivos principais deste estudo são:

1. analisar o comportamento e práticas sexuais dos gays, travestis e HSH que freqüentam a região central da cidade de São Paulo.
2. estimar as taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e por outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), que são sífilis, hepatite B, hepatite C e a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV).
3. identificar os fatores que estão associados à infecção pelo HIV e outras DST, entre os gays, travestis e HSH freqüentadores da região central da cidade de São Paulo.

A pesquisa se divide em duas etapas. Para participar desta primeira etapa, você deverá responder a um questionário e, se quiser, colher sangue para realizar um teste para saber se você tem HIV. Algumas perguntas do questionário podem ser desconfortáveis para você, assuntos que você não deseja falar. Nossos entrevistadores foram treinados para tratar essas questões de modo que não seja muito desconfortável para você. Você tem o direito de deixar de responder a qualquer uma dessas questões e pode parar de participar a qualquer momento.

Após responder ao questionário, um profissional de saúde localizado num veículo próximo deste local, irá fazer um pequeno furo na ponta do seu dedo com uma pequena lanceta descartável e colherá algumas gotas de sangue num papel de filtro. Você poderá sentir dor na hora da picada e seu dedo poderá ficar dolorido. O resultado de seu exame será entregue a você no CRT-DST/Aids, Rua Santa Cruz, 81, prédio anexo - 1º andar - Vila Mariana - São Paulo, a partir de duas semanas após seu sangue ter sido colhido. Um profissional de saúde irá entregar este resultado e conversar com você sobre as formas de se prevenir dessa e de outras DST. Neste dia você será convidado para participar da

segunda etapa do estudo que consiste na realização de exames para outras doenças sexualmente transmissíveis. Um documento como este, explicando estes procedimentos e os objetivos desta segunda etapa, será apresentado a você.

Caso você não queira fazer o teste de HIV aqui, mas tem interesse em participar deste estudo, você pode se dirigir ao CRT-DST/Aids, de segunda a sexta-feira, das 13 às 18 horas, apresentando uma identificação que daremos a você.

Se o teste for positivo você será encaminhado ao Ambulatório de HIV/Aids do CRT-DST/Aids ou outro serviço de sua conveniência da rede pública do Sistema Único de Saúde para receber acompanhamento médico e tratamento.

Caso queira responder somente o questionário e não queira fazer o teste de HIV como participante desta pesquisa, você pode fazê-lo a qualquer momento na rede pública de saúde.

☐	Sim, eu quero fazer o teste para HIV como participante desta pesquisa.
☐	
☐	Não, eu não quero fazer o teste para HIV como participante desta pesquisa.

Após ter recebido o resultado de seu exame, você terá o reembolso de R\$ 10,00 (dez reais) em dinheiro para suas despesas com alimentação e transporte. Você não precisará comprovar nenhuma despesa para recebê-lo.

Garantimos o total sigilo das informações que você fornecer. Seu nome não será relacionado ao questionário ou aos exames realizados. Eles serão identificados somente com um número. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa, para planejar melhor a atenção em saúde e serão também publicadas sem nenhuma identificação dos participantes.

Depois de realizarmos os testes com suas amostras de sangue durante o estudo, haverá sobras. Gostaríamos de conservá-las para outros testes que possam nos dar mais informações sobre o HIV e outras DST. Elas não serão usadas para nenhum outro fim, nem vendidas ou comercializadas. Você decidirá se permite ou não o uso de seu sangue para esses outros testes. Sua decisão não afetará sua participação neste estudo. Seu sangue será armazenado em um local seguro e controlado no Instituto Adolfo Lutz da Secretaria de Estado da Saúde. A legislação brasileira permite o armazenamento por um período de até 10 anos, podendo haver renovação mediante solicitação.

Os pesquisadores não planejam entrar em contato com você para mostrar os resultados de outros estudos que tenham usado seu sangue, porque esses estudos não tem interesse para a sua saúde individualmente, eles só ajudam no entendimento das doenças ou servem para desenvolver novos testes. Se você concordar em armazenar amostras de sangue agora e depois decidir que não quer mais, por favor, nos informe. Pediremos ao centro de armazenagem que destrua qualquer amostra sua restante ao final deste estudo.

☐	Permito a armazenagem de minhas amostras para outros estudos relacionados ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis que podem incluir testes virológicos, imunológicos e moleculares.
--------------------------	--

	Não permito que armazenem minhas amostras para outros estudos.

- Se tiver alguma pergunta sobre este estudo, entre em contato com Maria Amélia Veras, pesquisadora responsável por este estudo, nos telefones (11) 5087-9915 ou 5082-3954.
- Se tiver alguma dúvida sobre seus direitos como participante da pesquisa ou problemas ou preocupação com o modo como está sendo tratado neste estudo, entre em contato com o Dr. Eduardo Ronner Iagonegro, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, pelo telefone (11) 5087-9837 ou pessoalmente na Rua Santa Cruz, 81- Prédio Anexo - 1º andar - Vila Mariana - São Paulo e/ou com o CEP Santa Casa de São Paulo, pelos telefones (11) 2176-7689 e (11) 2176-7689, ramais 5502/5710 ou pessoalmente na Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 - Santa Cecília - São Paulo e/ou com o CEP Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS, pelo telefone (11) 3397-2464 ou pessoalmente na Rua General Jardim, 36 – 1º andar e/ou com o CEP do Instituto Adolfo Lutz, pelo telefone (11) 3068-2859 ou pessoalmente na Av Dr Arnaldo, 355- 3º andar .
- Se quiser sair deste estudo, entre em contato a Dra. Maria Amélia Veras, pesquisadora responsável por este estudo, nos telefones (11)5087-9915 ou 5082-3954.

Para acompanhar o andamento desta pesquisa e ter acesso às informações produzidas, você poderá acessar o website: www.projetosampacentro.com.br

Você pode nos fornecer um endereço de correio eletrônico, um número de celular ou outro modo que você possa achar apropriado para que possamos contatá-lo sobre futuras pesquisas relacionadas aos temas abordados neste estudo.

Sim, desejo ser contatado através de

- [] correio eletrônico: _____
- [] telefone celular: _____
- [] telefone fixo: _____
- [] Outros. Indicar o modo de contato: _____

[] Não desejo ser contatado para futuras pesquisas sobre prevenção do HIV.
Portanto, declaro que compreendi o estudo e aceito participar dele.

	____/____/____
Nome do participante (letra de forma)	Data

Assinatura do participante

	<div>____/____/____</div>
Membro da equipe do estudo	Data

Assinatura do membro da equipe do estudo

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO

ID Supervisor

ID Entrevistador

ID Local

Data da Entrevista

-

-

Hora de início

Tipo de Entrevista:

☐

Mesmo dia

☐

Outro dia

Identificação

A. Qual sua data de nascimento?

-

-

Recusou-se a responder

☐

Sim

☐

Nao

É elegível quem nasceu a partir de 31 de outubro de 1993 (e a partir daí, subsequentemente, com relação ao dia da entrevista em campo)

Id

Plano Individual Geral

1) Características Demográficas

Ler até a alternativa "Heterossexual"

1. Com relação a sua sexualidade, com qual dessas categorias você mais se identifica? (RU, estimulada)

- ☐ Gay
☐ Travesti
☐ Transexual
☐ Bissexual
☐ Entendido
☐ Homossexual
☐ Heterossexual

☐ Outros

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ NS/NR

2. Com quem você mora atualmente? (RM, estimulada)

Sozinho ☐ sim ☐ não

Com parceiro do sexo masculino ☐ sim ☐ não

Com parceira do sexo feminino ☐ sim ☐ não

Com parceira travesti ☐ sim ☐ não

Com amigos ☐ sim ☐ não

Com parentes ☐ sim ☐ não

NS/NR ☐ sim ☐ não

Outro ☐ sim ☐ não

Idade parceiro masculino

--	--

Idade parceira feminina

--	--

Idade parceira travesti

--	--

Qual outro?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Leia as categorias de "Indígena à branca" e assinale APENAS uma delas. Não leia as alternativas "Recusou-se a responder" e "Outra" e só as utilize em último caso.

Se necessário explique que são as categorias com as quais o IBGE trabalha no Censo.

3. Qual é a sua cor de pele ou raça? (RU, estimulada) *

- ☐ Indígena
☐ Amarela
☐ Parda
☐ Preta
☐ Branca
☐ Outra
☐ NS/NR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Id

--	--	--	--

Confirme com o participante a alternativa que melhor se adequa à resposta dada e registre a categoria escolhida.

4. Até que ano você estudou? (RU, espontânea) *

- ☐ Não frequentou escola
- ☐ Da 1ª à 3ª série do fundamental / 1º ao 4º ano atuais
- ☐ 4ª série/ primário completo / atual 5º ano
- ☐ Da 5ª à 7ª série/ ginásio incompleto / 6º ao 8º ano atuais
- ☐ 8ª série/ fundamental completo / atual 9º ano
- ☐ 1ª ou 2ª série do médio /médio incompleto
- ☐ 3ª série do médio/ médio completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Pós-graduação (completa ou incompleta)
- ☐ NS/NR

5. Atualmente você está? [RU, estimulada]

- ☐ Sozinho (a)
- ☐ Casado (a)
- ☐ Namorando
- ☐ Ficando
- ☐ Não se Aplica
- ☐ NS/NR

Casado há

--	--

 Anos

--	--

 Meses

Namorando há

--	--

 Anos

--	--

 Meses

6. Você pratica alguma religião? (RU, espontânea) *

- ☐ Sim
- ☐ Não (Vá para a próxima página)
- ☐ NS/NR

Caso Sim:

- ☐ católica
- ☐ protestante histórica [Anglicana, Metodista, Presbiteriana...]
- ☐ evangélica pentecostal ou neopentecostal (Assembleia de Deus, Universal...]
- ☐ espírita kardecista
- ☐ umbanda
- ☐ candomblé
- ☐ outra religião de raiz afro-brasileira [jurema, tambor de Mina, batuque]
- ☐ budismo
- ☐ Igrejas inclusivas [Igreja Cristã Metropolitana, Comunidade Cristã Nova Esperança...]
- ☐ Outra

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Id

--	--	--	--

Caso Nãõ:

☐ tenho religião, mas não pratico

Qual?

[illegible]

☒ Não tenho religião, mas creio em Deus/divindades

○ sou ateu

2) Mobilidade - Sociabilidade

7. Onde você mora atualmente?

Bairro

[illegible]

Região

[illegible]

Cidade

[illegible]

Caso o entrevistado more na região, diga para ele referir-se a quando sai para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos.

8. Para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos, com que frequência você costuma vir a esta região? (RU, espontânea)

○ É a primeira vez

☐ Raramente/ a última vez faz mais de 6 meses

☐ Quase todo mês

☐ De 1 a 2 vezes por mês

☐ De 1 a 2 vezes por semana

☐ Quase todo dia/ todo dia

○ NS/NR

9. Quais bairros / regiões você costuma frequentar para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos? [RM, espontânea]

Bairro 1

[illegible]

Região 1

[illegible]

Cidade 1

[illegible]

Id

--	--	--	--

2338108588

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

10. De forma geral, a que tipos de locais, você costuma ir quando sai para se divertir, paquerar, caçar, encontrar amigos e com que frequência você vai a esses espaços? (RM, estimulada)

1. Nunca vou/fui
2. Uma única vez
3. Raramente/ a última vez faz mais de 6 meses
4. Quase todo mês
5. De 1 a 2 vezes por mês
6. De 1 a 2 vezes por semana
7. Quase todo dia/ todo dia

Bar/boteco/lanchonete	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Boate	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Rua/prça	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Banheiro público	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Sauna/cinemão/clube de sexo/SexShop	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Trabalho/escola/faculdade/igreja	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Casa de amigos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Academia	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Parque	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Shopping/lojas/Supermerdados	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Outro	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

Id				
----	--	--	--	--

11. Você procura parceiros sexuais pela internet? (RM e estimulada)*

Para sexo virtual ☐ Sim ☐ Não

Para marcar encontros ☐ Sim ☐ Não

Aproximadamente, quantos de cada um destes grupos você conhece na cidade de São Paulo, somando amigos e conhecidos, mesmo que só de vista?

12. Homens que transam com homens que são gays

--	--	--	--

13. Homens que transam com homens que não são gays

--	--	--	--

14. Travestis/Trans

--	--	--	--

15. Ao longo de sua vida, você teve relações sexuais: (RM, estimulada)

Com homens: ☐ Sim ☐ Não

Com qual idade você teve a primeira relação sexual consentida com homem?

--	--

Com mulheres ☐ Sim ☐ Não

Com qual idade você teve a primeira relação sexual consentida com mulher?

--	--

Com travestis e/ou Trans ☐ Sim ☐ Não

Com qual idade você teve a primeira relação sexual consentida uma Travesti/Trans?

--	--

16. Na maior parte das vezes, você teve relações sexuais: (RU, estimulada)

☐ Só com homens

☐ Só com travestis/trans

☐ Predominantemente com homens, mas também com mulheres

☐ Com homens e com mulheres, em proporções semelhantes

☐ Predominantemente com mulheres, mas também com homens

☐ Com mulheres, homens, e também com travestis/trans

☐ Outras situações

☐ NS/NR

Id

--	--	--	--

6480108580

17. Que alternativa descreve melhor sua atividade sexual anal com homens e/ou travestis em sua vida? (RU, estimulada)

- ☐ Exclusivamente ativo
☐ Predominantemente ativo
☐ Igualmente ativo e passivo
☐ Predominantemente passivo
☐ Exclusivamente passivo
☐ Nunca pratico sexo anal
☐ NS/NR

Vou perguntar sobre suas parcerias sexuais, homens, mulheres, travestis, trans, e sobre suas práticas sexuais.

18. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 6 meses?

--	--	--	--

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seus 3 últimos parceiros sexuais. Para ajudar você a se lembrar, vou pedir que você escolha um apelido para cada um, começando do último, depois para quem veio antes e assim por diante

19. Vamos falar dos seus três últimos parceiros sexuais? (RU, estimulada)

19.1 Nomes/ Apelidos:			
Q19.2 ELE / ELA É: (1) homem (2) mulher (3) travesti/trans (9) NS/NR	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9
19.3 É/era um relacionamento? (1) estável (2) ocasional (3) única vez (9) NS/NR	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9
19.4 Você pagou para ter sexo com ele(a)? (S) Sim (Pule para 19.6) (N) Não (9) NS/NR	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9

Nomes/ Apellidos:

19.5 – Você recebeu para ter sexo com ele(a)? (S) Sim (N) Não (9) NS/NR	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9
19.6 Qual era aproximadamente a idade dele/dela?	<div><div></div><div></div></div> (00) – NS/NR	<div><div></div><div></div></div> (00) – NS/NR	<div><div></div><div></div></div> (00) – NS/NR
19.7 Ele/ela transa ou já transou com? homens mulheres travesti/trans	(RM, Estimulada) ☐ S ☐ N ☐ NS/NR ☐ S ☐ N ☐ NS/NR ☐ S ☐ N ☐ NS/NR	(RM, Estimulada) ☐ S ☐ N ☐ NS/NR ☐ S ☐ N ☐ NS/NR ☐ S ☐ N ☐ NS/NR	(RM, Estimulada) ☐ S ☐ N ☐ NS/NR ☐ S ☐ N ☐ NS/NR ☐ S ☐ N ☐ NS/NR
19.8 Qual é a cor da pele / raça dele/a ? (1) indígena (2) amarela (3) parda (4) preta (5) branca (9) NS/NR	☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 3 ☐ 9	☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 3 ☐ 9	☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 3 ☐ 9
19.9 Onde você conheceu este parceiro? (RU, espontânea) (1) internet (2) bar/boteco/ lanchonete. (3) boate (4) Rua/Praça (5) Banheiro publico (6) Sauna/Cinemão/ Clube de Sexo/Darkroom / Sexshop (7) Trabalho/Escola /Faculdade/Igreja (8) Casa de amigos (9) Academia (10) Parque (11) Shopping/Lojas (12) Outro: (99) NS/NR	☐ 1 ☐ 5 ☐ 9 ☐ 2 ☐ 6 ☐ 10 ☐ 3 ☐ 7 ☐ 11 ☐ 4 ☐ 8 ☐ 12 Qual outro? <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	☐ 1 ☐ 5 ☐ 9 ☐ 2 ☐ 6 ☐ 10 ☐ 3 ☐ 7 ☐ 11 ☐ 4 ☐ 8 ☐ 12 Qual outro? <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	☐ 1 ☐ 5 ☐ 9 ☐ 2 ☐ 6 ☐ 10 ☐ 3 ☐ 7 ☐ 11 ☐ 4 ☐ 8 ☐ 12 Qual outro? <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

Id

5907108583

	Parceiro 1	Parceiro 2	Parceiro 3
19.10 Na última vez onde vocês transaram? (1) na minha casa (2) na casa dele (3) na casa de amigos (4) sauna/cinema/ clube de sexo/ darkroom/ sex Shop (5) na rua/ praça parque/carro em espaço público/ banheiro público (6) na boate (7) no hotel/ motel drive (8) Outro: (9) NS/NR	<div> ☐ 1 ☐ 4 ☐ 7 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 8 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 9 </div> <div>Qual outro?</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div> ☐ 1 ☐ 4 ☐ 7 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 8 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 9 </div> <div>Qual outro?</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div> ☐ 1 ☐ 4 ☐ 7 ☐ 2 ☐ 5 ☐ 8 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 9 </div> <div>Qual outro?</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
19.11 Na sua última relação sexual você usou camisinha? (S) Sim (N) Não (9) NS/NR	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>
19.12 Na última vez, você fez sexo anal ativo com ele/a? (S) sim (N) não (pule p/ 19.14) (9) NS/NR	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>
19.13 Você usou camisinha do começo ao fim ao fazer sexo anal ativo com ele/a? (S) sim (N) não (9) NS/NR	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>
19.14 Você fez sexo anal passivo com ele/a? (S) sim (N) não (pule p/ 19.16) (9) NS/NR	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>	<div> ☐ S ☐ N ☐ 9 </div>

19.15. Você usou camisinha do começo ao fim ao fazer sexo anal passivo com ele/a? (S) sim (N) não (9) NS/NR	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9
19.16 Você fez sexo oral com ele/ela? (S) sim (N) não (9) NS/NR	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9
19.17 Teve ejaculação na boca sem camisinha neste último encontro? (S) sim (N) não (9) NS/NR	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9
19.18 Você ou seu (sua) parceiro (a) estava usando álcool, droga ou algum medicamento para ereção ou para aids? (S) sim (N) não (pule p/ 20) (9) NS/NR	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9	☐ S ☐ N ☐ 9
19.19. Quem? (V) Você (O) Ele/ela (A) Ambos / Vocês dois (9) NS/NR	☐ V ☐ A ☐ O ☐ 9	☐ V ☐ A ☐ O ☐ 9	☐ V ☐ A ☐ O ☐ 9
19.20 O que você usou?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
19.21 O que Ele/ela usou?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>

3) Atitudes e Percepções sobre Sexo Seguro

Leia as alternativas abaixo. Se o participante mostrar dificuldade em responder a este tipo de pergunta, insista e esclareça que ele deve basear-se em sua experiência na maior parte das vezes.

Com base na sua experiência, na maior parte das vezes indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações. (RM, estimulada)

	Discordo inteiramente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo inteiramente	NS/NR
	1	2	3	4	9
20. Acho difícil dizer para o parceiro ocasional que quero fazer sexo com camisinha.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
21. Sou capaz de evitar comportamento que me ponha em risco de pegar o HIV.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
22. Acho difícil transar com camisinha com uma pessoa por quem eu esteja apaixonado/a	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
23. Acho difícil transar com camisinha quando bebo ou uso alguma droga.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
24. Estou menos preocupado sobre ter sexo anal sem camisinha agora que tem tratamento para aids	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
25. Alguém pode me levar a transar sem camisinha me convencendo que é HIV-negativo.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
26. Tenho certeza que eu vou transar com camisinha mesmo que a outra pessoa não queira.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
27. Transar sem camisinha dá medo e aumenta o tesão	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				

	Discordo inteiramente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo inteiramente	Recusa Responder
	1	2	3	4	9
28. É fácil manter o uso do preservativo em uma relação estável	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				
29. Abro mão de usar camisinha se a outra pessoa não pedir pra usar	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9				

4) Percepção de risco

Leia as alternativas abaixo. Se o participante mostrar-se com dúvidas diante da pergunta, explique que queremos saber sua opinião e percepção em relação às chances de pegar o vírus HIV em relações sexuais.

30. De um modo geral você acha que o risco de pegar o HIV nas relações homossexuais é? (RU, estimulada)

- ☐ grande
☐ moderado
☐ pequeno
☐ nenhum
☐ NS/NR

31. De um modo geral você acha que o risco de pegar o HIV nas relações heterossexuais é? (RU, estimulada)

- ☐ grande
☐ moderado
☐ pequeno
☐ nenhum
☐ NS/NR

32. Aproximadamente quantas pessoas você conhece soropositivas para o HIV? [RU, estimulada]

- ☐ Muitas
☐ Poucas
☐ Nenhuma
☐ NS/NR

33. Quantas pessoas que você conhece tiveram diagnóstico positivo para HIV no último ano? [RU, espontânea]

--	--

Recusou-se a responder

☐ sim ☐ não

34. Você faria sexo com uma pessoa sabidamente infectada pelo HIV? [RU, Espontânea]

☐ sim

☐ não

☐ Recusou-se a responder

5) Estigma e discriminação

35. Você já assumiu sua sexualidade para alguém? (RU, espontânea)

☐ Sim

☐ Não (pule p/ 36)

☐ NS/NR

35.1 Se SIM, você assumiu para: (RM, Estimulada)

Familiares	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Amigos	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Colegas de trabalho	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Colegas de escola faculdade	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Profissionais de saúde	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR

Id

--	--	--	--

0151108589

Questão 36 excluída

Leia cada um dos itens do quadro abaixo

37. Devido à sua sexualidade você já sofreu alguma discriminação das que vou ler? (RU, estimulada)

37.1 não ser selecionado(a) ou ser demitido(a) do emprego	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.2 ser mal atendido ou ser impedido de entrar em comércio/locais de lazer	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.3 ser mal atendido(a) em serviços de saúde ou por profissionais de saúde	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.4 ser maltratado ou marginalizado(a) por professores ou colegas na escola/ faculdade	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.5 ser excluído(a) ou marginalizado(a) de grupo de amigos ou vizinhos	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.6 ser excluído(a) ou marginalizado(a) em um ambiente familiar	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.7 ser excluído(a) ou marginalizado(a) em ambiente religioso	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.8 ser impedido de doar sangue	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.9 ser maltratado por policiais ou ter sido mal atendido em delegacias	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.10 ser mal atendido(a) ou mal tratado em serviços públicos, como albergues, subprefeituras, transporte ou banheiros públicos	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
37.11 ser excluído ou maltratado por motivos religiosos (em função da religião da outra pessoa)	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR

Leia cada um dos itens do quadro abaixo

38. Devido à sua sexualidade você já sofreu alguma agressão das que vou ler? (RU, Estimulada)

38.1 Agressão física	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
38.2 Agressão verbal (xingamento)	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
38.3 Ameaça de agressão	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
38.4 "Boa noite, cinderela"	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
38.5 Violência sexual	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
38.6 Chantagem ou extorsão	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR
38.7 Constrangimento no trabalho	☐ Sim ☐ Não ☐ NS/NR

6) Acesso a Prevenção e Cuidados

39. Qual é a sua principal fonte de informação sobre HIV e AIDS? (RU, espontânea)

- ☐ amigo / parente
☐ parceiro sexual
☐ educador
☐ TV
☐ jornais
☐ livros
☐ médicos
☐ pessoal do CTA
☐ material educativo gratuito
☐ folhetos que pego no posto de saúde
☐ internet
☐ educação em saúde na escola
☐ outro
☐ NS/NR

Se outro, qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

40. Você já viveu (ou passou) por alguma situação em que sentiu que poderia ter sido infectado pelo HIV? (RU, espontânea)

- ☐ sim
☐ não (se não, pular para 44)
☐ NS/NR

Id

--	--	--	--

2233108582

41. Nesta situação, o que aconteceu que o levou a achar que poderia ter se infectado? Escolha a alternativa que melhor descreve a situação que você viveu. (RU, Estimulada)

- ☐ Vocês se esqueceram de usar a camisinha
- ☐ Vocês estavam com muito tesão e nem pensaram em usar a camisinha
- ☐ Vocês estavam usando camisinha e ela se rompeu
- ☐ Você achou que seu parceiro poderia estar infectado pelo HIV
- ☐ Vocês não quiseram usar camisinha
- ☐ Não tinha camisinha na hora e no local
- ☐ outro
- ☐ NS/NR

Se outro, qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

42. O que você fez em função desta situação, procurou algum tipo de apoio? (RM, espontânea)

Foi ao serviço de saúde para se testar	☐ sim ☐ não															
Foi ao serviço de saúde para tomar medicação para prevenir infecção pelo HIV	☐ sim ☐ não															
Foi ao serviço de saúde para pedir orientação	☐ sim ☐ não															
Foi ao serviço de saúde para doar sangue e ser testado	☐ sim ☐ não															
Procurou amigos	☐ sim ☐ não															
Procurou família	☐ sim ☐ não															
Procurou uma ONG	☐ sim ☐ não															
Não fez nada - PULE PARA 44	☐ sim ☐ não															
NS/NR - PULE PARA 44	☐ sim ☐ não															
Outro	☐ sim ☐ não															
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																

Q43. Encontrou apoio? [RU, espontânea]

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ NS/NR

44. Você acredita que seria possível obter apoio de um serviço de saúde para conversar sobre as situações que o preocupam em relação à prevenção do HIV e encontrar formas de reduzir suas chances de se infectar? [RU, espontânea]

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ NS/NR

Q45. No último ano você recebeu gratuitamente camisinhas? (RU, Espontânea)

- ☐ sim
- ☐ não (pule para 47)
- ☐ NS/NR

Q46. No último ano, onde você recebeu gratuitamente camisinhas? [RM, espontânea]

Em um serviço público de saúde (CTA/Posto/Hospital)	☐ sim ☐ não
Em uma ONG	☐ sim ☐ não
Na escola	☐ sim ☐ não
Em bares, boates ou saunas	☐ sim ☐ não
Em outro lugar Qual? <div style="border: 1px solid black; display: flex; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	☐ sim ☐ não
NS/NR	☐ sim ☐ não

Q47. No último ano você recebeu gratuitamente gel lubrificante? [RU, espontânea]

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ NS/NR

Q48. No último ano com que frequência você usou camisinhas? [RU, estimulada].

- ☐ nunca
- ☐ às vezes, mas sem vontade
- ☐ às vezes, com vontade
- ☐ sempre, mas sem vontade
- ☐ sempre, com vontade
- ☐ NS/NR

Q49. No último ano você comprou camisinhas? [RU, espontânea]

- ☐ sim
☐ não
☐ NS/NR

49.1 De todas as camisinhas que você usa, qual a proporção que você compra? [RU, estimulada]

- ☐ Metade
☐ Mais que a metade
☐ Menos que a metade
☐ Todas
☐ NS/NR

Q50. Que formas de prevenção você utiliza? [RM, espontânea]

Abstinência sexual / Não transo com ninguém	☐ sim ☐ não															
Seleciono bem os meus parceiros	☐ sim ☐ não															
Opto por práticas de menor risco (sem penetração)	☐ sim ☐ não															
Faço apenas sexo oral	☐ sim ☐ não															
Redução do número de parceiros	☐ sim ☐ não															
Uso medicamentos para o tratamento do HIV após uma situação de exposição	☐ sim ☐ não															
Uso medicamentos para o tratamento do HIV antes de uma situação de exposição	☐ sim ☐ não															
Uso preservativo e/ou gel lubrificante	☐ sim ☐ não															
Sou fiel	☐ sim ☐ não															
Confio no meu/meus parceiro(s)	☐ sim ☐ não															
Faço teste de HIV regularmente	☐ sim ☐ não															
Nenhuma	☐ sim ☐ não															
Outra <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																☐ sim ☐ não
NS/NR	☐ sim ☐ não															

51. No ultimo ano você fez algum exame ou tratamento para DST? [RU, espontânea]

- ☐ sim
☐ não
☐ NS/NR

Se sim, qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Id

--	--	--	--

52. Quando você sai com intenção de transar, o que você faz? [RM, estimulada]

Pego camisinhas e/ou gel lubrificante	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Higiene pessoal: tomo banho, faço depilação e escovo os dentes, lavo o pênis	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Faço a chucha (higiene íntima) / enema / ducha	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Não como/não me alimento	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Tomo medicação para ereção (Viagra, Cialis, Levitra)	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Bebo/tomo um drinque	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Uso alguma droga ilícita, se mencionar registre qual: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Tomo medicação para o tratamento do HIV antes de sair	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Não tomo nenhum cuidado	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR
Outro. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	☐ sim ☐ não ☐ NS/NR

53. Você aceitaria participar de um estudo para testar uma vacina preventiva para o HIV? (RU, Espontânea)

- ☐ sim
☐ não
☐ não sei / talvez/ depende
☐ NS/NR

Depende de que?

Id

6167108582

7) Testagem para HIV

54. Em que locais você sabe que pode fazer o teste do HIV?
[RM, espontânea]

CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)	☐ sim ☐ não															
Na Rede Pública de Saúde (Posto/Hospital/Pronto Socorro, menos CTA)	☐ sim ☐ não															
Na doação de sangue	☐ sim ☐ não															
Na empresa onde trabalha	☐ sim ☐ não															
Em hospitais / laboratórios particulares	☐ sim ☐ não															
Em outros locais Quais? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																☐ sim ☐ não
NS/NR	☐ sim ☐ não															

55. Na sua opinião, o que dificulta com que os gays, outros homens que transam com homens e travestis façam o teste do HIV? [RU, espontânea]

não acham que estão em risco de ser infectados	☐ sim ☐ não															
não tem tempo	☐ sim ☐ não															
não sabem onde ir	☐ sim ☐ não															
não tem vontade de ir a uma clinica de testagem	☐ sim ☐ não															
tem medo de agulha	☐ sim ☐ não															
tem medo de ser visto no local do teste	☐ sim ☐ não															
tem medo que as pessoas pensem que quem está fazendo o teste seja HIV+	☐ sim ☐ não															
medo que os profissionais de saúde não sejam sigilosos	☐ sim ☐ não															
medo de serem discriminados se forem positivos	☐ sim ☐ não															
a espera pelo resultado pode ser dura	☐ sim ☐ não															
não adianta saber se é HIV+ por não ter cura	☐ sim ☐ não															
tem medo de saber que é positivo/tem medo da aids	☐ sim ☐ não															
não saberem como lidar com a doença, se positivos	☐ sim ☐ não															
Outro Qual? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																☐ sim ☐ não

56. Na sua opinião, o que facilita com que mais gays, outros homens que transam com homens e travestis façam o teste do HIV? [RU, espontânea]

o teste ser anônimo	☐ sim ☐ não															
ter mais Fique Sabendo	☐ sim ☐ não															
saber que o sigilo será mantido	☐ sim ☐ não															
maior divulgação de que existem testes grátis	☐ sim ☐ não															
uma atitude mais simpática do pessoal da saúde	☐ sim ☐ não															
ser aconselhado por um profissional de saúde	☐ sim ☐ não															
um ou mais amigos fazerem o teste	☐ sim ☐ não															
conhecer alguém que tem aids ou que morreu de aids	☐ sim ☐ não															
ter fácil acesso às medicações para a aids (coquetel)	☐ sim ☐ não															
não ser discriminado na sociedade por ter aids	☐ sim ☐ não															
aumento do conhecimento das pessoas sobre o HIV/aids	☐ sim ☐ não															
o teste ser feito de rotina nos serviços de saúde ou em intervenções médicas (check-up)	☐ sim ☐ não															
o teste ser exigido legalmente	☐ sim ☐ não															
ter o resultado no mesmo dia	☐ sim ☐ não															
não ter o resultado no mesmo dia	☐ sim ☐ não															
não precisar usar seringa para tirar o sangue	☐ sim ☐ não															
ter maior oportunidade/ser mais ofertado em locais públicos	☐ sim ☐ não															
maior amparo aos homossexuais, lei contra homofobia	☐ sim ☐ não															
NS/NR	☐ sim ☐ não															
Outro Qual? <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																☐ sim ☐ não

57. Quantas vezes você já fez o teste para o HIV? [RU, espontânea]

--	--	--

Q58. Qual foi a última vez que você se testou? [RU, espontânea]

Ano Mês

**59. Por que você fez este ultimo teste?
[RM, espontânea]**

Participei de campanha do governo (Ex.: Fique Sabendo).	☐ sim ☐ não
Por exigência do patrão / chefe	☐ sim ☐ não
Doei sangue somente para me testar	☐ sim ☐ não
Sou doador ou queria doar sangue	☐ sim ☐ não
por achar que tinha algum risco	☐ sim ☐ não
Por curiosidade	☐ sim ☐ não
Por rotina	☐ sim ☐ não
Porque meu/minha parceiro(a) pediu	☐ sim ☐ não
Porque meu/minha parceiro(a) está infectado(a) pelo HIV ou tem aids	☐ sim ☐ não
Por indicação médica	☐ sim ☐ não
Outro Qual? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	☐ sim ☐ não
NS/NR	☐ sim ☐ não

**60. Quando você fez o teste, você recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre como se cuidar e como se prevenir do HIV e/ou outras DST?
[RU, espontânea]**

- ☐ sim
☐ não
☐ NS/NR

61. Você foi buscar o resultado do teste? [RU, espontânea]

- ☐ sim
☐ não (Pule para 63)
☐ NS/NR

62. Por favor, você poderia nos contar qual foi o resultado em seu último teste? (RU, espontânea)

- ☐ positivo
☐ negativo
☐ indeterminado
☐ não quer contar o resultado
☐ NS/NR

Id

Estamos terminado, tenho só mais algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica.

63. Você faz algum trabalho remunerado? (RU, espontânea)

- ☐ sim (pule para 65)
- ☐ não
- ☐ NS/NR

64. Se NÃO TRABALHA, qual sua ocupação principal? [RU, estimulada]

- ☐ só estuda
- ☐ é aposentado
- ☐ cuida da casa (responda e pule para a 66)
- ☐ está desempregado (a)
- ☐ outro
- ☐ NS/NR

65. Se TRABALHA, qual é a sua ocupação principal? [RU, estimulada]

- ☐ funcionário(a) público(a)
- ☐ assalariado(a) com carteira assinada
- ☐ assalariado(a) sem carteira assinada
- ☐ conta própria regular (paga ISS)
- ☐ conta própria temporário
- ☐ autônomo universitário (profissional liberal)
- ☐ empregador (+ de 2 funcionários)
- ☐ auxiliar de família sem remuneração fixa/ diarista
- ☐ profissional do sexo/faz programa
- ☐ faz estágio remunerado
- ☐ NS/NR

☐ outras (anote)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

66. Quais destes itens existem em sua casa? E quantos?
(RM, estimulada)

Tv em cores	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Radio	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Banheiro	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Automóvel de passeio	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Empregada mensalista	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Maquina de lavar /	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Vídeo cassete/dvd	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Geladeira	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +
Freezer (independente ou parte da	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ou +

67. Grau de instrução do chefe da família. [RU, estimulada]

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
Analfabeto/ Primário incompleto /Analfabeto / até 3a série fundamental / até 3a série do 1o grau	0
Primário completo / Ginásio incompleto / Até 4a série Fundamental / Até 4a série do 1o grau / Até 4a série Fundamental / Até 4a série do 1o grau	1
Ginásio completo / Colegial incompleto / Fundamental completo / 1o grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto / Médio completo / 2o grau completo	3
Superior completo	4

"Terminamos a entrevista.

Obrigado pela sua colaboração

*Se o participante tiver concordado em fazer o teste de HIV:

Agora vou leva-lo para colher o teste em um local reservado.

Se o participante NÃO tiver concordado em fazer o teste de HIV:

Você tem certeza de que não quer realizar o teste?

68. O Voluntário permitiu a coleta?

☐ Sim

☐ Não

Id

--	--	--	--

0396108580

ANEXO 4: QUESTÕES UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

Bloco 1: Variáveis sociodemográficas

Variável	Questão
Idade	A. Qual sua data de nascimento?
Cor de pele	3. Qual é a sua cor de pele ou raça? (Indígena, Amarela, Parda, Preta, Branca, Outra, NS/NR)
Escolaridade	4. Até que ano você estudou?
Religião	6. Você pratica alguma religião?
Região de moradia	7. Onde você mora atualmente?
Classe econômica	Questões 66 e 67 - classificação da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado 2012 ^{xx}

Bloco 2: Sociabilização na comunidade gay, exposição da orientação sexual para outras pessoas

Variável	Questão
Identidade sexual	1. Com relação a sua sexualidade, com qual dessas categorias você mais se identifica? (Gay, Travesti, Transexual, Bissexual, Entendido, Homossexual, Heterossexual, Outros, NS/NR)
Já revelou a sexualidade para amigos	35. Você já assumiu a sexualidade para alguém? 35.1 Se SIM, você assumiu para: amigos
Já revelou a sexualidade para familiares	35. Você já assumiu a sexualidade para alguém? 35.1 Se SIM, você assumiu para: familiares
Já revelou a sexualidade para colegas de trabalho	35. Você já assumiu a sexualidade para alguém? 35.1 Se SIM, você assumiu para: colegas de trabalho
Já revelou a sexualidade para colegas de escola/faculdade	35. Você já assumiu a sexualidade para alguém? 35.1 Se SIM, você assumiu para: colegas de escola/faculdade
Exposição da orientação sexual a um profissional de saúde	Q35.1: Se sim [assumiu a sexualidade para alguém], você assumiu para: Profissionais de saúde
Frequência de visita na região central	8. Para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos, com que frequência você costuma vir a esta região? ("É a primeira vez", "Raramente/ a última vez faz mais de 6 meses", "Quase todo mês", "De 1 a 2 vezes por mês", "De 1 a 2 vezes por semana", "Quase todo dia/ todo dia", "NS/NR")
Com quem mora?	2. Com quem mora atualmente? ("Sozinho", "Com parceiro do sexo masculino", "Com parceira do sexo feminino", "Com parceira travesti", "Com amigos", "Com parentes", "NS/NR", "Outro")

Bloco 3: Experiência de discriminação em razão da orientação sexual

Variável	Questão
Discriminação em ambiente familiar	37. 6 ser excluído(a) ou marginalizado(a) em um ambiente familiar

^{xx} ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 21/10/2015.

Variável	Questão
Discriminação entre amigos e/ou vizinhos	37. 5 ser excluído(a) ou marginalizado(a) de grupo de amigos ou vizinhos
Discriminação no ambiente de trabalho/estudo	37. 4 ser maltratado ou marginalizado(a) por professores ou colegas na escola/faculdade 37. 1 não ser selecionado(a) ou ser demitido(a) do emprego
Discriminação em serviços públicos, comércio, lazer.	37. 2 ser mal atendido ou ser impedido de entrar em comércio/locais de lazer 37. 9 ser maltratado por policiais ou ter sido mal atendido em delegacias 37. 10 ser mal atendido(a) ou mal tratado em serviços públicos, como albergues, subprefeituras, transporte ou banheiros públicos
Discriminação por motivos religiosos	37. 7 ser excluído(a) ou marginalizado(a) em ambiente religioso 37. 11 ser excluído ou maltratado por motivos religiosos (em função da religião da outra pessoa)
Discriminação em serviços de saúde (em razão da orientação sexual)	37. 8 ser impedido de doar sangue 37. 3 ser mal atendido(a) em serviços de saúde ou por profissionais de saúde

Bloco 4: Opiniões e atitudes em relação ao HIV/Aids e ao teste anti-HIV

Variável	Questão
Faria sexo com pessoa soropositiva	34. Você faria sexo com uma pessoa sabidamente infectada pelo HIV?
O medo de ter aids dificulta fazer o teste	55. Na sua opinião, o que dificulta com que os gays, outros homens que transam com homens e travestis façam o teste de HIV? (resp: medo do resultado)
O medo de se expor dificulta fazer o teste	55. Na sua opinião, o que dificulta com que os gays, outros homens que transam com homens e travestis façam o teste de HIV? (resp: medo de se expor)

Bloco 5: Percepção risco de infecção pelo HIV

Variável	Questão
Já achou que poderia ter se infectado?	40. Você já viveu (ou passou) por alguma situação em que sentiu que poderia ter sido infectado pelo HIV?
Conhece pessoa soropositiva para o HIV	32. Aproximadamente quantas pessoas você conhece soropositivas para o HIV? (muitas, poucas, nenhuma)

Bloco 6: Estratégias de prevenção adotadas

Variável	Questão
Nenhuma	50. Quer formas de prevenção você utiliza? (permitia múltiplas respostas) 50.12 Nenhuma
Abstinência, monogamia ou redução do número de parceiros	50. Quer formas de prevenção você utiliza? (permitia múltiplas respostas) 50.1 Abstinência sexual / não transo com ninguém 50.5 Redução do número de parceiros 50.9 Sou fiel

Variável	Questão
Práticas de redução de risco (seleção de parceiros, confia nos parceiros, não faz sexo penetrativo)	50. Quer formas de prevenção você utiliza? (permitia múltiplas respostas) 50.2 Selecciono bem os meus parceiros 50.3 Opto por práticas de menor risco (sem penetração) 50.4 Faço apenas sexo oral 50.10 Confio no meu/meus parceiros(s)
Usa preservativo e/ou gel	50. Quer formas de prevenção você utiliza? (permitia múltiplas respostas) 50.8 Uso preservativo e/ou gel lubrificante
Utiliza PEP e/ou PrEP.	50. Quer formas de prevenção você utiliza? (permitia múltiplas respostas) 50.6 Uso medicamentos para o tratamento do HIV após uma situação de exposição Q50.7 UsaMedicaHivAntesSituacao

Bloco 7: Práticas sexuais

Variável	Questão
Número de parceiros	18. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 6 meses
Uso de preservativo x sexo anal x parceria a) Apenas parcerias casuais com sexo anal protegido b) Parcerias estáveis c/ ou s/ parcerias casuais com sexo anal protegido c) Parcerias casuais com sexo anal desprotegido com ou sem parcerias estáveis	19. Vamos falar dos seus três últimos parceiros sexuais? 19.2 Ele/Ela é: (homem, mulher, travesti/trans) 19.3 É/Era um relacionamento? (estável, ocasional, única vez) 19.12 Na última vez, você fez sexo anal ativo com ele/a? 19.13 Você usou camisinha do começo ao fim ao fazer sexo anal ativo com ele/a? 19.14 Você fez sexo anal passivo com ele/a? 19.15 Você usou camisinha do começo ao fim ao fazer sexo anal passivo com ele/a?

LATTES

Vera Silvia Facciolla Paiva

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D - CA SN - Saúde Coletiva e Nutrição

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8100923258337993>

Última atualização do currículo em 14/01/2016

Professora no Depto. de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP, onde leciona na graduação desde 1987. Na Pós-graduação é orientadora nos programas de Psicologia Social/IPUSP, Medicina Preventiva/FMUSP e Saúde Pública/FSPUSP. Livre-Docente em 2007, tem se dedicado à pesquisa psicossocial da desigualdade, das sexualidades e dos gêneros, e à inovação das práticas de saúde (prevenção e cuidado), em especial, no campo da Aids. No Conselho Federal de Psicologia, preside a Comissão Nacional de Direitos Humanos (2014-16). No Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH, Lei 12 986) representa a sociedade civil. Co-ordena o NEPAIDS-USP (Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS), grupo interdisciplinar que congrega desde 1991 professores de diversos programas de pós graduação na USP, em outras universidades e instituições públicas de pesquisa, alunos de graduação e pós graduação, dedicados ao ensino, extensão e pesquisa. De 2003-2007 foi pesquisadora e professora convidada no Social Medical Dept/ School of Public Health/ Columbia University (2003-04). Board da Association for the Social Sciences and Humanities in HIV (2013-15). Foi MacArthur Individual Grantee (1991-94) e Fogarty Fellow na Universidade da Califórnia-Berkeley e San Francisco, onde também fez pós-doutorado (1996-97). Com colegas do NEPAIDS tem desenvolvido extensa colaboração com os Programas Nacional, estaduais e municipais de Aids/SP. No plano internacional tem sido consultora junto às Nações Unidas (OMS, UNESCO, UNFPA e UNAIDS). Entre as universidades com quem desenvolve intercâmbio em ensino e pesquisa, destacam-se a Columbia University (Public Health) e a University of Southern California, a Universidade da Califórnia (Medicine-SF e Public Health-Berkeley), Harvard University (Public Health), Institut Pasteur/França (WAF). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Vera Silvia Facciolla Paiva
Nome em citações bibliográficas	PAIVA, V.; Paiva, Vera; PAIVA, V; PAIVA, Vera Silvia Facciolla

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Av Prof Mello Moares 1721 Cidade Universitária 05508-900 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30914184
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1994 - 1996	Doutorado em Fogarty Fellowship Training- Dpt of Epidemiology. University of California - Berkeley, UCB, Estados Unidos. com período sanduíche em Department of Epidemiology and Biostatistic - University of California (Orientador: Norman Hearst & Art Reingold).
--------------------	--

Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0562098222211675>

Última atualização do currículo em 29/08/2014

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1991), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2000) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente é professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: inquéritos populacionais, condições de vida e saúde, AIDS, cobertura vacinal e desigualdade sociais em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro
Nome em citações bibliográficas	RIBEIRO, M. C. S. A.; RIBEIRO, MANOEL CARLOS SAMPAIO DE ALMEIDA; DE ALMEIDA RIBEIRO, MANOEL CARLOS SAMPAIO; RIBEIRO, MANOEL CARLOS S.A.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Ensino. Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61 Santa Cecília 01221-020 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 32239922 URL da Homepage: http://www.santacasasp.org.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2002 - 2005	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Análise Multinível da Cobertura Vacinal no Município de São Paulo, Ano de obtenção: 2005. Orientador: Nelson da Cruz Gouveia. Palavras-chave: inquérito vacinal; Cobertura vacinal; Análise multinível. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1997 - 2000	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores na região metropolitana de São Paulo em 1994: Um levantamento de base populacional, Ano de Obtenção: 2000. Orientador: Paulo Rossi Menezes. Palavras-chave: acidente de trabalho. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva. Setores de atividade: Saúde Humana.
2000 - 2001	Especialização em Psicodrama.

Bruna Robba Lara

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3867467108700375>

Última atualização do currículo em 24/11/2014

Formada em Psicologia pela Universidade de São Paulo, com licenciatura em Psicologia. Mestrado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo. Membro do NEPAIDS (Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids). Área de pesquisa: dimensão psicossocial do processo saúde-doença no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Bruna Robba Lara
Nome em citações bibliográficas	LARA, Bruna Robba

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2007 - 2010	<p>Mestrado em Psicologia Social (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Uma abordagem psicossocial na promoção da saúde: refletindo criticamente sobre o processo de um grupo de apoio e discussão sobre peso e alimentação, Ano de Obtenção: 2010. Orientador: Vera Silvia Facciolla Paiva. Palavras-chave: promoção da saúde; Direitos Humanos; nutrição; Psicossocial; Vulnerabilidade. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia / Subárea: Psicologia Social.</p>
2002 - 2008	<p>Graduação em Psicologia - licenciatura. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.</p>
2002 - 2006	<p>Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.</p>
2002 - 2005	<p>Graduação em Psicologia - bacharel. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.</p>

Formação Complementar

2011 - 2011	<p>Violência (abuso) sexual. (Carga horária: 12h). Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP - USP.</p>
2011 - 2011	<p>V Curso de Conceitos de Psicofarmacologia. (Carga horária: 14h). Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP - USP.</p>
2011 - 2011	<p>Psicopatologia para equipes de saúde mental. (Carga horária: 14h). Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP - USP.</p>
2010 - 2010	<p>Extensão universitária em Escrita científico-qualitativa campo psicossocial. (Carga</p>