



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Maiara Medeiros Brum**

**Uso de preservativo em homens que fazem sexo  
com homens: história individual e práticas culturais**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutora em Doenças Tropicais

Orientadora: Profa. Dra Lenice do Rosário de Souza  
Coorientadora: Profa. Dra Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

**Botucatu  
2023**

Maiara Medeiros Brum

**Uso de preservativo em homens que fazem sexo  
com homens: história individual e práticas culturais**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutora em Doenças Tropicais

Orientadora: Profa. Dra. Lenice do Rosário de Souza  
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Botucatu  
2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Brum, Maiara Medeiros.

Uso de preservativo em homens que fazem sexo com homens :  
história individual e práticas culturais / Maiara Medeiros Brum.  
- Botucatu, 2023

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de  
Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Lenice do Rosário de Souza

Coorientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Capes: 70709050

1. Avaliação de comportamento. 2. Infecções por HIV. 3.  
Preservativos - Uso. 4. Sexo seguro para prevenção da AIDS. 5.  
Homossexualidade masculina.

Palavras-chave: Análise do comportamento; Homens que fazer sexo  
com homens; Infecção pelo HIV; Prevenção ao HIV; Uso de  
preservativo.

# Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os 120 participantes que contribuíram imensamente com um pouquinho de suas histórias, me escutaram e acreditaram no meu trabalho. Essa pesquisa é para vocês.

Aos meus pais **Geraldo Fialho Brum** e **Maria Leonidia Medeiros Brum**, sem o carinho, o amor e a confiança de vocês eu não teria chegado até aqui.

À minha melhor amiga, tia e “mãe” **Etelvina Helena Medeiros Queiroz**.

Ao meu parceiro de vida, de profissão e melhor amigo **Jurandyr Oliveira Brum**.

# Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha orientadora **Lenice do Rosário de Souza**. Obrigada por ter aceitado me orientar mesmo não me conhecendo e eu atuando em uma área distinta e de palavras difíceis. Por ter me ensinado tanto, mesmo eu estando distante e nem sempre podendo me reunir. Por ter tido paciência com meu jeito “perdida” e sem memória. Te admiro imensamente como pessoa e profissional. Muito obrigada!

À minha coorientadora **Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira**. Por todo conhecimento passado. Por todas ideias e orientações que transformaram minha pesquisa em algo muito maior do que achei que fosse capaz de fazer. Pela confiança, atenção e por todas as conversas que, pessoalmente ou não, me ajudaram muito!

A todos os **participantes da pesquisa**. Por terem aceitado participar e terem me possibilitado conversas agradabilíssimas. A todos que me indicavam outros participantes e sempre mantinham contato. Aos que davam ótimas ideias e sugestões. Aos que aceitaram conversar durante a pandemia. Aos que tiravam um tempinho no dia corrido. Obrigada pelos sorrisos e todos os ensinamentos.

Aos **funcionários do Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” (SAEI-DAM)**, que me acolheram e me ajudaram em diferentes momentos. Em especial a minha amiga **Elisa Ige Kusabara**, por toda atenção, orientação e carinho. Obrigada a todos!

Aos funcionários da pós-graduação, em especial a **Tatiane de Fátima Pineiz** e a **Márcia Fonseca Piagentini Cruz**, por toda ajuda e dúvidas tiradas ao telefone.

Ao professor e amigo **James Venturini**. Pelo pontapé inicial na busca pelo doutorado. Por todo apoio, atenção, paciência e ajuda com minhas dúvidas e pedidos de última hora no WhatsApp.

Ao professor **José Eduardo Corrente**, por toda ajuda e orientação com as análises estatísticas.

Ao meu companheiro, parceiro, marido, amigo de profissão e de vida, **Jurandyr de Oliveira Brum**. Por ter estado comigo em todas as etapas. Por escutar meus medos e angustias. Por dividir as alegrias de cada conquista. Pelas correções no texto e ajudas teóricas. Obrigada por toda contribuição. Você faz parte desse trabalho!

Aos meus pais, **Geraldo e Maria Leonidia**. Vocês são a base da minha formação e da minha força. Obrigada sempre!

## Epígrafe

“Uma cultura bem planejada é um conjunto de contingências de reforço, sob o qual os membros se comportam de acordo com os procedimentos que mantêm a cultura, capacitam-na a enfrentar emergências, e modificam-na de modo a realizar essas mesmas coisas mais eficientemente no futuro. Sacrifícios pessoais podem ser exemplos dramáticos do conflito de interesse entre o grupo e seus membros, mas são produtos de um mau planejamento. Sob melhores contingências, o comportamento que fortalece uma cultura pode ser altamente reforçador”

(B. F. Skinner)

## RESUMO

No Brasil, foram notificados, entre 2007 e junho de 2021, 266.360 novos casos de infecção pelo HIV em homens. Homens que fazem sexo com homens (HSH) estão entre as populações consideradas vulneráveis pela UNAIDS (2021). Apesar do preservativo ainda ser considerado uma das formas mais eficazes de prevenção da infecção pelo HIV, observa-se que o uso inconsistente do preservativo ainda é bastante comum para a população de HSH. A compreensão das variáveis dificultadoras ao uso do preservativo por HSH pode contribuir para melhor manejo terapêutico e planejamento de políticas públicas mais eficazes. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi identificar, a partir de relatos verbais, fatores que podem interferir no uso do preservativo entre HSH, sob a ótica da Análise do Comportamento. Foram entrevistados 120 HSH (60 sem a infecção - G1 e 60 vivendo com HIV - G2), usuários do Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia Domingos Alves Meira em Botucatu e a partir de convites efetuados em redes sociais e pela técnica de “bola de neve”. Para coleta dos dados foram utilizados um questionário elaborado pela própria pesquisadora e os instrumentos: *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), *Alcohol Use Disorder Identification Test* (Audit) e Escala de Apoio Social (EAS). Para a análise dos dados foram calculadas as frequências e percentagens das respostas, bem como a comparação entre os grupos (G1 e G2) através do teste qui-quadrado. Do total de 120 HSH participantes, 79% referiram não ter dificuldade para solicitar o uso do preservativo a seus parceiros e 75% relataram não ter usado preservativos em todas as relações sexuais (sexo anal) nos últimos seis meses. Destaca-se maior número de participantes do G2 que relatou não saber o resultado de teste para pesquisa de HIV de todos os parceiros ( $p=0,0004$ ). Quanto a diminuir a frequência ou interromper o uso, 81% relataram ter essas práticas em relacionamentos fixos, sendo essa prática mais frequente entre os participantes do G1 ( $p = 0,0107$ ). Quando questionados sobre os motivos para o não uso do preservativo destacaram-se: confiança no parceiro (61%), prazer momentâneo (35%), fazer

apenas sexo oral (25%). Em relação aos conhecimentos acerca da infecção pelo HIV/aids, 64% dos participantes acertaram entre 31 e 35 questões. Ao se investigar a relação entre o uso inconsistente do preservativo e os resultados dos instrumentos, observou-se que entre os participantes do G1 houve um maior uso inconsistente do preservativo entre aqueles que apresentaram consumo de risco para dependência de álcool ( $p = 0,0270$ ), provável sofrimento mental ( $p = 0,0358$ ), bem como para os que demonstravam maior percepção de apoio social – pontuações  $\geq 79$ : 84,2% de uso inconsistente ( $p=0,0127$ ). Os dados aqui encontrados sugerem que não há para essa população correspondência dizer-fazer, ou seja, falar sobre o uso do preservativo não implica na alteração do comportamento de usá-lo. O que mantém o uso inconsistente é o prazer (consequência imediata) e não a possibilidade de prevenção (consequência a longo prazo). Neste sentido, a regra provavelmente estabelecida por esta população é “Confio no meu parceiro, não preciso usar o preservativo”, o que inviabiliza o autocontrole para a escolha pela consequência a longo prazo. Quanto aos participantes do G1 é provável que exista para estes uma nova percepção sobre o HIV e a aids enquanto uma doença mais branda e facilmente controlável, e consequentemente com menor probabilidade de contaminação. Deste modo, acredita-se que políticas públicas de prevenção devem focalizar não apenas no uso do preservativo, mas também em ações que promovam um contexto que facilite o estabelecimento de práticas sexuais seguras.

**Palavras-chave:** Infecção pelo HIV, homens que fazer sexo com homens, prevenção ao HIV, uso de preservativo, análise do comportamento.

## **ABSTRACT**

In Brazil, 266,360 new cases of HIV infection in men were reported between 2007 and June 2021. Men who have sex with men (MSM) are among the populations considered vulnerable by UNAIDS (2021). Although condoms are still considered one of the most effective ways to prevent HIV infection, it is observed that the inconsistent condom use is still quite common for the MSM population. Understanding the variables that hinder condom use by MSM may contribute to better therapeutic management and planning of more effective public policies. In this sense, the aim of this study was to identify, from verbal reports, factors that may interfere with condom use among MSM, from the perspective of Behavior Analysis. We interviewed 120 MSM (60 uninfected - G1 and 60 living with HIV - G2), users of the Domingos Alves Meira Infectious Diseases Outpatient Clinic in Botucatu and from invitations made in social networks and by the snowball technique. For data collection, a questionnaire prepared by the researcher herself and the instruments were used: Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit) and Social Support Scale (SAS). For the data analysis the frequencies and percentages of the answers were calculated, as well as the comparison between the groups (G1 and G2) through the chi-square test. From the total of 120 MSM participants, 79% reported having no difficulty in asking their partners to use condoms, and 75% reported not having used condoms in all sexual intercourse (anal sex) in the last six months. We highlight the higher number of G2 participants who reported not knowing the HIV test results of all partners ( $p=0.0004$ ). As for reducing the frequency or discontinuing the use, 81% reported having these practices in regular relationships, and this practice was more frequent among G1 participants ( $p = 0.0107$ ). When asked about the reasons for not using condoms, the main ones were: trust in the partner (61%), momentary pleasure (35%), and only

performing oral sex (25%). Regarding knowledge about HIV/AIDS infection, 64% of the participants answered between 31 and 35 questions. When investigating the relationship between inconsistent condom use and instrument scores, it was observed that among G1 participants there was a higher inconsistent condom use among those who presented risk consumption for alcohol dependence ( $p = 0.0270$ ), probable mental distress ( $p = 0.0358$ ), as well as for those who demonstrated higher perceived social support - scores  $\geq 79$ : 84.2% inconsistent use ( $p=0.0127$ ). The data found here suggest that for this population there is no say-do correspondence, i.e., talking about condom use does not imply a change in the behavior of using it. What keeps use inconsistent is pleasure (immediate consequence) and not the possibility of prevention (long-term consequence). In this sense, the rule probably established by this population is "I trust my partner, I don't need to use a condom", which makes self-control to choose the long-term consequence impossible. As for the G1 participants, it is likely that they have a new perception of HIV and AIDS as a milder and more easily controllable disease, and consequently less likely to be infected. Thus, it is believed that public policies for prevention should focus not only on condom use, but also on actions that promote a context that facilitates the establishment of safe sex practices.

**Keywords:** HIV infection, men who have sex with men, HIV prevention, condom use, behavior analysis.



## **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Relação de 25 estudos sobre fatores associados ao uso consistente ou inconsistente do preservativo na população de homens que fazem sexo com homens (HSH)..... | 29 |
| Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes investigadas.....                                                                                                        | 44 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Comparação das características sociodemográficas entre as parcelas de participantes que realizaram as entrevistas de maneira presencial e online. Botucatu, 2023.....                                                      | 47 |
| Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.....                                                                                                     | 49 |
| Tabela 3 – Caracterização dos comportamentos sociais e busca de apoio dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.....                                                                          | 50 |
| Tabela 4 – Caracterização dos comportamentos de busca por serviços de saúde dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.....                                                                    | 51 |
| Tabela 5 – Caracterização dos comportamentos relacionados às práticas sexuais dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.....                                                                  | 52 |
| Tabela 6 – Caracterização dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto ao comportamento de uso do preservativo em diferentes práticas sexuais. Botucatu, 2023.....                                                                | 53 |
| Tabela 7 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto aos motivos relacionados ao não uso ou baixa frequência de uso do preservativo. Botucatu, 2023.....                                                          | 54 |
| Tabela 8 – Caracterização dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto a dificuldade para o uso do preservativo segundo o local para relações sexuais. Botucatu, 2023.....                                                        | 56 |
| Tabela 9 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto aos acertos sobre os conhecimentos acerca de HIV e aids. Botucatu, 2023.....                                                                                 | 57 |
| Tabela 10 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto aos acertos sobre os conhecimentos acerca de HIV e aids e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023..... | 58 |
| Tabela 11 – Comparação entre os grupos G1 e G2, quanto aos acertos sobre os conhecimentos acerca de HIV e aids e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.....                    | 58 |
| Tabela 12 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto as pontuações no AUDIT e SRQ-20. Botucatu, 2023.....                                                                                                        | 59 |
| Tabela 13 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto às pontuações no AUDIT e SRQ-20 e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.....                         | 59 |
| Tabela 14 – Comparação entre os grupos G1 e G2, quanto às pontuações no AUDIT e SRQ-20 e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.....                                            | 60 |

|                                                                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 15 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto as pontuações na Escala de Apoio Social. Botucatu, 2023.....                                                                                 | 60 |
| Tabela 16 – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens,, quanto as pontuações na Escala de Apoio Social e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023..... | 61 |
| Tabela 17 – Comparação entre os grupos G1 e G2, quanto as pontuações na Escala de Apoio Social e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.....                     | 62 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças

GRID - *Gay-related Immune Deficient ou gay compromise syndrome*

HSH - Homens que faziam sexo com homens

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST e AIDS

ARV - Antirretrovirais

AZT - Zidovudina

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PreP - Profilaxia Pré-Exposição

SUS - Sistema Único de Saúde

ILGA - *The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex Association*

LGBTI+ - População lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual e intersexual

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Sinam - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

EUA - Estados Unidos da América

RDS - *Respondent-Driven Sampling*

NA - Não se aplica

SAEI-DAM - Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira”

G1 - Grupo 1: 60 HSH sem infecção pelo HIV.

G2 - Grupo 2: 60 HSH que vivem com HIV

FAMESP - Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

HCFMB - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

DRS VI - Departamento Regional de Saúde VI – Bauru

TARV - Tratamento antirretroviral

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SRQ-20 - *Self Reporting Questionnaire*

TMC - Transtorno Mental Comum

AUDIT - *Alcohol Use Disorder Identification Test*

EAS - Escala de Apoio Social

MOS - *Medical Outcome Study*

FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu

COA - Centro de Orientação e Aconselhamento

## SUMÁRIO

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introdução.....</b>                                                     | <b>14</b> |
| 1.1 – HIV/aids: aspectos históricos da epidemia no Brasil e no Mundo.....     | 14        |
| 1.2 – Políticas públicas e prevenção ao HIV/aids em HSH.....                  | 17        |
| 1.3 – Sexualidade, orientação sexual e homossexualidade.....                  | 19        |
| 1.4 – Análise do Comportamento, Sexualidade e Práticas Culturais.....         | 22        |
| 1.5 – Autocontrole e autoconhecimento.....                                    | 26        |
| 1.6 – Fatores que interferem no uso e não uso de preservativos entre HSH..... | 29        |
| <b>2. Justificativa e originalidade do estudo.....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>3. Objetivos.....</b>                                                      | <b>38</b> |
| <b>4. Delineamento do Estudo e Método.....</b>                                | <b>39</b> |
| 4.1 - Participantes e critérios de inclusão.....                              | 39        |
| 4.2 - Desenho e campo de estudo.....                                          | 39        |
| 4.3 - Procedimentos e coleta de dados.....                                    | 40        |
| 4.4 - Instrumentos para coleta de dados.....                                  | 41        |
| 4.5 - Análise dos Resultados.....                                             | 43        |
| 4.6 - Procedimentos Éticos.....                                               | 45        |
| <b>5. Resultados.....</b>                                                     | <b>46</b> |
| <b>6. Discussão.....</b>                                                      | <b>64</b> |
| <b>7. Considerações Finais.....</b>                                           | <b>73</b> |
| <b>Referências.....</b>                                                       | <b>76</b> |
| <b>Anexos.....</b>                                                            | <b>84</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 – HIV/aids: aspectos históricos da epidemia no Brasil e no Mundo

Os primeiros casos de aids foram identificados nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central entre os anos de 1977 e 1978<sup>1</sup>. Entretanto, a primeira comunicação oficial sobre casos de imunodeficiência adquirida em homens homossexuais somente ocorreu em junho de 1981 no boletim *Morbidity and Mortality Weekly Report* dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de Atlanta, nos Estados Unidos da América. O anúncio foi feito pelo médico Michael Gottlieb em parceria com Joel Weisman e Wayne Shandera. Os três médicos vinham observando quadros semelhantes de evidências de falhas no sistema imunológico de seus pacientes<sup>2</sup>.

Ainda no mesmo ano, os epidemiologistas dos CDC concluíram que o agente causal da doença era infeccioso e transmitido por via sexual, e acreditavam ser mais facilmente transmissível entre homossexuais<sup>2</sup>. Laurindo-Teodorescu e Teixeira<sup>2</sup> apontaram que no ano anterior, 1980, haviam sido detectados casos de imunodepressão com pneumocistose grave em homossexuais na cidade de Nova York e, em abril de 1981, foram observados outros 14 casos da mesma doença. Entretanto, nem todos eram homossexuais, mas todos eram usuários de heroína injetável.

Em janeiro de 1982, o CDC notificou um caso de aids em um hemofílico e em pessoas dependentes de heroína e ao final do mesmo ano havia mais oito casos<sup>2</sup>. Ainda em 1982, segundo os autores, foram notificados 20 casos de pacientes provenientes do Haiti com a síndrome que, em sua maioria, negavam relação homossexual ou uso de drogas injetáveis. Tendo em vista que a maior parte dos casos nos Estados Unidos da América era observada entre homossexuais, haitianos, pessoas dependentes de heroína e hemofílicos, a doença começou a

ser descrita pelos norte-americanos como “doença dos quatro H”<sup>3</sup>. Passou-se a utilizar, então, o conceito de “grupos de risco” para se referir às pessoas que possuíam tais características<sup>4</sup>.

O conceito de grupo de risco colaborou para o aumento do preconceito e estigma a estas populações, bem como para o desprezo de fatores socioculturais relacionados à doença<sup>4</sup>. Antes de se adotar a sigla AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) oficialmente em 1982, a síndrome recebeu diferentes nomes como: *gay pneumonie*, *gay cancer*, GRID (*Gay-related Immune Deficient*) ou *gay compromise syndrome*<sup>2</sup>.

No Brasil, os primeiros casos da doença foram notificados também na década de 1980. Galvão<sup>3</sup> relatou em seu livro que o Jornal do Brasil apresentou, em 1981, reportagem sobre o “câncer em homossexuais”, que começava a ser pesquisado nos Estados Unidos. Segundo a autora, a mídia era a principal responsável pela divulgação de informações sobre a doença, sem qualquer respaldo de ações governamentais ou de autoridades da área da saúde no país para melhor esclarecimento sobre a mesma. Ainda, segundo a mesma autora, somente em 1985 o governo federal reconheceu oficialmente a epidemia, após centenas de casos de aids já detectados no país, e em maio daquele ano foi criado o Programa Nacional de Aids que estabelecia as primeiras diretrizes para o enfrentamento da pandemia. Ainda em agosto de 1985 foi criado o primeiro sistema oficial de vigilância epidemiológica em aids<sup>5</sup>.

Dos Anjos<sup>5</sup> relatou que, também no Brasil, o grupo de homens que faziam sexo com homens (HSH) destacou-se entre os mais atingidos pela infecção nas primeiras décadas da pandemia, o que reforçou a visão estigmatizante da aids como a “doença homossexual”, o que perdurou por muito tempo na resposta do país frente à epidemia. Cabe aqui destacar que a denominação homens que fazem sexo com homens (HSH) tem sido a mais utilizada para se referenciar a esta população, em estudos da área, por ser um termo que abrange tanto homossexuais, bissexuais e mesmo outros homens que não se incluem em nenhuma dessas categorias<sup>6</sup>.

O estigma e o medo instaurado nessa população, nos anos iniciais da pandemia, foram responsáveis pela mudança de comportamento entre HSH fazendo com que assumissem práticas sexuais mais seguras. Como consequência, a partir dos anos 2000, notou-se aumento do número de casos novos de infecção pelo HIV entre heterossexuais, bem como a feminização da epidemia<sup>7</sup>.

Esse quadro começou a mudar a partir de 2009, quando se notou diminuição no número de novos casos entre mulheres<sup>8</sup>. O Boletim Epidemiológico – HIV/Aids de 2012, descreveu que a população de HSH apresentou crescimento no número de novos casos entre os anos de 2005 e 2011<sup>9</sup>. O crescimento foi de 7,0% no número de casos nesse período, enquanto entre homens heterossexuais observou-se queda de 18,0%. O aumento da incidência de novas infecções e casos de aids entre a população de HSH está descrito em todos os boletins subsequentes, sendo que, em 2014, a incidência de novas infecções passou a ser de 18 homens para cada 10 mulheres, e, em 2016, a relação de novos casos passou a ser de 22 homens para cada 10 mulheres<sup>10</sup>.

O número de casos de infecção entre homens seguiu e segue aumentando. Dados do Boletim de 2021, no período de 2007 a junho de 2021, foram notificados 381.793 casos de infecção pelo HIV, sendo 266.360 (69,8%) em homens e 115.333 (30,2%) em mulheres. No ano de 2020, a razão entre os sexos foi de 28 homens para cada 10 mulheres<sup>11</sup>. Esse Boletim ainda destacou uma provável subnotificação de casos de infecção pelo HIV e aids no Brasil causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia da covid-19. O relatório da UNAIDS de 2021 aponta como populações mais vulneráveis à infecção, os usuários de drogas injetáveis (risco 35 vezes maior do que em não usuários); mulheres transexuais (risco 34 vezes maior do que em outras mulheres); mulheres profissionais do sexo (risco 26 vezes maior do que em outras mulheres) e homens *gays* e outros HSH (risco 25 vezes maior do que em outros homens)<sup>12</sup>.

## **1.2 – Políticas públicas e prevenção ao HIV/aids em HSH**

Apesar de não existir uma definição única para o conceito de políticas públicas, estas podem ser entendidas como um conjunto de atividades governamentais com objetivos específicos a fim de solucionar, diminuir ou prevenir um problema público. Trata-se de uma ação do Estado, que pode ter parcerias com outras entidades públicas ou privadas, estabelecida a partir de alguma necessidade coletiva e que têm por objetivo promover o bem comum ou diminuir uma desigualdade social de determinado grupo ou segmento da sociedade<sup>13</sup>.

Segundo Sampaio e Araújo Jr.<sup>14</sup>, as políticas públicas podem ou não ser subsidiadas e implementadas pelo Estado contanto que atendam a interesses públicos. Ainda segundo esses autores, tais ações, muitas vezes, não conseguem e nem têm por objetivo eliminar o conflito ou questão social, mas têm como papel principal ampliar e efetivar direitos de cidadania, promovendo para a sociedade um contexto que evite novos problemas e uma melhor condição de vida. Nesse sentido, essas ações devem ser contínuas e ter a participação de diferentes segmentos sociais<sup>15</sup>.

No Brasil, as políticas públicas referentes ao HIV/aids tiveram sua principal fase nos anos de 1990. Naquele momento, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONG), até mesmo entidades religiosas e outras parcelas da sociedade tiveram papel fundamental na implementação dessas políticas e na luta pelos direitos das populações mais atingidas<sup>16</sup>. Entretanto, desde o início da doença, conforme foram surgindo novos casos, iniciativas de políticas públicas eram elaboradas. O Ministério da Saúde começou a vincular campanhas divulgando formas de prevenção à doença em 1985 e no ano seguinte criou o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS)<sup>17</sup>. Villarinho et al.<sup>17</sup> apontam que o programa passou a ter reconhecimento mundial em 2003 tanto pela oferta universal e gratuita

dos medicamentos antirretrovirais (ARV) quanto pela articulação com movimentos sociais e comunidade científica.

Ainda em 1986, a Portaria número 1.100 de 24 maio incluiu a aids na relação de notificação compulsória no país e, em 1987, é colocada em prática a Comissão Nacional de Aids. Em 1991 o Ministério da Saúde iniciou a distribuição gratuita de antirretrovirais<sup>18</sup> e em 1993 o Brasil passou a fabricar a zidovudina (AZT) e, em seguida, outros medicamentos<sup>19</sup>. No ano de 1996 foi promulgada a Lei número 9.313 que garantia oferta de medicamentos a todas as pessoas vivendo com HIV no Brasil<sup>20</sup>.

Sabe-se que a adesão ao tratamento antirretroviral tem como consequência a diminuição da replicação do HIV, que na prática clínica é verificada pela determinação da carga viral plasmática do vírus, cujo objetivo é alcançar níveis indetectáveis. O conhecimento de que estar indetectável é igual a intransmissível foi publicado pela UNAIDS em 2018, após os resultados de três grandes estudos sobre transmissão sexual<sup>12</sup>. Os estudos foram realizados entre os anos de 2007 e 2016, com milhares de casais (homossexuais e heterossexuais) em que um parceiro vivia com HIV e estava em tratamento e o outro não tinha o vírus, não ocorrendo transmissão pelo parceiro com carga viral suprimida<sup>12</sup>.

Atualmente, além do tratamento da infecção pelo HIV, há também a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que consiste na tomada de medicamentos após a exposição sexual, durante 28 dias, e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais antes mesmo da exposição sexual ao vírus<sup>21</sup>, todos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambas profilaxias são parte de uma tecnologia do conjunto de estratégias de Prevenção Combinada para o risco de infecção pelo HIV, sendo a PEP iniciada em 1999. Esta é recomendada para situações de exposições de risco, tais como, violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato

direto com material biológico)<sup>21</sup>. Já a implementação da PrEP ocorreu em 2017, de modo gradual em todo o país. São consideradas populações alvo para uso da PrEP: *gays* e outros HSH, pessoas transexuais e trabalhadores do sexo<sup>21</sup>.

Entretanto, apesar dos esforços, ainda se observa um significativo aumento do número de infecções nas populações-chave (usuários de drogas injetáveis, mulheres trans, mulheres profissionais do sexo e homens *gays* e outros HSH) o que pode sinalizar retrocessos no campo das ações governamentais e, conseqüentemente, das políticas públicas. Segundo Agostini et al<sup>22</sup>, os desafios às estratégias de enfrentamento à epidemia já não se restringem a questões econômicas. O contexto atual traz uma discussão de valores e interesses políticos que colocam em foco temas como uma suposta “ideologia de gênero” que promovem recuos frente a tantos avanços conseguidos até aqui. Ainda segundo os autores, um exemplo desse retrocesso foi a campanha do carnaval de 2019, que excluiu qualquer referência às pessoas transexuais, *gays* e outros homens que fazem sexo com homens.

O cenário atual ainda piora com a censura de materiais informativos sobre HIV/aids para populações transexuais e para adolescentes, o fim do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, além de outras ações que atingem diretamente políticas de seguridade social e conseqüentemente pessoas mais vulneráveis vivendo com HIV<sup>17</sup>. Neste sentido, segundo Agostini et al<sup>22</sup> ainda são muitos os desafios e lacunas a serem superados na formulação e estabelecimento de políticas públicas para HIV/aids no Brasil.

### **1.3 – Sexualidade, orientação sexual e homossexualidade**

Questões relativas à sexualidade tendem a provocar uma necessidade nas pessoas em se posicionarem, seja para concordar, discordar ou mesmo reprimir seus sentimentos em relação ao tema<sup>23</sup>. Segundo Foucault<sup>24</sup> ainda que sempre estejam associados ao momento sócio-

histórico em que se encontram, é comum que discursos sobre a sexualidade tentem normatizar as práticas sexuais segundo os padrões vigentes, pois controlar o corpo e a sexualidade é também uma forma de exercer, ou tentar exercer o controle social e político. Deste modo, é impossível pensar sobre a sexualidade sem considerar as questões sociais, culturais, religiosas e psicológicas do momento em questão<sup>23</sup>.

Sexualidade é um conceito complexo e muito mais abrangente do que as concepções de sexo biológico ou do relacionamento sexual. O termo abrange desde sentimentos e percepções vinculados ao sexo e à vida sexual até a influência da cultura, sociedade, família, moral, valores e religião sobre a sexualidade, bem como sobre o modo como se expressam tais sentimentos e percepções<sup>23</sup>. A palavra sexo refere-se ao conjunto de comportamentos associados ao ato sexual, enquanto sexo biológico corresponde às características hereditárias, físicas e biológicas que distinguem macho e fêmea de uma espécie.

Segundo Louro<sup>25</sup>, a definição de gênero deve ser utilizada de maneira distinta do determinismo biológico implícito no uso de termos sexo ou sexo biológico. Foi a partir de movimentos feministas que a categoria gênero passou a ser compreendida de maneira diferente e como instrumento de análise para indicar as diferenças e hierarquias entre homens e mulheres<sup>26</sup>. Desta forma, se o sexo biológico é determinado de maneira hereditária, o gênero é construído a partir das normas culturais em que se está inserido. Identidade de gênero corresponde, então, ao gênero com o qual a pessoa se identifica, se reconhece, se entende, indo muito além do binarismo homem e mulher, masculinidade e feminilidade.

O termo orientação sexual corresponde ao modo como o indivíduo demonstra atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas de gênero diferente, mesmo gênero ou mais de um gênero<sup>27</sup>. Podem se destacar três orientações preponderantes: heterossexualidade – quando há atração pelo gênero oposto; homossexualidade – quando a atração ocorre pelo mesmo gênero e bissexualidade – quando há atração por ambos os gêneros<sup>27</sup>. Cabe retomar que,

nesse conceito, gênero refere-se a como a pessoa se identifica e não se refere às características biológicas com as quais nasceu.

A história da homossexualidade está sempre diretamente relacionada ao momento histórico e cultural em que está inserido. Bileski<sup>28</sup> apontou que as inúmeras diferenças culturais para o comportamento homossexual, somadas ao fato de que muitos documentos históricos foram eliminados ao longo do tempo por preconceito da sociedade, o que dificulta uma análise mais acurada sobre a homossexualidade. De qualquer modo, a autor apontou que é fato que sempre houve práticas homoafetivas nos mais diversos grupos sociais<sup>28</sup>.

Segundo dados da *The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex Association* (ILGA)<sup>29</sup> de 2020, a homossexualidade ainda é considerada crime em 67 países, e, em pelo menos seis deles, a punição para o crime é a pena de morte. Ainda segundo a organização, há outros cinco países nos quais a pena de morte pode ser imposta. Apesar da homossexualidade não ser considerada crime no Brasil, os dados sobre a violência contra a população lésbica, *gay*, bissexual, travesti, transexual e intersexual (LGBTI+)\* ainda preocupam. Segundo o Atlas da Violência<sup>30</sup> de 2021, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre os anos de 2011 e 2019, o canal de comunicação (Disque 100) da sociedade civil com o poder público que registra denúncias de violações de direitos humanos, registrou em média 1.666 denúncias anuais de violências contra pessoas LGBTQI+.

Ainda, segundo o mesmo relatório, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), apurados nos anos de 2018 e 2019, apontaram crescimento bruto de 5,0% nos casos de violências contra homossexuais e 37,1% contra bissexuais. Do total de casos de violência, 81,8% foram relativos a pessoas assumidamente homossexuais<sup>30</sup>.

---

\* O símbolo + foi acrescentado à sigla LGBTI para abranger outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero.

Todos esses dados descrevem um cenário cultural de discriminação, preconceito e estereótipo frente a pessoas de orientação homoafetiva o que influencia diretamente no modo como essas pessoas estabelecem suas relações sociais, baseadas no medo e insegurança, e no modo como a sociedade lida com essa população.

#### **1.4 – Análise do Comportamento, Sexualidade e Práticas Culturais**

A Análise do Comportamento é uma abordagem da Psicologia que toma como base teórica o Behaviorismo Radical de Skinner (1904-1990)<sup>31</sup>. A expressão, cunhada pela primeira vez pelo autor em 1945, diz respeito à filosofia da ciência. Skinner propôs uma filosofia totalmente contrária às posições existentes na psicologia até o momento. Segundo Todorov & Hanna<sup>32</sup>, a Análise do Comportamento não é uma área da psicologia e sim uma forma de compreender o comportamento humano.

Para a Análise do Comportamento, as ações humanas são determinadas pelas suas consequências, ou seja, aquilo que o organismo faz produz uma alteração no ambiente e esta retroage sobre a própria ação realizada, alterando deste modo a probabilidade futura desse fazer ou ação<sup>33</sup>. Essas consequências podem ser analisadas segundo três níveis de seleção que ocorrem sempre por meio da variação aleatória de características ou propriedades fisiológicas; da interação entre as características do organismo e circunstâncias ambientais e a replicação das características adaptativas em gerações futuras da população<sup>34</sup>.

O primeiro nível de seleção corresponde às características da espécie à qual o organismo pertence, selecionadas evolutivamente para garantir sua sobrevivência (seleção filogenética), tal qual proposto por Charles Darwin em a Origem das Espécies, de 1859<sup>35</sup>.

O segundo nível diz respeito à seleção de determinado repertório individual durante a história de vida de um sujeito (nível ontogenético). Embora comportamentos reflexos possam ser aprendidos ao longo da vida, boa parte das condutas humanas podem ser explicadas a partir

do conceito de comportamento operante. Neste, a probabilidade de uma ação ocorrer depende da consequência após esta ação em determinado contexto<sup>33</sup>. Quando uma ação passa a ocorrer em situações semelhantes àquela inicial em que foi produzida, pode-se dizer que a consequência dessa ação foi reforçada<sup>36</sup>. Por outro lado, se a frequência de emissão dessa ação diminuir, diz-se que a consequência é aversiva.

A relação ocorrida no comportamento operante pode ser analisada pelo modelo da tríplice contingência, ou seja, em um determinado contexto um indivíduo emite uma resposta (ação) e essa ação gera consequências<sup>36</sup>. Caso essas consequências sejam positivas tal resposta será selecionada e voltará a ocorrer em situações semelhantes, mas se as consequências forem negativas essa resposta tende a parar de ocorrer.

Por fim, o terceiro nível de seleção corresponde à evolução de ambientes sociais ou culturas<sup>33</sup>. Para Skinner<sup>31</sup> aqui é a consequência da prática cultural, efeito sobre o grupo como um todo, que mantém a ocorrência dessa prática. Logo, se uma determinada prática cultural (combinação do comportamento de diferentes indivíduos) gera um benefício para o grupo, essa prática será mantida, caso contrário, essa prática tenderá a se extinguir.

Deste modo, a sexualidade, assim como qualquer outro comportamento humano, deve ser compreendida levando em consideração esses três níveis de seleção. Prestes Villa & Muchon de Mello<sup>37</sup> apontam que a compreensão do comportamento sexual humano implica na análise dos três níveis de seleção entrelaçados, ou seja, aspectos filogenéticos, ontogenéticos, bem como aspectos sociais e culturais, tais como, restrições governamentais e religiosas, educação sexual, entre outros.

Abordagens teóricas que explicam o comportamento humano a partir de aspectos biológicos e eventos internos ao organismo tendem a compreender a sexualidade como uma estrutura estática, que coloca a heterossexualidade como padrão e outras variações como desviantes ou patológicas<sup>38</sup>. Skinner<sup>31</sup> apontou que agências controladoras (governo, religiões,

instituições de poder econômico) ditam os comportamentos aceitáveis e condenáveis a fim de garantir a sobrevivência e poder dessas próprias agências. A defesa da heterossexualidade como única manifestação normal visou, por muito tempo, garantir que a herança familiar fosse para os filhos legítimos, do mesmo modo que a construção da figura da mulher como frágil e submissa visa garantir o poder do homem em uma sociedade patriarcal<sup>39</sup>.

Sant’Ana, Souza & Muchon de Melo<sup>39</sup> destacam que a identidade de gênero e a orientação sexual devem ser compreendidas pelo entendimento da história de vida do sujeito e o contexto cultural em que está inserido, ou seja, a forma como um indivíduo se entende ou compreende seu prazer sexual relaciona-se diretamente com suas vivências e possibilidades que lhe são colocadas socialmente. Entretanto, esses autores também apontam que ignorar as variáveis biológicas nesse contexto pode levar à visão incompleta e equivocada da complexidade e multideterminação do comportamento humano.

Ainda sob a ótica da Análise do Comportamento é possível destacar as interpretações de Mallot<sup>40</sup> sobre a sexualidade humana. Este autor sugere que as pessoas nascem bissexuais ou mesmo multissexuais (suscetível a reforços sexuais de diversas fontes) e variam seu estilo comportamental para mais “feminino” ou mais “masculino”, bem como estabelecem preferências sexuais, dependendo das contingências de reforçamento e punição que tenham vivido ao longo da sua história. Em outras palavras, se, por exemplo, ao ter um estilo mais masculino, a pessoa obtém mais consequências prazerosas ou consegue evitar consequências ruins, é possível que ela mantenha esse mesmo estilo. Por outro lado, se houve alterações em sua vida que de algum modo mudaram as consequências obtidas para esse estilo é provável que essa pessoa mude seu comportamento. Entretanto, tais mudanças não são escolhas deliberadas, mas sim comportamentos estabelecidos pela combinação dos três fatores, filogenéticos, ontogenéticos e culturais.

Apesar de Skinner discorrer sobre questões acerca da sexualidade em diferentes momentos de sua obra, como apontam Prestes Villa e Muchon de Mello<sup>37</sup>, não foram observados muitos avanços sobre o tema nos estudos dessa temática pela ótica da Análise do Comportamento. Carvalho, Silveira e Dittrich<sup>38</sup> realizaram um estudo no qual investigaram a presença do tema “homossexualidade”, no período de 1968 a 2010 em publicações do *Journal of Applied Behavior Analysis*. Os autores encontraram apenas dez artigos que traziam temáticas relacionadas à “homossexualidade” ou abordassem a sexualidade humana, e desses, cinco tratavam a homossexualidade como desvio.

A ausência de estudos sobre o comportamento sexual humano com o enfoque da análise do comportamento destaca a necessidade de que haja melhor compreensão das contingências a que este está sujeito, para que seja possível prever e planejar comportamentos mais saudáveis e benéficos para a sociedade. O estabelecimento de comportamentos mais saudáveis, pressupõem um contexto favorável ao surgimento de tais comportamentos. Logo é também necessário o planejamento e estabelecimentos de práticas culturais que viabilizem tais contextos.

A Análise do Comportamento apresenta um amplo campo de discussões e propostas para estes planejamentos. Para a Análise do Comportamento, as políticas públicas podem ser entendidas por meio da análise do contexto cultural em que estão inseridas. Cultura aqui é compreendida como um conjunto de contingências sociais estabelecidas que influenciam o comportamento dos indivíduos de um determinado grupo, que somente será compreendido se forem analisados os aspectos que o caracterizam, como valores, crenças e hábitos, dentro do momento histórico em que vive<sup>41</sup>. Práticas culturais correspondem a esses aspectos da cultura de certo grupo social<sup>42</sup>. O comportamento de um indivíduo é passado para outros e transmitido para seus descendentes caracterizando assim a prática cultural<sup>42</sup>.

Para Skinner<sup>31</sup>, o comportamento social é regido pelas mesmas leis que governam o comportamento individual e, portanto, pode ser estudado por uma ciência natural. Nesse sentido, segundo o autor, o comportamento de duas ou mais pessoas em relação à outra ou a um ambiente comum pode ser compreendido enquanto uma contingência social. Segundo Oliveira e Todorov<sup>41</sup>, essas contingências sociais podem ser fruto do acaso ou previamente estabelecidas por um planejamento cultural realizado por todos os integrantes do grupo ou por alguns componentes.

O planejamento cultural corresponde à possibilidade de estabelecer contingências que instalem, alterem ou eliminem comportamentos de um grupo<sup>42</sup>. Para tanto é necessário realizar uma análise criteriosa das demandas sociais dos envolvidos naquele grupo, de modo a evitar a implantação de políticas públicas que representem apenas uma visão particular e politicamente interessada de pequenos grupos, a fim de garantir seus interesses específicos<sup>43</sup>.

### **1.5 – Autocontrole e autoconhecimento**

Skinner<sup>44</sup> definiu autoconhecimento como a capacidade de descrever e identificar as contingências às quais o comportamento está exposto, ou seja, trata-se da capacidade de ter consciência a respeito de si mesmo. Uma pessoa tem autoconhecimento quando é capaz de reconhecer e relatar sobre situações que ocorrem consigo mesma (sejam dentro de si ou em relação ao ambiente externo)<sup>45</sup>.

Entretanto, esta consciência de si mesmo tem origem no ambiente social, ou seja, depende de uma comunidade que faça perguntas para que o indivíduo aprenda a falar sobre si<sup>44</sup>. São, então, essas contingências verbais determinadas pelas pessoas ao redor que fazem com o que o indivíduo seja capaz de se auto-observar e falar sobre o que observa, ainda que o conteúdo observado não seja acessível aos outros, como emoções e sentimentos<sup>46</sup>. De Rose, Bezerra e Lazarin<sup>45</sup> dão o seguinte exemplo dessa ação da comunidade verbal: uma criança de dois anos

começa a chorar, pessoas ao seu redor farão perguntas como: “O que você está sentindo?”, “Está doendo em algum lugar?” “Dói a barriguinha?”, “Quer ir ao banheiro?”, entre outras perguntas. A criança pode sinalizar que sim para alguma dessas perguntas e com isso o adulto realiza alguma ação que poderá minimizar ou eliminar o sofrimento da criança, fazendo com que ao vivenciar novamente o mesmo desconforto consiga descrever melhor o que sente.

Por outro lado, nem toda situação infantil provocará no adulto uma reação que contribua para seu autoconhecimento. Se um adulto encontra uma criança tocando o próprio órgão sexual dificilmente conseguirá fazer perguntas no mesmo tom brando que se imagina nas questões anteriores e que auxiliem a criança a entender que parte do corpo é aquela e por que tem vontade de tocá-la. O mais provável é que o adulto tenha ações que punam aquele comportamento da criança, dificultando o autoconhecimento de sua sexualidade. Segundo Foucault<sup>24</sup>, toda criança vivencia ou é suscetível a vivenciar alguma atividade sexual (não entendida aqui como relação sexual, mas sim como experiência da sexualidade, como conhecimento do próprio corpo). Entretanto, para o autor, a sociedade compreende a sexualidade tanto como natural quanto “contra a natureza” e na infância a sexualidade deve ser reprimida, pois é entendida como algo que pode trazer perigos físicos e morais, coletivos e individuais.

Atualmente, um indivíduo que tenha dúvidas sobre sua sexualidade poderá consultar a *internet* obtendo um número significativo de informações, entretanto, grande parte destas informações não serão científicas. Ainda que milhares de pessoas tenham relações sexuais frequentemente, é muito provável que muitos tenha dúvidas quanto à própria sexualidade<sup>46</sup>. Segundo Justi et al<sup>46</sup>, a possibilidade de maior acesso à pornografia na contemporaneidade tende a criar uma percepção equivocada das experiências sexuais ao invés de contribuir para autoconhecimento do indivíduo. Discussões mais amplas e baseadas em fatos

científicos sobre a sexualidade podem contribuir tanto para o autoconhecimento como para melhor qualidade de vida e melhores condições de saúde mental.

Segundo De Rose, Bezerra e Lazarin<sup>45</sup>, quanto maior o autoconhecimento maior a capacidade do indivíduo em descrever a relação entre seu comportamento e o ambiente em que está inserido. Ao descrever essa relação, o indivíduo se torna mais capaz de intervir sobre o que controla seu comportamento. Ele passa assim a construir regras que possam ser utilizadas para controlar seu comportamento, ou seja, ter maior autocontrole. Regras aqui são entendidas como estímulos discriminativos verbais que especificam uma contingência<sup>47</sup>. Dito de outra maneira, a regra sinaliza qual consequência poderá ter um indivíduo ao emitir um determinado comportamento.

Para Skinner<sup>44</sup>, o autocontrole não é apenas controlar sentimentos e estados mentais, mas sim a capacidade de mudar o mundo em que vive. Em outras palavras, na perspectiva behaviorista, o autocontrole corresponde ao controle do próprio comportamento a partir da manipulação de variáveis do ambiente<sup>44</sup>.

A capacidade de controlar o próprio comportamento depende então da existência de determinadas contingências no ambiente. Um alcoolista que está tentando controlar seu comportamento de beber pode estabelecer como regras “ter força de vontade”, “fazer um esforço” e “saber dizer não”<sup>33</sup>. Entretanto, essas regras podem não ter nenhum efeito ou serem muito fracas em alguns ambientes, como em um bar, por exemplo. De modo semelhante, é possível pensar que para aumentar a frequência do uso de preservativo, independente de qual for a população, devem ser necessários a identificação e controle de variáveis muito mais diversas do que apenas discorrer sobre a importância do uso de preservativos. Além do aumento das discussões sobre a sexualidade, tendo em vista a promoção de autoconhecimento, o estabelecimento de práticas sexuais mais saudáveis dependerá também de um arranjo adequado de variáveis ambientais que as possibilitem.

## 1.6 – Fatores que interferem no uso e não uso de preservativos entre HSH

O preservativo masculino é uma proteção de látex colocada sobre o pênis durante a relação sexual. É utilizado tanto como método contraceptivo de barreira, quanto para a prevenção da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e do HIV<sup>48</sup>. Quando usado de maneira correta e consistente, ainda é uma das formas mais eficazes de prevenção da infecção pelo HIV. Segundo Stover e Teng<sup>48</sup>, a taxa atual dessa infecção no mundo seria cinco vezes maior sem uso de preservativos. Trata-se de uma estratégia fundamental no combate à pandemia do HIV/aids. Entretanto, o uso inconsistente do método pela população de HSH ainda parece ser muito frequente.

Para esta revisão, foram identificados alguns estudos que tivessem examinado como resultados algum fator ou fatores que interferissem no uso ou não do preservativo entre HSH. Foram selecionados 25 estudos realizados em diferentes países nos últimos cinco anos. Os estudos foram organizados no Quadro 1 para melhor visualização. Entre o total de estudos levantados, 22 apontaram fatores relacionados ao uso inconsistente e 12 destacaram fatores associados ao uso consistente do preservativo.

**Quadro 1** – Relação de 25 estudos sobre fatores associados ao uso consistente ou inconsistente do preservativo na população de homens que fazem sexo com homens (HSH).

| <b>Autor / Ano / Local</b>               | <b>População</b>       | <b>Método</b>                  | <b>Fatores para o uso inconsistente</b>                                                             | <b>Fatores para o uso consistente</b> |
|------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Lima Neto, 2019 <sup>49</sup><br>Brasil  | 8<br>20 a 29 anos      | Transversal                    | Parceiros regulares<br>Maior sensação de prazer, contato, intensidade e liberdade                   | NA                                    |
| Rios et al, 2019 <sup>50</sup><br>Brasil | 25<br>De 18 a 38 anos  | Transversal                    | Conhecer o parceiro<br>Ter confiança na condição sorológica do parceiro<br>Maior sensação de prazer | Não conhecer o parceiro               |
| Wray e Monti, 2019 <sup>51</sup>         | 100<br>De 18 a 54 anos | Avaliação momentânea ecológica | Parceiros conhecidos de maneira online                                                              | NA                                    |

|                                               |                             |                    |                                                                                                                                                                                                          |                                                                |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| EUA                                           |                             |                    | Parceiros com intimidade e confiança<br>Não ter preservativo no momento<br>Maior prazer sem preservativo                                                                                                 |                                                                |
| Martins et al, 2021 <sup>52</sup><br>Brasil   | 2.248<br>Média de 24,4 anos | Transversal        | Possui múltiplos parceiros<br>Preferir filmes com cenas de <i>bareback</i> <sup>1</sup> e julgar essa prática um fetiche<br>Ter parceria casual<br>Ter ciência do status sorológico negativo do parceiro | NA                                                             |
| Giano et al, 2019 <sup>53</sup><br>EUA        | 40<br>De 21 a 66 anos       | Transversal        | Desconforto físico em usar o preservativo<br>Ter confiança no relacionamento<br>Sexo oral<br>Uso de álcool e outras drogas durante o sexo<br>Conhecimento do estado de saúde do parceiro                 | NA                                                             |
| Hentges, 2019 <sup>54</sup><br>Brasil         | 4.176<br>Média de 24,7 anos | Transversal<br>RDS | Baixa escolaridade<br>Não uso da primeira relação sexual<br>Percepção de risco para o HIV moderada ou alta                                                                                               | Ter maior idade                                                |
| Jiang et al, 2019 <sup>55</sup><br>China      | 976<br>De 18 a 67 anos      | Transversal        | Ter depressão                                                                                                                                                                                            | Maior nível de escolaridade<br>Ter habilidades comportamentais |
| Huang et al, 2020 <sup>56</sup><br>China      | 801<br>48,2% < 25 anos      | Transversal        | Ter parceiros casuais                                                                                                                                                                                    | Sensação de autoeficácia<br>Ter boa comunicação com o parceiro |
| Johansson et al, 2018 <sup>57</sup><br>Suécia | 763<br>De 15 a 29 anos      | Transversal        | Baixa escolaridade<br>Ser solteiro<br>Morar em área metropolitana<br>Ter novos parceiros ocasionais<br>Ter parceiros fixos                                                                               | NA                                                             |
| Rocha et al, 2018 <sup>58</sup><br>Brasil     | 3.738<br>58,1% > 25 anos    | Transversal<br>RDS | Ter mais de 25 anos<br>Identidade homossexual ou bissexual<br>Iniciação sexual antes dos 15 anos                                                                                                         | NA                                                             |

<sup>1</sup> Sexo no qual intencionalmente se abre mão do preservativo.

|                                                         |                              |                          |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         |                              |                          | Ter feito sexo apenas com homens nos últimos 12 meses<br>Uso frequente de álcool e drogas<br>Uso de sites para encontrar parceiros sexuais<br>Relação anal com parceiros estáveis |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Queiroz et al, 2019 <sup>59</sup><br>Brasil             | 2.250<br>Média de 25,74 anos | Descritivo e transversal | NA                                                                                                                                                                                | Conhecer parceiro por aplicativos<br>Usar aplicativos para amizade, sexo ou relacionamento<br>Utilizar aplicativos durante a noite                                                                                                                                   |
| Silva, 2021 <sup>60</sup><br>Brasil                     | 461<br>> 18 anos             | Transversal              | Confiança no parceiro<br>Não ter utilizado preservativo na primeira relação sexual                                                                                                | Ter parceiros pagos<br>Pertencer a classes econômicas mais baixas<br>Identificar-se como bissexuais<br>Ter baixo conhecimento sobre HIV<br>Perceber seu risco de se infectar pelo HIV como grande<br>Praticar sexo anal insertivo e receptivo<br>Ter mais de 25 anos |
| Hill, Bavinton e Armstrong, 2018 <sup>61</sup><br>Japão | 1.657<br>Média de 35 anos    | Transversal              | Não ter formação universitária<br>Menor autoeficácia para o sexo seguro<br>Ser membro da comunidade gay<br>Ter apenas parceiros do sexo masculino                                 | NA                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Piersala et al, 2020 <sup>62</sup><br>Polônia           | 1.696<br>De 18 a 34 anos     | Transversal              | Ter baixa escolaridade<br>Mais de 100 parceiros sexuais anteriores                                                                                                                | NA                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Logie et al, 2018 <sup>63</sup><br>Jamaica              | 556<br>Média de 26 anos      | Transversal              | Histórico de abuso sexual<br>Histórico de depressão<br>Baixa escolaridade<br>Insegurança alimentar e de moradia                                                                   | NA                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Olawore et al, 2021 <sup>64</sup><br>Nigéria            | 2.591<br>Média de 24 anos    | Coorte prospectivo       | Acesso precário a preservativos<br>Parceiros casados com mulheres                                                                                                                 | Ter ensino superior<br>Ter parceiro com ensino superior<br>Relacionamentos casuais<br>Parceiros encorajaram o                                                                                                                                                        |

|                                                     |                                         |                                                                           |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                                         |                                                                           |                                                                                                                                                      | participante a usar o preservativo<br>Ter condição sorológica positiva para o HIV<br>Ter conhecimento de maior risco para o sexo anal |
| Ruiseñor-escudero et al, 2019 <sup>65</sup><br>Togo | 1.666<br>Maior parte entre 18 e 24 anos | Transversal<br>RDS                                                        | Ter baixa renda<br>Ter sido forçado a fazer sexo                                                                                                     | Ter parceiros casuais<br>Idade mais avançada<br>Ter fácil acesso ao preservativo                                                      |
| Wang et al, 2019 <sup>66</sup><br>China             | 412<br>68,4% entre 25 e 40 anos         | Transversal                                                               | NA                                                                                                                                                   | Informação e motivação aumentam as habilidades comportamentais para o uso do preservativo                                             |
| Reza et al, 2020 <sup>67</sup><br>Bangladesh        | 110.581                                 | Transversal<br>Comparação de duas pesquisas (linha de base e linha média) | NA                                                                                                                                                   | Participação no programa de prevenção do HIV<br>Ter conhecimento abrangente sobre o HIV                                               |
| Safren et al, 2018 <sup>68</sup><br>EUA             | 197<br>Média de 37 anos                 | Coorte prospectivo (linha de base e duas medidas, 3 meses e 6 meses)      | Sindemias de linha de base foram associadas a menores autoeficácias iniciais, que por sua vez previu maiores aumentos no sexo anal sem preservativo. | NA                                                                                                                                    |
| Passaro et al, 2019 <sup>69</sup><br>Peru           | 447<br>Média de 27 anos                 | Transversal                                                               | Uso de maconha antes do sexo<br>Uso de álcool pelo parceiro antes do sexo em saunas e locais públicos                                                | NA                                                                                                                                    |
| Crosby, Mena e Smith, 2018 <sup>70</sup><br>EUA     | 394<br>Média de 22.5 anos               | Quase experimental                                                        | NA                                                                                                                                                   | Participação em programa de instrução individual                                                                                      |
| Queiroz et al, 2018 <sup>71</sup><br>Brasil         | 30<br>De 18 e 25 anos                   | Transversal                                                               | Conhecimento insuficiente sobre medidas de prevenção entre participantes que descartam o uso do preservativo.                                        | NA                                                                                                                                    |
| Cabrera et al, 2022 <sup>72</sup><br>Uruguai        | 693<br>De 15 a 49 anos                  | Transversal                                                               | Ter parceiro estável no último ano<br>Autoidentificação gay                                                                                          | Participação em atividades de informação                                                                                              |

|                                               |                              |             | Ter realizado teste de HIV<br>no ano anterior               | Ter relações sexuais<br>com parceiro com<br>ISTs/HIV |
|-----------------------------------------------|------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Torres et al,<br>2020 <sup>73</sup><br>Brasil | 341<br>Média de<br>30,6 anos | Transversal | Acreditar que o parceiro<br>apresenta baixo risco<br>sexual | NA                                                   |

NA: Não se aplica; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; EUA: Estados Unidos da América; RDS: Respondent-Driven Sampling  
Fonte: própria autora

A necessidade de estratégias de promoção do uso do preservativo é ilustrada em estudos que demonstram a relação entre o uso consistente e participação em programas de prevenção ao HIV<sup>67,70</sup>, bem como aqueles que demonstram que maiores níveis de instrução e informações sobre o HIV, estão associados a maiores habilidades comportamentais para o uso do preservativo<sup>55,56,64</sup>. Reza et al<sup>67</sup> realizaram avaliação sistemática do efeito de intervenções de prevenção ao HIV entre HSH, em Dhaka, Bangladesh em duas pesquisas com a mesma população, sendo uma em 2010 (linha de base) e outra em 2013 (linha intermediária). Para tanto, participaram 110.581 HSH usuários dos serviços, observando-se aumento significativo de conhecimento sobre o HIV, bem como maior relato de uso consistente do preservativo.

Também foi possível observar estudos que apontam a baixa escolaridade como um fator diretamente relacionado ao uso inconsistente do preservativo<sup>54,57,61-63,71</sup>, o que pode estar associado ao menor nível de conhecimento sobre o HIV e sobre métodos de prevenção. Piersiala et al<sup>62</sup> em um estudo com 1.438 HSH com idades entre 18 e 45 anos, na Polônia, a maioria dos participantes com nível educacional superior relatou uso consistente de preservativos (52,8%), diferentemente daqueles com educação primária (43,5%) e nível técnico (27,6%). Da mesma forma, os participantes com menor nível de escolaridade também relataram ter tido mais de 100 parceiros sexuais ao longo da vida.

Além da baixa escolaridade e do menor conhecimento sobre práticas sexuais seguras, outros dois aspectos frequentemente apontados entre HSH são relações estáveis no momento e confiança no parceiro, o que estariam diretamente associadas ao uso inconsistente

de preservativos<sup>49,50,51,53,60,72,73</sup>. O uso inconsistente com parceiros estáveis é ainda mais recorrente entre os estudos realizados no Brasil. Apresentar-se em uma relação estável, implica, aparentemente, em um acordo de exclusividade na relação e conhecimento da condição sorológica do parceiro<sup>50,53</sup>, passando a ter confiança no relacionamento, abrindo mão do uso do preservativo.

O conhecimento da condição sorológica do parceiro também aparece no estudo de Martins et al<sup>52</sup>, porém em um cenário um pouco diferente. Os autores investigaram 2.248 HSH com média de idade de 24,4 anos, cujo objetivo foi investigar o modo como o consumo de mídias sexualmente explícitas do tipo *bareback* (sexo intencionalmente sem preservativo) influenciava na prática de sexo anal sem preservativo entre HSH. O conhecimento do *status* sorológico negativo do parceiro aqui aparece diretamente associado com maior risco de sexo desprotegido, no sentido de ter múltiplos parceiros, parceiros casuais e que relatam terem mais prazer no sexo sem preservativo.

Foi comum entre os estudos encontrados, observar que um mesmo fator ora aparece diretamente relacionado ao uso consistente ora ao uso inconsistente de preservativos. Se em alguns estudos<sup>52,56,57</sup> parceiros casuais aparecem como aspecto que contribui para o uso inconsistente, esse mesmo aspecto é muitas vezes visto como um fator de proteção pois contribui para o uso consistente<sup>59, 64, 65</sup>.

Foram também apontadas outras condições associadas ao uso inconsistente de preservativos, tais como, uso de álcool e drogas<sup>53,58,68,69,71</sup> transtornos mentais como depressão e ansiedade<sup>55,58,63</sup> e vivências de situação de violência, como abuso sexual<sup>58, 63</sup> e sexo forçado<sup>65</sup>.

Safren et al<sup>68</sup> analisaram a associação das sindemias\*, tais como, transtorno por uso de álcool e outras substâncias, compulsividade sexual, depressão, ansiedade social, violência

---

\* Corresponde a interação entre duas ou mais doenças de caráter epidêmico com influencia diretamente no nível de saúde das populações (Singer, 2003).

por parceiro íntimo e vivência de abuso, com o uso inconsistente do preservativo entre HSH. Segundo esses autores, os achados apontam que essas sindemias podem até não estarem diretamente associadas ao uso inconsistente, mas as alterações sociocognitivas decorrentes delas afetam seu uso.

Entre os estudos que compuseram essa revisão, apenas 11 apontam a quantidade de participantes vivendo com HIV<sup>49,52,56-59,62,64-66,70</sup>, sendo que para a maior parte destes corresponde a menos de 30,0% da amostra. De modo geral, o resultado para a infecção pelo HIV é declarado pelos participantes por meio de entrevista ou questionários aplicados de modo *online*. O estudo de Olawore et al<sup>64</sup> é o único que apresenta uma porcentagem maior, com 47,1% da amostra vivendo com HIV. Entretanto, neste, os participantes realizaram testes para o HIV durante o estudo. Cabe destacar que era frequente nos estudos participantes que declaravam não saber seu resultado sorológico para infecção pelo HIV, como no estudo de Martins et al<sup>52</sup> em que esse desconhecimento foi relatado por 47,7%, por 36,0% para Wang et al<sup>66</sup>, 28,3% para Queiroz et al<sup>59</sup>, 23,3% para Olawore et al<sup>64</sup> e 16,7% para Johansson et al<sup>57</sup>

Apenas dois estudos fizeram comparações entre os participantes com e sem a infecção pelo HIV. Assim, Piersiala et al<sup>62</sup> analisaram o uso consistente do preservativo e uso de drogas pelos dois grupos, mas não foram observadas diferenças estatísticas. Já, no estudo de Rocha et al<sup>58</sup>, o grupo de participantes vivendo com HIV obteve maior frequência para comportamentos de risco pelo uso inconsistente de preservativos.

Os estudos aqui apontados, bem como os demais aspectos teóricos, ilustram uma ampla variedade de fatores que podem influenciar no uso do preservativo, o que reforça a necessidade da elaboração de estratégias de prevenção que não se limitem a atribuir somente ao indivíduo a responsabilidade pela escolha do método. Uma melhor compreensão de tais fatores pode facilitar a elaboração de planejamento culturais mais efetivos, de modo que se

estabeleça um contexto favorável para o uso do preservativo, bem como de outras práticas sexuais saudáveis.

### **Justificativa e originalidade do estudo**

Questões da sexualidade de modo geral são pouco abordadas pela ótica da Análise do Comportamento. Estudos, que tenham enfoque nas características do comportamento de HSH são ainda mais escassos. O único estudo encontrado, na presente revisão, com estas características foi o realizado por Lima Neto<sup>49</sup>. Neste estudo foi realizada uma análise comportamental do discurso de oito HSH com idades entre 20 e 29 anos a partir da aplicação de um questionário com 50 questões e subquestões. Apesar do questionário utilizado ser extenso e investigar diferentes aspectos, o foco do autor foi centrado nas variáveis discursivas que poderiam estar relacionadas com o comportamento de risco para o HIV/aids, não tendo sido realizadas análises de ordem cultural.

Aparentemente, não há estudos brasileiros com amostras maiores que realizem uma análise mais ampla a fim de estabelecer hipóteses sobre como o contexto influencia no estabelecimento do comportamento de uso inconsistente do preservativo em HSH. Tal conhecimento pode contribuir para o estabelecimento de ações preventivas mais eficazes afim de construir um ambiente propício para o desenvolvimento de práticas sexuais saudáveis, indo além da culpabilização do indivíduo. Preencher essa lacuna de conhecimento é o objetivo do estudo aqui proposto

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Identificar e descrever, sob a ótica da Análise do Comportamento e, a partir de relatos verbais, características do comportamento de uso do preservativo e suas possíveis variáveis controladoras, incluindo aspectos culturais e de grupos de convivência, entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

### **Objetivos específicos**

- 2.1 – Identificar possíveis regras e outras variáveis que podem atuar como estímulos discriminativos que antecedem os comportamentos de usar ou não usar preservativo, em relações sexuais;
- 2.2 – Identificar o conhecimento dos participantes sobre a infecção por HIV e a aids, bem como sobre formas de contaminação e prevenção;
- 2.3 – Avaliar possíveis diferenças de comportamento entre participantes infectados e não infectados pelo HIV.

### **3. DELINEAMENTO DO ESTUDO E MÉTODOS**

#### **3.1 - Participantes e critérios de inclusão**

A população deste estudo foi constituída por 120 homens que se declararam homossexuais, bissexuais ou que relataram manter relações sexuais com outros homens, independente de também terem relações sexuais com mulheres. A composição da amostra foi obtida por meio de:

- 1) Convite a usuários do Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” (SAEI-DAM).
- 2) Convite em redes sociais, divulgação de folders e por técnica de “bola de neve”.

**3.1.1 - Participantes:** foram divididos em dois grupos:

**Grupo 1 (G1):** 60 HSH sem infecção pelo HIV.

**Grupo 2 (G2):** 60 HSH que vivem com HIV.

**3.1.2 – Critérios de inclusão:** ter idade igual ou superior a 18 anos e ter iniciado atividade sexual, ter se declarado homossexual, bissexual ou manter relações sexuais com outros homens e ter condições físicas e mentais para responder a entrevista. Para os participantes do G1 foi considerada a declaração de resultados negativos para pesquisa de HIV nos últimos seis meses.

#### **3.2 - Desenho e campo de estudo**

Foi realizado estudo transversal, de abordagem quantitativa no município de Botucatu, interior paulista, localizado no centro do Estado, com população estimada em 2020 de 148.130 habitantes. Metade dos participantes compôs-se de usuários atendidos no SAEI-DAM, vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) e ao

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Este Serviço é referência para atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids na microrregião de Botucatu, do Departamento Regional de Saúde VI – Bauru – DRS VI, que compreende 68 municípios com população estimada de 2 milhões de pessoas.

A outra metade da amostra foi composta por participantes para os quais foi realizado um convite inicial por meio da divulgação de folders nas redes sociais ou por indicação de outro participante. No momento em que o participante entrava em contato com a pesquisadora eram passados maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como a necessidade de se realizar o exame para pesquisa de HIV, caso o participante ainda não o tivesse feito. Os resultados dos testes foram informados pelos próprios participantes.

### **3.3 - Procedimentos e coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora por meio da aplicação de questionário padronizado (ANEXO I), adaptado dos estudos de Natividade<sup>74</sup>, Antunes<sup>75</sup> e Gondim<sup>76</sup>, previamente testado, contendo informações sobre aspectos individuais, sociais, práticas sexuais e conhecimento acerca da infecção pelo HIV/aids. Foram também coletadas informações, por meio de instrumentos padronizados descritos no item 3.4, sobre possível presença de sofrimento psíquico, uso de álcool e outras drogas e apoio social ou não, visto serem condições que podem também interferir no uso de preservativos.

Entre os participantes usuários do SAEI-DAM foram entrevistados pacientes do Ambulatório de Risco Biológico, não infectados pelo HIV que procuravam o Serviço para obtenção da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) por terem tido possível contato com o vírus em situação de relação sexual desprotegida, pacientes que procuravam o ambulatório para obtenção de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), bem como pessoas que viviam com HIV, em seguimento e tratamento antirretroviral (TARV) no Serviço. As entrevistas foram realizadas pela própria

pesquisadora de maneira individual, após explicação dos objetivos, consequências e possíveis riscos, bem como anuência do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II)

Com relação aos participantes que entraram em contato com a pesquisadora pela divulgação via *internet* ou indicação de algum participante da pesquisa, previamente as entrevistas foram planejadas para serem realizadas presencialmente na clínica psicológica da própria pesquisadora, na cidade de Avaré (Estado de São Paulo). Entretanto, à época do início das entrevistas foi declarada a pandemia de covid-19 pela Organização Mundial de Saúde. Desta forma, considerando-se as exigências das medidas de prevenção de possível contágio com o novo coronavírus, as entrevistas passaram a ser realizadas de maneira remota, sendo previamente agendadas com os participantes e realizadas no consultório clínico da pesquisadora, a fim de garantir, da melhor maneira possível, o sigilo das respostas dos participantes. Cada entrevista teve duração de, aproximadamente, 30 minutos.

### **3.4 - Instrumentos para coleta de dados**

Para complementação da coleta dos dados obtidos na entrevista foram também utilizados neste estudo os seguintes instrumentos que avaliam aspectos que podem interferir no uso e não uso do preservativo

**1) *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20):** questionário de rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC), ou sofrimento psíquico, elaborado por Harding et al.<sup>77</sup> e validado no Brasil por Mari e Williams<sup>78</sup>. Trata-se de instrumento autoaplicável com 20 questões e escala dicotômica (sim/não) com objetivo de detectar sintomas que podem sugerir a presença de algum transtorno mental, mas não realiza diagnóstico específico. É considerado de fácil e rápida aplicação, sendo bem adequado para estudos de populações. Pontuações maiores ou iguais a sete respostas positivas foram adotadas como ponto de corte indicando sofrimento mental.

**2) *Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit)***<sup>79</sup>: questionário que avalia diferentes níveis de uso de álcool. Pode ser utilizado como entrevista ou autoaplicação. É formado por 10 questões que averiguam, no último ano, o uso de álcool em relação à quantidade e frequência, à dependência e às consequências do consumo do mesmo, com pontuação máxima de 40 pontos. A pontuação de até sete pontos é considerada consumo de baixo risco ou abstinência; de oito a 15, consumo de risco; de 16 a 19, uso nocivo ou consumo de alto risco e para 20 pontos ou mais, provável dependência. No Brasil foi traduzido e validado por Lima et al<sup>80</sup>, em 2005.

**3) *Escala de Apoio Social (EAS)***<sup>81</sup>: escala contendo 19 itens que abrangem cinco dimensões funcionais de apoio social: material (provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo (demonstrações físicas de amor e afeto); emocional (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e informação (disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações). Cada item deve ser respondido segundo as frequências: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. As frequências são pontuadas de zero a quatro pontos, sendo o zero, “Nunca” e quatro, “Sempre”. A escala foi originalmente elaborada para o *Medical Outcome Study – MOS* e traduzida e adaptada para uso em português por Griep<sup>81</sup>, em 2005.

Como essa escala não possui pontos de corte pré-estabelecidos, foram calculadas as médias e desvios padrão para os itens de dimensão funcional de apoio, bem como para a quantidade de parentes e amigos que oferecem apoio. Foi utilizado como escore interpretativo o proposto por Zanini, Peixoto e Nakano<sup>82</sup>. Os autores agruparam as dimensões apoio emocional e apoio informacional em um único item e estabeleceram os seguintes escores para cada dimensão:

- a) apoio material –  $\leq 6$  – baixa percepção, 7 a 13 – média percepção,  $\geq 14$  – alta percepção;
- b) apoio afetivo  $\leq 4$  – baixa percepção, 5 a 10 – média percepção,  $\geq 11$  – alta percepção;

- c) apoio emocional/informacional  $\leq 12$  – baixa percepção, 13 a 28 – média percepção,  $\geq 29$  – alta percepção;
- d) interação social positiva  $\leq 6$  – baixa percepção, 7 a 13 – média percepção,  $\geq 14$  – alta percepção.

### **3.5 - Análise dos Resultados**

#### **Análise estatística**

Os dados foram codificados e lançados em uma planilha no programa Excell®. A consistência dos mesmos foi aferida pela conferência, na íntegra, da digitação dos instrumentos e questionários e por comparação da distribuição de frequência entre variáveis associadas, com correção dos erros identificados.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição frequencial, cujos resultados foram apresentados pelas frequências absoluta e percentual por grupo (G1 e G2). Para as variáveis numéricas quantitativas, foram utilizadas medidas de posição e variabilidade levando em conta os grupos.

Associações entre grupos foram obtidas por meio do teste qui-quadrado, levando em conta as frequências de respostas para os questionários utilizados. A escala de apoio social para o entrevistado, amigos e parentes foi avaliada entre grupos utilizando um modelo de regressão de Poisson.

Em todos os testes, foi utilizado o nível de significância de 5% de probabilidade ou o p-valor correspondente. Para a realização de todas as análises, foi utilizado o programa SAS for Windows, versão 9.2.

## Análise Teórica

A análise e interpretação dos dados foram realizadas à luz dos conceitos de autocontrole, autoconhecimento, práticas culturais e contingências sociais descritos por Skinner<sup>31</sup>. A variável dependente deste estudo foi o uso do preservativo nas relações sexuais. Foram consideradas variáveis independentes as descritas no quadro a seguir:

**Quadro 2** – Descrição das variáveis independentes investigadas.

| Individuais                                                                                                                                                                                          | Sociais                                                                                                                                         | Práticas Sexuais                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Conhecimento sobre HIV/aids                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Escolaridade</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Renda mensal</li> <li>• Religião</li> <li>• Consumo de álcool e drogas ilícitas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio familiar</li> <li>• Grupo de amigos</li> <li>• Acesso e recepção em serviços de saúde</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que situações e condições usam o preservativo.</li> <li>• Condições e regras associadas ao não uso do preservativo.</li> <li>• Tipo de parceiros mais frequentes (estável, esporádicos)</li> <li>• Situações e ambientes mais frequentes para práticas sexuais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento acerca de IST e HIV/aids</li> <li>• Regras acerca de IST e HIV/aids</li> </ul> |

IST: infecções sexualmente transmissíveis; HIV: vírus da imunodeficiência humana

Em relação às características individuais, foram também analisados aspectos relevantes da história de vida que possam ter influenciado o uso, ou não, do preservativo. Quanto aos aspectos sociais, o objetivo foi verificar quais as condutas de grupos de apoio (familiares e amigos) e como tais condutas influenciavam os comportamentos relacionados ao uso ou não do preservativo. No que se refere aos serviços de saúde foi investigado o modo como estabelecem consequências às atitudes de prevenção dos participantes e se estas se constituíam enquanto estímulos discriminativos para o uso ou não do preservativo.

Com relação às práticas sexuais e conhecimentos sobre HIV/aids foram investigados os seguintes pontos: a) situações ambientais que se constituem como estímulos discriminativos para o uso ou não do preservativo; b) consequências punitivas ou reforçadoras disponibilizadas pelos parceiros frente ao uso do preservativo e c) regras individuais que

controlam o uso ou não uso do preservativo. Foi também investigado como esses pontos relacionam ou se constituem em autoconhecimento e autocontrole frente ao uso do preservativo.

Quanto aos inventários, foram investigadas a existência de relações estatisticamente significativas entre os aspectos de apoio social, o uso de álcool e o sofrimento psíquico e a presença ou ausência de comportamentos preventivos.

### **3.6 - Procedimentos Éticos**

O projeto de pesquisa foi enviado para análise e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - ANEXO III. A pesquisa que aqui foi proposta apresentou como único risco a possibilidade de haver algum constrangimento por ser solicitada a opinião dos participantes, entretanto, tal risco foi minimizado pela explicação dada pela pesquisadora, sobre o anonimato dos questionários e a possibilidade de não aceitar responder o mesmo.

Os participantes foram incluídos no estudo somente após darem seu consentimento por escrito com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - ANEXO II.

#### 4. RESULTADOS

Tendo em vista as condições decorrentes da pandemia de covid-19, parte das entrevistas foi realizada de maneira *online*. Para se avaliar possíveis diferenças entre os formatos de entrevistas, foram realizadas 60 entrevistas de maneira *online* e 60 presencialmente. As características sociodemográficas para os dois modos são apresentadas na Tabela 1. A única diferença encontrada foi na faixa etária de 30 a 39 anos, em que se observou maior número de participantes no modo *online*. Deste modo, os formatos de realização das entrevistas foram desconsiderados nas análises posteriores.

**Tabela 1** – Comparação das características sociodemográficas entre as parcelas de participantes que realizaram as entrevistas de maneira presencial e online. Botucatu, 2023.

| <b>Variáveis</b>                   |                   |          |               |          |                |
|------------------------------------|-------------------|----------|---------------|----------|----------------|
| <b>Características Individuais</b> | <b>Presencial</b> | <b>%</b> | <b>Online</b> | <b>%</b> | <b>p valor</b> |
| <b>Faixa etária</b>                |                   |          |               |          |                |
| 18 - 29                            | 33                | 55,0     | 20            | 33,3     | 0,1516         |
| 30 - 39                            | 13                | 21,7     | 39            | 65,0     | <b>0,0041</b>  |
| 40 - 49                            | 5                 | 8,3      | 1             | 1,7      | 0,3148         |
| 50 - 59                            | 6                 | 10,0     | 0             | 0,0      | 0,1316         |
| 60 ou mais                         | 3                 | 5,0      | 0             | 0,0      | 0,2926         |
| <b>Cor de pele</b>                 |                   |          |               |          |                |
| Brancos                            | 41                | 68,3     | 39            | 65,0     | 0,8162         |
| Não brancos                        | 19                | 31,7     | 21            | 35,0     | 0,8151         |
| <b>Relacionamento</b>              |                   |          |               |          |                |
| Parceiro único                     | 21                | 35,0     | 21            | 35,0     | 1              |
| Parceiro fixo e outros esporádicos | 8                 | 13,3     | 10            | 16,7     | 0,759          |
| Diversos parceiros                 | 11                | 18,3     | 11            | 18,3     | 1              |
| Não tenho parceiro no momento      | 20                | 33,3     | 18            | 30,0     | 0,8138         |
| <b>Escolaridade</b>                |                   |          |               |          |                |
| 8 a 11 anos                        | 6                 | 10,0     | 0             | 0,0      | 0,1316         |
| ≥ 12 anos                          | 54                | 90,0     | 60            | 100,0    | 0,1316         |
| <b>Renda</b>                       |                   |          |               |          |                |
| Sem renda                          | 3                 | 5,0      | 7             | 11,7     | 0,428          |
| < 1 SM                             | 5                 | 8,3      | 1             | 1,7      | 0,3148         |
| 1 a 5 SM                           | 47                | 78,3     | 42            | 70,0     | 0,5315         |
| 6 a 10 SM                          | 4                 | 6,7      | 8             | 13,3     | 0,4652         |
| ≥ 10 SM                            | 1                 | 1,7      | 2             | 3,3      | 0,7257         |
| <b>Beneficiários da renda</b>      |                   |          |               |          |                |
| Apenas o participante              | 42                | 70,0     | 39            | 65,0     | 0,7257         |
| Participantes e outros             | 18                | 30,0     | 21            | 35,0     | 0,7257         |
| <b>Com quem mora</b>               |                   |          |               |          |                |
| Sozinho                            | 20                | 33,3     | 15            | 25,0     | 0,5468         |
| Parceiro                           | 15                | 25,0     | 12            | 20,0     | 0,694          |
| Amigos                             | 9                 | 15,0     | 8             | 13,3     | 0,8752         |
| Família                            | 16                | 26,7     | 25            | 41,7     | 0,2986         |
| <b>Possui religião</b>             |                   |          |               |          |                |
| Sim                                | 34                | 56,7     | 25            | 41,7     | 0,3241         |
| Não                                | 26                | 43,3     | 35            | 58,3     | 0,3241         |
| <b>Uso de Drogas</b>               |                   |          |               |          |                |
| Sim                                | 42                | 70,0     | 47            | 78,3     | 0,5315         |
| Não                                | 18                | 30,0     | 13            | 21,7     | 0,5315         |
| <b>Uso de drogas no passado</b>    |                   |          |               |          |                |
| Maconha                            | 39                | 65,0     | 46            | 76,7     | 0,3989         |
| Cocaína                            | 23                | 38,3     | 25            | 41,7     | 0,8231         |
| Outras                             | 52                | 86,7     | 52            | 86,7     | -              |

| <b>Uso de drogas atual</b> |    |      |    |      |        |
|----------------------------|----|------|----|------|--------|
| Maconha                    | 17 | 28,3 | 11 | 18,3 | 0,4372 |
| Cocaína                    | 1  | 1,7  | 0  | 0,0  | 0,5468 |
| Outras                     | 0  | 0,0  | 3  | 5,0  | 0,2926 |

SM: Salário Mínimo    Negrito: diferença estatística

As características sociodemográficas dos participantes podem ser observadas na Tabela 2.

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica dos 120 homens que fazem sexo com homens (HSH), participantes do estudo. Botucatu, 2023.

| Características sócio<br>demográficas |       |      | G1 |      | G2 |      | p-valor       |
|---------------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------------|
|                                       | Total | %    | n  | %    | n  | %    |               |
| <b>Faixa etária</b>                   |       |      |    |      |    |      |               |
| 18 - 39                               | 105   | 87,5 | 58 | 96,7 | 47 | 78,3 | <b>0,0024</b> |
| 40 ou mais                            | 15    | 12,5 | 2  | 3,3  | 4  | 6,7  | 0,5809        |
| <b>Cor de pele</b>                    |       |      |    |      |    |      |               |
| Brancos                               | 80    | 66,7 | 41 | 68,3 | 39 | 65,0 | 0,6985        |
| Não brancos                           | 39    | 32,5 | 19 | 31,7 | 21 | 35,0 | 0,6967        |
| <b>Relacionamento</b>                 |       |      |    |      |    |      |               |
| Parceiro único                        | 42    | 35,0 | 23 | 38,3 | 19 | 31,7 | 0,4439        |
| Parceiro fixo e outros esporádicos    | 18    | 15,0 | 3  | 5,0  | 15 | 25,0 | <b>0,0022</b> |
| Diversos parceiros                    | 22    | 18,3 | 12 | 20,0 | 10 | 16,7 | 0,6370        |
| Não tenho parceiro no momento         | 38    | 31,7 | 17 | 28,3 | 21 | 35,0 | 0,4325        |
| <b>Escolaridade</b>                   |       |      |    |      |    |      |               |
| 8 a 11 anos                           | 6     | 5,0  | 1  | 1,7  | 5  | 8,3  | 0,0939        |
| 12 anos                               | 18    | 15,0 | 14 | 23,3 | 10 | 16,7 | 0,3065        |
| > 12 anos                             | 96    | 80,0 | 46 | 76,7 | 50 | 83,3 | 0,3613        |
| <b>Renda</b>                          |       |      |    |      |    |      |               |
| Sem renda                             | 10    | 8,3  | 4  | 6,7  | 6  | 10,0 | 0,5089        |
| < 1 SM                                | 6     | 5,0  | 2  | 3,3  | 4  | 6,7  | 0,4022        |
| 1 a 5 SM                              | 89    | 74,2 | 44 | 73,3 | 45 | 75,0 | 0,8348        |
| 6 a 10 SM                             | 12    | 10,0 | 7  | 11,7 | 5  | 8,3  | 0,5428        |
| ≥ 10 SM                               | 3     | 2,5  | 3  | 5,0  | 0  | 0,0  | 0,0794        |
| <b>Beneficiários da renda</b>         |       |      |    |      |    |      |               |
| Apenas o participante                 | 81    | 67,5 | 41 | 68,3 | 40 | 66,7 | 0,8455        |
| Participantes e outros                | 39    | 32,5 | 19 | 31,7 | 20 | 33,3 | 0,8455        |
| <b>Com quem mora</b>                  |       |      |    |      |    |      |               |
| Sozinho                               | 35    | 29,2 | 18 | 30,0 | 17 | 28,3 | 0,8408        |
| Parceiro                              | 27    | 22,5 | 14 | 23,3 | 13 | 21,7 | 0,8270        |
| Amigos                                | 17    | 14,2 | 9  | 15,0 | 8  | 13,3 | 0,7935        |
| Família                               | 41    | 34,2 | 19 | 31,7 | 22 | 36,7 | 0,5636        |
| <b>Possui religião</b>                |       |      |    |      |    |      |               |
| Sim                                   | 59    | 49,2 | 25 | 41,7 | 34 | 56,7 | 0,1003        |

|                                 |     |      |    |      |    |      |               |
|---------------------------------|-----|------|----|------|----|------|---------------|
| Não                             | 61  | 50,8 | 35 | 58,3 | 26 | 43,3 | 0,1003        |
| <b>Uso de Drogas</b>            |     |      |    |      |    |      |               |
| Sim                             | 89  | 74,2 | 47 | 78,3 | 42 | 70,0 | 0,2971        |
| Não                             | 31  | 25,8 | 13 | 21,7 | 18 | 30,0 | 0,2971        |
| <b>Uso de drogas no passado</b> |     |      |    |      |    |      |               |
| Maconha                         | 85  | 70,8 | 44 | 73,3 | 41 | 68,3 | 0,5468        |
| Cocaína                         | 48  | 40,0 | 22 | 36,7 | 26 | 43,3 | 0,4561        |
| Outras                          | 104 | 86,7 | 57 | 95,0 | 47 | 78,3 | <b>0,0072</b> |
| <b>Uso de drogas atual</b>      |     |      |    |      |    |      |               |
| Maconha                         | 28  | 23,3 | 12 | 20,0 | 16 | 26,7 | 0,3880        |
| Cocaína                         | 1   | 0,8  | 1  | 1,7  | 0  | 0,0  | 0,3153        |
| Outras                          | 3   | 2,5  | 1  | 1,7  | 2  | 3,3  | 0,5587        |

SM: Salário Mínimo Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

A média de idade dos 120 participantes foi de 32 anos. Notou-se predomínio das seguintes características: cor de pele branca (66,6%), escolaridade acima de 12 anos (80,0%), parceiros únicos (35,0%) ou sem parceiro no momento da avaliação (31,7%), renda mensal entre um e cinco salários mínimos (US\$263,74) (74,2%), participantes que não precisavam dividir sua renda com outras pessoas (67,5%) e, que moravam sozinhos (29,2%) ou com a família (34,2%), não possuíam religião (50,8%). Quanto ao uso de drogas, houve predominância de participantes que já fizeram uso de alguma droga (74,2%), sendo a maconha (70,8%) e a cocaína (40,0%) as mais frequentes. Atualmente, apenas 23% relatou uso frequente de maconha. Houve proporção significativamente maior de participantes sem infecção na faixa de 18 a 39 anos ( $p = 0,0024$ ) e que fizeram uso de outras drogas no passado ( $p = 0,0072$ ) e com parceiro fixo e outros esporádicos ( $p = 0,0022$ ) entre os que vivem com HIV.

Quanto às variáveis sociais e de apoio, os participantes foram questionados sobre quem procuram quando têm alguma dúvida sobre questões da sexualidade (Tabela 3). A resposta mais frequente foi a busca por amigos (62,5%), seguida de parceiros (21,7%) e familiares (19,2%). Cabe destacar que a busca por ajuda técnica (médico ou terapeuta) esteve entre as menos frequentes (14,2%). No que se refere aos lugares procurados para se divertir, os mais citados

foram baladas, clubes, boate, festas e *raves* (75,0%) e bares (65,8%). Ressalta-se que estas duas últimas questões admitiam mais de uma resposta.

Ao se comparar os grupos percebeu-se que o G1 buscou mais o parceiro para sanar dúvidas sobre sexualidade ( $p=0,0078$ ) e para o G2 foi mais frequente não buscar ajuda ( $p = 0,0398$ ), frequentar casa de amigos ( $p = 0,0185$ ) e outros espaços ( $p = 0,0369$ ).

**Tabela 3** – Caracterização dos comportamentos sociais e busca de apoio dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.

| Variáveis – Sociais e de Apoio                |       |      | G1 |      | G2 |      | p-valor       |
|-----------------------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------------|
|                                               | total | %    | n  | %    | n  | %    |               |
| <b>Pessoas a quem recorre*</b>                |       |      |    |      |    |      |               |
| Amigos                                        | 75    | 62,5 | 41 | 68,3 | 34 | 56,7 | 0,1869        |
| Parceiro                                      | 26    | 21,7 | 19 | 31,7 | 7  | 11,7 | <b>0,0078</b> |
| Médico e terapeuta                            | 17    | 14,2 | 11 | 18,3 | 6  | 10,0 | 0,1906        |
| Familiares                                    | 23    | 19,2 | 10 | 16,7 | 13 | 21,7 | 0,4866        |
| Ninguém                                       | 13    | 10,8 | 3  | 5,0  | 10 | 16,7 | <b>0,0398</b> |
| <b>Lugares para se divertir*</b>              |       |      |    |      |    |      |               |
| Bares                                         | 79    | 65,8 | 40 | 66,7 | 39 | 65,0 | 0,8474        |
| Baladas, clubes, boate, festas e <i>raves</i> | 90    | 75,0 | 47 | 78,3 | 43 | 71,7 | 0,3991        |
| Atividades ao ar livre                        | 27    | 22,5 | 10 | 16,7 | 12 | 20,0 | 0,6620        |
| Restaurantes e lanchonetes                    | 19    | 15,8 | 10 | 16,7 | 9  | 15,0 | 0,8025        |
| Casa de amigos                                | 38    | 31,7 | 13 | 21,7 | 25 | 41,7 | <b>0,0185</b> |
| Outros                                        | 23    | 19,2 | 7  | 11,7 | 16 | 26,7 | <b>0,0369</b> |
| Nenhum                                        | 6     | 5,0  | 3  | 5,0  | 3  | 5,0  | 1,0000        |

\*Item corresponde a pergunta aberta que admitiu mais de uma resposta

Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Os participantes também foram questionados quanto ao comportamento de busca a serviços de saúde (Tabela 4). A maior parte da amostra relatou buscar serviços de saúde com frequência (68,3%), sendo prevenção a infecções ou outras complicações, o motivo mais relatado para a busca (75,8%). Quando questionados sobre como se sentem ao procurar um serviço de saúde, a maioria apontou respostas positivas, tais como, “Me sinto bem” ou “É tranquilo” (71,7%). O mesmo padrão de respostas positivas foi observado ao serem questionados sobre o que sentem ao falar sobre o comportamento sexual no serviço de saúde

(71,7%). Quando comparados os grupos, o G1 relatou mais sentimentos positivos ( $p = 0,0151$ ) em relação aos serviços de saúde e o G2, mais sentimentos negativos ( $p = 0,0244$ ).

**Tabela 4** – Caracterização dos comportamentos de busca por serviços de saúde dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.

| Variáveis                                         |       |      | G1 |      | G2 |      | p-valor       |
|---------------------------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------------|
|                                                   | total | %    | n  | %    | n  | %    |               |
| Frequência de busca                               |       |      |    |      |    |      |               |
| Sempre                                            | 6     | 5,0  | 4  | 6,7  | 2  | 3,3  | 0,4022        |
| Frequentemente                                    | 82    | 68,3 | 41 | 68,3 | 41 | 68,3 | 1,0000        |
| Raramente                                         | 30    | 25,0 | 14 | 23,3 | 16 | 26,7 | 0,6733        |
| Nunca                                             | 1     | 0,8  | 0  | 0,0  | 1  | 1,7  | 0,3153        |
| Motivos para a busca*                             |       |      |    |      |    |      |               |
| Quando há queixa específica                       | 47    | 39,2 | 25 | 41,7 | 22 | 36,7 | 0,5748        |
| Prevenção                                         | 91    | 75,8 | 46 | 76,7 | 45 | 75,0 | 0,8311        |
| Outros                                            |       | 0,0  |    | 0,0  |    | 0,0  | -             |
| Sentimentos – procura pelo serviço*               |       |      |    |      |    |      |               |
| Positivos                                         | 86    | 71,7 | 49 | 81,7 | 37 | 61,7 | <b>0,0151</b> |
| Negativos relacionados ao atendimento             | 19    | 15,8 | 5  | 8,3  | 14 | 23,3 | <b>0,0244</b> |
| Negativos de caráter pessoal                      | 4     | 3,3  | 2  | 3,3  | 2  | 3,3  | 1,0000        |
| Diferenças quanto ao local de atendimento         | 11    | 9,2  | 4  | 6,7  | 7  | 11,7 | 0,3426        |
| Mudanças no decorrer do tempo                     | 10    | 8,3  | 4  | 6,7  | 6  | 10,0 | 0,5089        |
| Sentimentos – falar sobre o comportamento sexual* |       |      |    |      |    |      |               |
| Positivos                                         | 86    | 71,7 | 40 | 66,7 | 46 | 76,7 | 0,2242        |
| Negativos relacionados ao atendimento             | 28    | 23,3 | 12 | 20,0 | 16 | 26,7 | 0,3880        |
| Diferenças quanto ao local de atendimento         | 2     | 1,7  | 2  | 3,3  | 0  | 0,0  | 0,1538        |
| Mudanças no decorrer do tempo                     | 16    | 13,3 | 7  | 11,7 | 9  | 15,0 | 0,5912        |

\*Item corresponde a pergunta aberta que admite mais de uma resposta

Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Questionados sobre o padrão de relacionamento sexual (Tabela 5), a resposta mais frequente foi ter parceiro fixo e não ter relação com outras pessoas (35,0%).

**Tabela 5** – Caracterização dos comportamentos relacionados às práticas sexuais dos 120 homens que fazem sexo com homens, participantes do estudo. Botucatu, 2023.

| Variáveis - Práticas Sexuais                                 | total | %    | G1 |      | G2 |      | p-valor       |
|--------------------------------------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------------|
|                                                              |       |      | n  | %    | n  | %    |               |
| <b>Padrão de relacionamento sexual atual</b>                 |       |      |    |      |    |      |               |
| Sem relacionamento sexual                                    | 26    | 21,7 | 5  | 8,3  | 21 | 35,0 | <b>0,0004</b> |
| Relações sexuais esporádicas com diferentes homens           | 33    | 27,5 | 19 | 31,7 | 14 | 23,3 | 0,3067        |
| Uma relação fixa e outras esporádicas                        | 19    | 15,8 | 12 | 20,0 | 7  | 11,7 | 0,2112        |
| Uma relação fixa e sem outras relações                       | 42    | 35,0 | 24 | 40,0 | 18 | 30,0 | 0,2508        |
| <b>Propor o uso do preservativo*</b>                         |       |      |    |      |    |      |               |
| Não tem dificuldade                                          | 92    | 76,7 | 44 | 73,3 | 48 | 80,0 | 0,3880        |
| Tem dificuldade                                              | 18    | 15,0 | 12 | 20,0 | 6  | 10,0 | 0,1250        |
| Não uso                                                      | 6     | 5,0  | 3  | 5,0  | 3  | 5,0  | 1,0000        |
| Não usa, é indetectável                                      | 3     | 2,5  | 0  | 0,0  | 3  | 5,0  | 0,0794        |
| Não usa, parceiro é indetectável                             | 1     | 0,8  | 1  | 1,7  | 0  | 0,0  | 0,3153        |
| <b>Comportamento de risco**</b>                              |       |      |    |      |    |      |               |
| Realizou sexo anal passivo                                   | 95    | 79,2 | 45 | 75,0 | 50 | 83,3 | 0,2611        |
| Não sabe o resultado de HIV de alguns dos parceiros          | 58    | 48,3 | 23 | 51,1 | 35 | 70,0 | <b>0,0284</b> |
| <b>Uso consistente do preservativo durante o sexo anal**</b> |       |      |    |      |    |      |               |
| Não                                                          | 90    | 75,0 | 49 | 81,7 | 41 | 68,3 | 0,0917        |

\*Item corresponde a pergunta aberta que admite mais de uma resposta

\*\*Comportamento referente aos últimos seis meses

Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

A maior parte dos participantes relatou não sentir dificuldades em propor o uso do preservativo ao parceiro (76,7%). Observou-se que 95 (79,2%) participantes relataram ter feito sexo anal passivo nos últimos seis meses e entre estes, 58 (61,0%) não sabiam o resultado do teste para pesquisa de HIV do parceiro. Do total da amostra, 75,0% relataram não usar preservativo na prática de sexo anal com todos os parceiros. Na comparação entre os grupos, houve predomínio, no G2, de participantes que relataram não ter tido relacionamentos sexuais ( $p = 0,0004$ ) nos últimos 30 dias e, que declararam não saber o resultado do exame para pesquisa de HIV de alguns parceiros ( $p = 0,0284$ ).

Em relação ao tipo de prática sexual, observou-se que aquelas com menor frequência de uso de preservativos foram as de sexo oral, receptivo ou insertivo, sendo que 80,0% mencionaram nunca usar o preservativo em ambas as situações (Tabela 6).

**Tabela 6** – Caracterização dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto ao comportamento de uso do preservativo em diferentes práticas sexuais. Botucatu, 2023.

| Variáveis - Uso do preservativo |       |      | G1 |      | G2 |      | p-valor |
|---------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------|
|                                 | total | %    | n  | %    | n  | %    |         |
| Sexo anal com mulheres          |       |      |    |      |    |      |         |
| Nunca                           | 4     | 3,3  | 0  | 0,0  | 4  | 6,7  | 0,2223  |
| Sempre                          | 2     | 1,7  | 1  | 1,7  | 1  | 1,7  | 1,0000  |
| Sexo anal passivo com homens    |       |      |    |      |    |      |         |
| Nunca                           | 13    | 10,8 | 9  | 15,0 | 4  | 6,7  | 0,3782  |
| De vez em quando                | 29    | 24,2 | 16 | 26,7 | 13 | 21,7 | 0,7011  |
| Na maioria das vezes            | 30    | 25,0 | 15 | 25,0 | 15 | 25,0 | 1,0000  |
| Sempre                          | 31    | 25,8 | 9  | 15,0 | 22 | 36,7 | 0,1038  |
| Sexo anal ativo com homem       |       |      |    |      |    |      |         |
| Nunca                           | 17    | 14,2 | 9  | 15,0 | 8  | 13,3 | 0,8752  |
| De vez em quando                | 29    | 24,2 | 18 | 30,0 | 11 | 18,3 | 0,3705  |
| Na maioria das vezes            | 40    | 33,3 | 21 | 35,0 | 19 | 31,7 | 0,8162  |
| Sempre                          | 23    | 19,2 | 9  | 15,0 | 14 | 23,3 | 0,4866  |
| Sexo vaginal                    |       |      |    |      |    |      |         |
| Nunca                           | 3     | 2,5  | 0  | 0,0  | 3  | 5,0  | 0,2926  |
| De vez em quando                | 3     | 2,5  | 1  | 1,7  | 2  | 3,3  | 0,7257  |
| Na maioria das vezes            | 5     | 4,2  | 4  | 6,7  | 1  | 1,7  | 0,4109  |
| Sempre                          | 10    | 8,3  | 4  | 6,7  | 6  | 10,0 | 0,6918  |
| Sexo oral ativo com homem       |       |      |    |      |    |      |         |
| Nunca                           | 96    | 80,0 | 51 | 85,0 | 45 | 75,0 | 0,4113  |
| De vez em quando                | 11    | 9,2  | 5  | 8,3  | 6  | 10,0 | 0,8495  |
| Na maioria das vezes            | 3     | 2,5  | 2  | 3,3  | 1  | 1,7  | 0,7257  |
| Sempre                          | 5     | 4,2  | 0  | 0,0  | 5  | 8,3  | 0,1705  |
| Sexo oral passivo com homem     |       |      |    |      |    |      |         |
| Nunca                           | 96    | 80,0 | 51 | 85,0 | 45 | 75,0 | 0,4113  |
| De vez em quando                | 11    | 9,2  | 6  | 10,0 | 5  | 8,3  | 0,8495  |
| Na maioria das vezes            | 3     | 2,5  | 1  | 1,7  | 2  | 3,3  | 0,7257  |
| Sempre                          | 4     | 3,3  | 0  | 0,0  | 4  | 6,7  | 0,2223  |

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Em nenhuma das práticas investigadas, a resposta “sempre” foi relatada por mais de 30,0% da amostra. Foram também investigados os motivos para o não uso, ou baixa frequência de uso, de preservativos em relações sexuais (Tabela 7).

**Tabela 7** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto aos motivos relacionados ao não uso ou baixa frequência de uso do preservativo. Botucatu, 2023.

| Variáveis                                                                                    |       |      | G1 |      | G2 |      | p-valor       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------------|
|                                                                                              | total | %    | n  | %    | n  | %    |               |
| Motivos para o não uso                                                                       |       |      |    |      |    |      |               |
| Conhecia/confiava no parceiro                                                                | 73    | 60,8 | 41 | 68,3 | 32 | 53,3 | 0,0923        |
| Não tinha camisinha disponível                                                               | 15    | 12,5 | 5  | 8,3  | 10 | 16,7 | 0,1675        |
| Estava com muito “tesão”                                                                     | 42    | 35,0 | 23 | 38,3 | 19 | 31,7 | 0,4439        |
| Estava “chapado” (sob efeito de álcool/drogas)                                               | 17    | 14,2 | 9  | 15,0 | 8  | 13,3 | 0,7935        |
| Não pretendia ter penetração                                                                 | 16    | 13,3 | 11 | 18,3 | 5  | 8,3  | 0,1071        |
| Não consegui convencer meu parceiro                                                          | 6     | 5,0  | 4  | 6,7  | 2  | 3,3  | 0,4022        |
| Só fiz sexo oral                                                                             | 30    | 25,0 | 17 | 28,3 | 13 | 21,7 | 0,3991        |
| Estava apaixonado                                                                            | 5     | 4,2  | 3  | 5,0  | 2  | 3,3  | 0,6478        |
| “Transei” no <i>dark-room</i>                                                                | 1     | 0,8  | 1  | 1,7  | 0  | 0,0  | 0,3153        |
| Acho que camisinha tira o tesão                                                              | 25    | 20,8 | 12 | 20,0 | 13 | 21,7 | 0,8221        |
| Camisinha aperta/dá alergia/coça/incomoda                                                    | 18    | 15,0 | 9  | 15,0 | 9  | 15,0 | 1,0000        |
| Parceiro parecia saudável                                                                    | 21    | 17,5 | 13 | 21,7 | 8  | 13,3 | 0,2297        |
| Parceiro tinha teste HIV negativo                                                            | 27    | 22,5 | 22 | 36,7 | 5  | 8,3  | <b>0,0002</b> |
| Teve pouca penetração e gozou fora                                                           | 13    | 10,8 | 9  | 15,0 | 4  | 6,7  | 0,1419        |
| Faço uso de medicamentos para evitar a contaminação - PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV | 17    | 14,2 | 16 | 26,7 | 1  | 1,7  | <b>0,0001</b> |
| Faço uso de medicamentos para evitar a contaminação - Pep – Profilaxia Pós-Exposição         | 5     | 4,2  | 4  | 6,7  | 1  | 1,7  | 0,1705        |
| Outros:                                                                                      | 9     | 7,5  | 3  | 5,0  | 6  | 10,0 | 0,2985        |
| Diminui ou para o uso em relações estáveis                                                   |       |      |    |      |    |      |               |
| Sim                                                                                          | 97    | 80,8 | 54 | 90,0 | 43 | 71,7 | <b>0,0107</b> |
| Motivos para o não uso em relações estáveis*                                                 |       |      |    |      |    |      |               |
| Confiança                                                                                    | 68    | 56,7 | 39 | 65,0 | 29 | 48,3 | 0,0654        |
| É melhor sem                                                                                 | 25    | 20,8 | 14 | 23,3 | 11 | 18,3 | 0,5001        |
| Realizamos testes frequentes                                                                 | 22    | 18,3 | 14 | 23,3 | 8  | 13,3 | 0,1569        |
| Acordo entre ambos                                                                           | 10    | 8,3  | 4  | 6,7  | 6  | 10,0 | 0,5089        |
| Sou indetectável/ parceiro indetectável/ ambos soropositivos                                 | 4     | 3,3  | 1  | 1,7  | 3  | 5,0  | 0,3091        |
| Parceiro usa PrEP                                                                            | 3     | 2,5  | 1  | 1,7  | 2  | 3,3  | 0,5587        |
| Parceiro não gosta                                                                           | 2     | 1,7  | 1  | 1,7  | 1  | 1,7  | 1,0000        |
| Não soube opinar                                                                             | 1     | 0,8  | 1  | 1,7  | 0  | 0,0  | 0,3153        |

\*Item corresponde a pergunta aberta que admite mais de uma resposta

Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Notou-se que os motivos mais citados foram a confiança no parceiro (60,8%), estar mais focado no prazer do momento (35,0%) e ter feito apenas sexo oral (25,0%). Estar em uma

relação estável também foi relatado como motivo para diminuir ou interromper o uso do preservativo, visto que 80,8% da amostra relatou ter esse comportamento. Os motivos mais frequentes para uso inconsistente de preservativos em relações estáveis foram: confiança (56,7%), experimentar maior prazer sem o preservativo (20,8%) e a realização frequente de testes (18,3%).

Comparando-se os grupos, observou-se maior frequência de participantes do G1 que apontaram os motivos “parceiro tinha teste de HIV negativo” ( $p = 0,0002$ ) e “Faço uso de medicamentos para evitar a contaminação - PrEP” ( $p = 0,0001$ ). Foi também maior para o G1 a proporção de participantes que declararam diminuir ou cessar o uso de preservativos em relações estáveis ( $p = 0,0107$ ).

Foi também investigada a dificuldade para o uso do preservativo em diferentes locais em que possa ter tido relações sexuais (Tabela 8). A maior parte dos participantes relatou não ter dificuldades no uso de preservativos nos locais questionados. Na comparação entre os grupos observou-se diferença na dificuldade apontada para relações ocorridas na casa de familiares onde mais participantes do G1 apontam não sentir dificuldades nesse local ( $p = 0,0230$ ).

**Tabela 8** – Caracterização dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto à dificuldade para o uso do preservativo segundo o local para relações sexuais. Botucatu, 2023.

| Variáveis – locais e dificuldade do uso do preservativo |    |      | G1 |      | G2 |      | p-valor       |
|---------------------------------------------------------|----|------|----|------|----|------|---------------|
| total                                                   | %  | n    | %  | n    | %  |      |               |
| <b>Banheiro</b>                                         |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 13 | 10,8 | 8  | 13,3 | 5  | 8,3  | 0,3782        |
| Pouca                                                   | 3  | 2,5  | 2  | 3,3  | 1  | 1,7  | 0,5587        |
| Média                                                   | 6  | 5,0  | 5  | 8,3  | 1  | 1,7  | 0,0939        |
| Muita                                                   | 9  | 7,5  | 4  | 6,7  | 5  | 8,3  | 0,7289        |
| <b>Dark-room</b>                                        |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 19 | 15,8 | 9  | 15,0 | 10 | 16,7 | 0,8025        |
| Pouca                                                   | 4  | 3,3  | 1  | 1,7  | 3  | 5,0  | 0,3091        |
| Média                                                   | 6  | 5,0  | 4  | 6,7  | 2  | 3,3  | 0,4022        |
| Muita                                                   | 11 | 9,2  | 7  | 11,7 | 4  | 6,7  | 0,3426        |
| <b>Sauna</b>                                            |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 30 | 25,0 | 14 | 23,3 | 16 | 26,7 | 0,6733        |
| Pouca                                                   | 10 | 8,3  | 6  | 10,0 | 4  | 6,7  | 0,5089        |
| Média                                                   | 7  | 5,8  | 2  | 3,3  | 5  | 8,3  | 0,2426        |
| Muita                                                   | 6  | 5,0  | 3  | 5,0  | 3  | 5,0  | 1,0000        |
| <b>Motel/hotel</b>                                      |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 77 | 64,2 | 37 | 61,7 | 40 | 66,7 | 0,5679        |
| Pouca                                                   | 17 | 14,2 | 11 | 18,3 | 6  | 10,0 | 0,1906        |
| Média                                                   | 6  | 5,0  | 2  | 3,3  | 4  | 6,7  | 0,4022        |
| Muita                                                   | 7  | 5,8  | 3  | 5,0  | 4  | 6,7  | 0,6969        |
| <b>Casa de familiares</b>                               |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 44 | 36,7 | 28 | 46,7 | 16 | 26,7 | <b>0,0230</b> |
| Pouca                                                   | 14 | 11,7 | 7  | 11,7 | 7  | 11,7 | 1,0000        |
| Média                                                   | 1  | 0,8  | 0  | 0,0  | 1  | 1,7  | 0,3153        |
| Muita                                                   | 4  | 3,3  | 2  | 3,3  | 2  | 3,3  | 1,0000        |
| <b>Própria casa</b>                                     |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 86 | 71,7 | 42 | 70,0 | 44 | 73,3 | 0,6854        |
| Pouca                                                   | 16 | 13,3 | 9  | 15,0 | 7  | 11,7 | 0,5912        |
| Média                                                   | 5  | 4,2  | 2  | 3,3  | 3  | 5,0  | 0,6478        |
| Muita                                                   | 9  | 7,5  | 4  | 6,7  | 5  | 8,3  | 0,7289        |
| <b>Casa do parceiro</b>                                 |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 81 | 67,5 | 42 | 70,0 | 39 | 65,0 | 0,5587        |
| Pouca                                                   | 18 | 15,0 | 11 | 18,3 | 7  | 11,7 | 0,3065        |
| Média                                                   | 5  | 4,2  | 2  | 3,3  | 3  | 5,0  | 0,6478        |
| Muita                                                   | 10 | 8,3  | 5  | 8,3  | 5  | 8,3  | 1,0000        |
| <b>Parques</b>                                          |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 9  | 7,5  | 5  | 8,3  | 4  | 6,7  | 0,7289        |
| Pouca                                                   | 1  | 0,8  | 0  | 0,0  | 1  | 1,7  | 0,3153        |
| Média                                                   | 8  | 6,7  | 5  | 8,3  | 3  | 5,0  | 0,4642        |
| Muita                                                   | 5  | 4,2  | 2  | 3,3  | 3  | 5,0  | 0,6478        |
| <b>Carro</b>                                            |    |      |    |      |    |      |               |
| Nenhuma                                                 | 34 | 28,3 | 17 | 28,3 | 17 | 28,3 | 1,0000        |

|                              |    |      |    |      |    |      |        |
|------------------------------|----|------|----|------|----|------|--------|
| Pouca                        | 23 | 19,2 | 13 | 21,7 | 10 | 16,7 | 0,4866 |
| Média                        | 10 | 8,3  | 5  | 8,3  | 5  | 8,3  | 1,0000 |
| Muita                        | 13 | 10,8 | 6  | 10,0 | 7  | 11,7 | 0,7690 |
| <b>Rua</b>                   |    |      |    |      |    |      |        |
| Nenhuma                      | 12 | 10,0 | 4  | 6,7  | 8  | 13,3 | 0,2235 |
| Pouca                        | 8  | 6,7  | 4  | 6,7  | 4  | 6,7  | 1,0000 |
| Média                        | 5  | 4,2  | 4  | 6,7  | 1  | 1,7  | 0,1705 |
| Muita                        | 5  | 4,2  | 1  | 1,7  | 4  | 6,7  | 0,1705 |
| <b>Praia/cachoeira/campo</b> |    |      |    |      |    |      |        |
| Nenhuma                      | 16 | 13,3 | 8  | 13,3 | 8  | 13,3 | 1,0000 |
| Pouca                        | 9  | 7,5  | 5  | 8,3  | 4  | 6,7  | 0,7289 |
| Média                        | 8  | 6,7  | 3  | 5,0  | 5  | 8,3  | 0,4642 |
| Muita                        | 7  | 5,8  | 4  | 6,7  | 3  | 5,0  | 0,6969 |

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Ao final do questionário os participantes analisaram 38 frases e responderam se consideravam serem essas verdadeiras, falsas ou se não sabiam. Notou-se que a maior parte dos participantes acertou entre 31 e 35 frases (77 participantes), não havendo diferença na comparação entre os grupos (Tabela 9).

**Tabela 9** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto aos acertos sobre os conhecimentos acerca de HIV e aids. Botucatu, 2023.

| Variáveis - Conhecimentos sobre HIV |       |      | G1 |      | G2 |      |         |
|-------------------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------|
|                                     | total | %    | n  | %    | n  | %    | p-valor |
| <b>Acertos</b>                      |       |      |    |      |    |      |         |
| ≤30                                 | 35    | 29,2 | 17 | 28,3 | 18 | 30,0 | 0,8408  |
| 31 a 35                             | 77    | 64,2 | 40 | 66,7 | 37 | 61,7 | 0,5679  |
| >35                                 | 8     | 6,7  | 3  | 5,0  | 5  | 8,3  | 0,4642  |

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

A quantidade de acertos nas frases também foi analisada em comparação ao uso inconsistente do preservativo. A Tabela 10 apresenta a comparação entre conhecimento e uso do preservativo para a amostra. Foi estabelecido a média de acertos, 31 pontos, como ponto de corte. Não foram observadas diferenças na relação entre estas variáveis.

**Tabela 10** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto aos acertos sobre os conhecimentos acerca de HIV e aids e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.

| Conhecimentos | Total |      | Uso do Preservativo |      |     |      | p-valor |
|---------------|-------|------|---------------------|------|-----|------|---------|
|               | n     | %    | Sim                 | %    | Não | %    |         |
| ≥31           | 85    | 70,8 | 22                  | 25,9 | 63  | 74,1 | 0,7279  |
| <31           | 35    | 29,2 | 8                   | 22,9 | 27  | 77,1 |         |

A Tabela 11 apresenta a comparação entre as mesmas variáveis – uso inconsistente do preservativo e conhecimento, porém nesta é destacada a relação entre os grupos de participantes sem infecção pelo HIV e com a infecção. O uso inconsistente (UI) foi contabilizado a partir do número de resposta negativas para o uso do preservativo. Não foram encontradas diferenças na comparação entre os grupos.

**Tabela 11** – Comparação entre os grupos G1 e G2, quanto aos acertos sobre os conhecimentos acerca de HIV e aids e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.

| Conhecimentos | G1 |    |      | G2 |    |      | p-valor |
|---------------|----|----|------|----|----|------|---------|
|               | n  | UI | %    | n  | UI | %    |         |
| ≥31           | 43 | 34 | 79,1 | 42 | 29 | 69,0 | 0,4196  |
| <31           | 17 | 15 | 88,2 | 18 | 12 | 66,7 | 0,2644  |

UI: Uso Inconsistente

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Quanto resultados dos instrumentos aplicados, também não foram observadas diferenças entre os grupos (Tabela 12). A maioria dos participantes (64,2%) apresentou pontuação no instrumento AUDIT para categoria de “uso de baixo risco” (de 0 a 7 pontos), o que indica baixo risco de desenvolver dependência de álcool. Para o instrumento SRQ-20 observou-se que 32,5% da amostra obtiveram resultados iguais ou superiores a sete pontos, o que é indicativo da presença de transtornos mentais.

**Tabela 12** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto às pontuações no AUDIT e SRQ-20. Botucatu, 2023.

| Variáveis - Instrumentos |       |      | G1 |      | G2 |      | p-valor |
|--------------------------|-------|------|----|------|----|------|---------|
|                          | total | %    | n  | %    | n  | %    |         |
| AUDIT                    |       |      |    |      |    |      |         |
| Baixo risco              | 77    | 64,2 | 37 | 61,7 | 40 | 66,7 | 0,5679  |
| Consumo moderado         | 35    | 29,2 | 19 | 31,7 | 16 | 26,7 | 0,5468  |
| Uso nocivo               | 3     | 2,5  | 1  | 1,7  | 2  | 3,3  | 0,5587  |
| Provável dependência     | 5     | 4,2  | 3  | 5,0  | 2  | 3,3  | 0,6478  |
| SRQ-20                   |       |      |    |      |    |      |         |
| ≥7                       | 39    | 32,5 | 20 | 33,3 | 19 | 31,7 | 0,8455  |

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test* SRQ-20: *Self-Reporting Questionnaire*

A Tabela 13 apresenta as comparações entre as pontuações obtidas nos instrumentos AUDIT e SRQ-20 e a frequência de uso inconsistente do preservativo. Destaque-se os participantes que apresentaram provável dependência, que apesar de serem poucos, todos relataram uso inconsistente.

**Tabela 13** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto às pontuações no AUDIT e SRQ-20 e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.

| Preservativo: Domicat, 2023. |       |      |                     |      |     |       |         |
|------------------------------|-------|------|---------------------|------|-----|-------|---------|
| Pontuações                   | Total |      | Uso do Preservativo |      |     |       | p-valor |
|                              | n     | %    | Sim                 | %    | Não | %     |         |
| AUDIT                        |       |      |                     |      |     |       |         |
| Baixo risco                  | 77    | 64,2 | 18                  | 23,4 | 59  | 76,6  | 0,841   |
| Consumo de risco             | 35    | 29,2 | 10                  | 28,6 | 25  | 71,4  |         |
| Uso nocivo                   | 3     | 2,5  | 2                   | 25,0 | 1   | 33,3  |         |
| Provável dependência         | 5     | 4,2  | 0                   | 0    | 5   | 100,0 |         |
| SRQ                          |       |      |                     |      |     |       |         |
| ≥7                           | 39    | 32,5 | 9                   | 23,1 | 30  | 76,9  | 0,3511  |
| <7                           | 81    | 67,5 | 21                  | 25,9 | 60  | 74,1  |         |

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

SRQ-20: *Self-Reporting Questionnaire*

Na comparação entre os grupos (Tabela 14) observa-se que mais participantes do G1 (78,9%) faziam uso inconsistente quando em consumo de risco ( $p = 0,0270$ ). Para o SRQ destaca-se novamente o G1 com maior uso inconsistente (85%) entre aqueles que apresentaram provável sofrimento mental ( $p = 0,0358$ ).

**Tabela 14** – Comparação entre os grupos G1 e G2, quanto às pontuações no AUDIT e SRQ-20 e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.

| Pontuações           | G1 |    |      | G2 |    |      | p-valor       |
|----------------------|----|----|------|----|----|------|---------------|
|                      | n  | UI | %    | n  | UI | %    |               |
| AUDIT                |    |    |      |    |    |      |               |
| Baixo risco          | 37 | 30 | 81   | 40 | 28 | 70   | 0,2281        |
| Consumo de risco     | 19 | 15 | 78,9 | 16 | 10 | 62,5 | <b>0,0270</b> |
| Uso nocivo           | 1  | 0  | 0    | 2  | 1  | 50   | <b>0,0000</b> |
| Provável dependência | 3  | 3  | 100  | 2  | 2  | 100  | 1,0000        |
| SRQ                  |    |    |      |    |    |      |               |
| ≥7                   | 20 | 17 | 85   | 19 | 13 | 68,4 | <b>0,0358</b> |
| <7                   | 40 | 32 | 80   | 41 | 28 | 68,2 | 0,1961        |

UI: Uso Inconsistente Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire

A tabela 15 apresenta as médias e desvios-padrão para a pontuação obtida na Escala de Apoio Social, bem como a distribuição entre os grupos. São também apresentados as médias e desvios-padrão para a quantidade de parentes e amigos com quem os participantes se sentiam muito à vontade. Ao se avaliar os itens da escala segundo as quatro dimensões propostas por Zanini, Peixoto e Nakano<sup>82</sup> observou-se que os participantes possuíam média percepção de apoio para todos os itens.

**Tabela 15** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto às pontuações na Escala de Apoio Social. Botucatu, 2023.

|                                | G1    |               | G2    |               | p-valor |
|--------------------------------|-------|---------------|-------|---------------|---------|
|                                | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão |         |
| <b>Pontuação total</b>         | 79,20 | 13,08         | 79,97 | 13,26         | 0,3453  |
| Apoio material                 | 11,79 | 3,80          | 11,80 | 3,78          | 0,9811  |
| Apoio afetivo                  | 10,39 | 2,13          | 10,63 | 2,01          | 0,2173  |
| Apoio emocional /informacional | 24,78 | 6,47          | 25,26 | 6,41          | 0,4175  |
| Interação social positiva      | 13,20 | 2,76          | 13,26 | 2,75          | 0,7949  |
| <b>Parentes</b>                | 2,30  | 2,66          | 2,42  | 2,27          | 0,3993  |
| <b>Amigos</b>                  | 4,70  | 3,51          | 4,82  | 2,94          | 0,5844  |

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

A tabela 16 apresenta as comparações das pontuações obtidas na Escala de Apoio Social com o uso inconsistente do preservativo. Para os itens pontuação total, parentes e amigos

foi estabelecido com ponto de corte para a análise as médias obtidas anteriormente. Apesar de novamente não ter se observado diferenças nas relações aqui destacadas, nota-se uma tendência a um maior uso inconsistente entre aqueles participantes com média e alta percepção de interação social positiva.

**Tabela 16** – Distribuição dos 120 homens que fazem sexo com homens, quanto às pontuações na Escala de Apoio Social e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.

| Pontuações                             | Total |      | Uso do Preservativo |      |     |      | p-valor |
|----------------------------------------|-------|------|---------------------|------|-----|------|---------|
|                                        | n     | %    | Sim                 | %    | Não | %    |         |
| <b>Pontuação Total</b>                 |       |      |                     |      |     |      |         |
| ≥79                                    | 74    | 61,7 | 19                  | 25,7 | 55  | 74,3 | 0,723   |
| <79                                    | 46    | 38,3 | 14                  | 30,4 | 35  | 76,1 |         |
| <b>Parentes</b>                        |       |      |                     |      |     |      |         |
| ≥2                                     | 76    | 63,3 | 22                  | 28,9 | 57  | 75,0 | 0,733   |
| <2                                     | 44    | 36,7 | 11                  | 25,0 | 33  | 75,0 |         |
| <b>Amigos</b>                          |       |      |                     |      |     |      |         |
| ≥4                                     | 65    | 54,2 | 20                  | 30,8 | 45  | 69,2 | 0,113   |
| <4                                     | 55    | 45,8 | 10                  | 18,2 | 45  | 81,8 |         |
| <b>Apoio Material</b>                  |       |      |                     |      |     |      |         |
| Baixa Percepção                        | 14    | 11,7 | 3                   | 21,4 | 11  | 78,6 | 0,151   |
| Média Percepção                        | 56    | 46,7 | 10                  | 17,9 | 46  | 82,1 |         |
| Alta Percepção                         | 50    | 41,7 | 17                  | 34,0 | 33  | 66,0 |         |
| <b>Apoio Afetivo</b>                   |       |      |                     |      |     |      |         |
| Baixa Percepção                        | 2     | 1,7  | 1                   | 50,0 | 1   | 50,0 | 0,6     |
| Média Percepção                        | 42    | 35,0 | 9                   | 21,4 | 33  | 78,6 |         |
| Alta Percepção                         | 76    | 63,3 | 20                  | 26,3 | 56  | 73,7 |         |
| <b>Apoio Emocional e Informacional</b> |       |      |                     |      |     |      |         |
| Baixa Percepção                        | 6     | 5,0  | 2                   | 33,3 | 4   | 66,7 | 0,725   |
| Média Percepção                        | 67    | 55,8 | 15                  | 22,4 | 52  | 77,6 |         |
| Alta Percepção                         | 47    | 39,2 | 13                  | 27,7 | 34  | 72,3 |         |
| <b>Interação Social Positiva</b>       |       |      |                     |      |     |      |         |
| Baixa Percepção                        | 4     | 3,3  | 2                   | 50,0 | 2   | 50,0 | 0,063   |
| Média Percepção                        | 57    | 47,5 | 9                   | 15,8 | 48  | 84,2 |         |
| Alta Percepção                         | 59    | 49,2 | 19                  | 32,2 | 40  | 67,8 |         |

Na tabela 17 observa-se uma maior frequência de uso inconsistente entre os participantes do G1. Na pontuação total, os participantes do G1 com maiores pontuações (≥79)

apresentaram 84,2% de uso inconsistente ( $p=0,0127$ ). O mesmo foi observado entre aqueles que podem contar com mais amigos ( $\geq 4$ ), 76,9% de uso inconsistente ( $p = 0,0148$ ). De modo contrário, para o fator parentes com quem se podem contar, o maior uso do G1 esteve entre aqueles com pouco parentes ( $<2$ ), 80,8% de uso inconsistente ( $p = 0,0418$ ).

**Tabela 17** – Comparação entre os grupos G1 e G2, quanto as pontuações na Escala de Apoio Social e a relação com a frequência de respostas de uso inconsistente do preservativo. Botucatu, 2023.

| Pontuações                             | G1 |    |      | G2 |    |      | p-valor       |
|----------------------------------------|----|----|------|----|----|------|---------------|
|                                        | n  | UI | %    | n  | UI | %    |               |
| <b>Pontuação Total</b>                 |    |    |      |    |    |      |               |
| $\geq 79$                              | 38 | 32 | 84,2 | 36 | 23 | 63,9 | <b>0,0127</b> |
| $<79$                                  | 22 | 17 | 77,3 | 24 | 18 | 75,0 | 0,3921        |
| <b>Parentes</b>                        |    |    |      |    |    |      |               |
| $\geq 2$                               | 34 | 28 | 82,4 | 42 | 29 | 69,0 | 0,0722        |
| $<2$                                   | 26 | 21 | 80,8 | 18 | 12 | 66,7 | <b>0,0418</b> |
| <b>Amigos</b>                          |    |    |      |    |    |      |               |
| $\geq 4$                               | 39 | 30 | 76,9 | 26 | 15 | 57,7 | <b>0,0148</b> |
| $<4$                                   | 21 | 19 | 90,5 | 34 | 26 | 76,5 | 0,0565        |
| <b>Apoio Material</b>                  |    |    |      |    |    |      |               |
| Baixa Percepção                        | 8  | 6  | 75,0 | 6  | 5  | 83,3 | 0,0568        |
| Média Percepção                        | 25 | 23 | 92,0 | 31 | 23 | 74,2 | <b>0,0224</b> |
| Alta Percepção                         | 27 | 20 | 74,1 | 23 | 13 | 56,5 | <b>0,0157</b> |
| <b>Apoio Afetivo</b>                   |    |    |      |    |    |      |               |
| Baixa Percepção                        | 2  | 1  | 50,0 | 0  | 0  | 0,0  | <b>0,0000</b> |
| Média Percepção                        | 21 | 19 | 90,5 | 21 | 14 | 66,7 | <b>0,0017</b> |
| Alta Percepção                         | 37 | 29 | 78,4 | 39 | 27 | 69,2 | 0,1576        |
| <b>Apoio Emocional e Informacional</b> |    |    |      |    |    |      |               |
| Baixa Percepção                        | 5  | 4  | 80,0 | 1  | 0  | 0,0  | <b>0,0000</b> |
| Média Percepção                        | 32 | 27 | 84,4 | 35 | 25 | 71,4 | 0,0762        |
| Alta Percepção                         | 23 | 18 | 78,3 | 24 | 16 | 66,7 | 0,0794        |
| <b>Interação Social Positiva</b>       |    |    |      |    |    |      |               |
| Baixa Percepção                        | 2  | 1  | 50,0 | 2  | 1  | 50,0 | 0,5000        |
| Média Percepção                        | 30 | 26 | 86,7 | 27 | 22 | 81,5 | 0,2811        |
| Alta Percepção                         | 28 | 22 | 78,6 | 31 | 18 | 58,1 | <b>0,0086</b> |

UI: Uso Inconsistente Negrito: diferença estatística

G1: 60 HSH sem infecção pelo HIV; G2: 60 HSH que vivem com HIV

Quando são avaliados os diferentes tipos de apoio observa-se que o G1 tende a ter mais uso inconsistente conforme percebe mais apoio. Para apoio material, entre aqueles com média percepção o uso inconsistente do G1 foi de 92,% ( $p = 0,0224$ ) e entre os com alta

percepção 74,1% ( $p = 0,0157$ ). Em relação ao apoio afetivo o maior uso inconsistente do G1 foi entre os participantes com média percepção (90,5% e  $p = 0,0017$ ). Quanto a interação social positiva observou-se o maior uso inconsistente do G1 entre aqueles com alta percepção (78,6% e  $p = 0,0086$ ).

## 5. DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta predominantemente por jovens (média de 32 anos) brancos e com escolaridade superior a 12 anos. Participantes com alto nível de escolaridade foram também frequente em outros estudos<sup>51-53,55,56,59,61-66,69,72</sup>. Comparando-se os dois grupos, observou-se uma maior proporção de participantes na faixa de 18 a 39 anos no G1. A grande maioria dos indivíduos se declarou branca, o que corresponde às características da população do estado de São Paulo<sup>83</sup>.

Foi observado que a grande maioria dos entrevistados tinha um único ou nenhum parceiro, quando da sua inclusão no estudo, havendo diferença apenas em relação a ter parceiro fixo e outros esporádicos entre os HSH que vivem com HIV. É provável que este aspecto (único ou nenhum parceiro) tenha sido influenciado pelo fato de grande parte das entrevistas terem sido realizadas durante a pandemia de covid-19, em que parte das recomendações para o controle da disseminação do vírus era reduzir o contato social. Entretanto estar sem parceiro fixo parece comum entre a população de HSH, visto que o mesmo aspecto foi também observado em muitos dos estudos aqui citados<sup>52,53,55,56,58,62,64-67</sup>.

A investigação sobre variáveis sociais e de apoio mostrou que a maior parte dos participantes recorre a amigos quando possui alguma dúvida sobre sexualidade, sendo a busca por profissionais (médicos ou terapeutas) realizada por apenas 14,2% do total da amostra. Entretanto a maioria dos participantes relata procurar com frequência por serviços de saúde, na maior parte das vezes com objetivo de prevenção, seja para acompanhamento terapêutico ou para aquisição de medicamentos para prevenir a infecção pelo HIV. Esses dados poderiam sugerir que apesar de estarem com frequência nos serviços de saúde os participantes não se sentem à vontade para apresentar todas as suas dúvidas. Porém, ao serem questionados sobre como se sentem ao falar sobre seu comportamento sexual nos serviços a maioria relatou se sentir bem. Cabe também destacar que metade das entrevistas foi realizada presencialmente no

ambulatório e que os participantes eram encaminhados para as mesmas após finalizar o acompanhamento médico. É possível também que esse contexto tenha influenciado nas respostas desses participantes. Tal incongruência nas respostas sugere a necessidade de novos estudos que investiguem melhor a influência de serviços de saúde no comportamento preventivo a infecção pelo HIV para esta população.

As respostas contraditórias também podem sugerir que um ambiente que deveria ser acolhedor para esta população pode acabar sendo fonte de dúvidas e insegurança. Neste sentido, Cota e Cruz<sup>84</sup> realizaram um estudo em que foram realizadas observações de campo, análise documental e entrevistas com usuários, gestores e profissionais de saúde em um Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) na cidade de Curitiba, no Paraná. Os autores tinham por objetivo investigar diferentes barreiras de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV por HSH. Ao entrevistarem os HSH usuários do serviço, os autores identificaram como barreiras: falta de profissionais, dificuldade de acesso ou dificuldade quanto ao horário de atendimento, além do medo de sofrer preconceito ou exposição do resultado. Os profissionais também apontaram por problemas estarem em equipes reduzidas, pela falta de profissionais preparados, além da presença de preconceito em relação à clientela atendida no serviço. Usuários do serviço relataram ainda falta de informações, além de medo e vergonha sobre assuntos acerca do HIV/aids, bem como falas homofóbicas por parte dos profissionais.

Considerando o relato de uso inconsistente do preservativo durante a prática de sexo anal observou-se que esta resposta foi frequente entre os participantes deste estudo. Segundo Kelley et al<sup>85</sup> no sexo via retal é maior a probabilidade de contágio por HIV, visto que a mucosa retal é muito absorativa e o esperma contém significativa concentração do vírus. Os autores também destacam que é frequente a ocorrência de micro ferimentos durante o ato sexual. Apesar da vulnerabilidade à infecção pelo HIV e de outras infecções sexualmente

transmissíveis, a ocorrência do uso inconsistente do preservativo durante o sexo anal ainda é bastante frequente entre a população de HSH<sup>49,52,54-57,59,61,62,66,69,71,72</sup>

O uso inconsistente do preservativo pode ser entendido enquanto uma prática cultural estabelecida para esse grupo. Tal prática pode ser compreendida tanto pela análise de características do contexto social em que esse grupo está inserido, como pela análise dos comportamentos individuais. No que se refere ao contexto social variáveis de apoio e a relação com serviços de saúde podem exercer uma função de contextos pouco reforçadores para o uso do preservativo, aumentando a probabilidade de que o comportamento de uso inconsistente seja controlado por outras variáveis.

Apesar da maior parte da amostra ter relatado uso inconsistente do preservativo é também maioria o número de participantes que relatam não ter dificuldades de propor o uso do preservativo. Na Análise do Comportamento a relação entre o que um indivíduo diz e o que ele faz é definida como correspondência entre “dizer” e “fazer”<sup>86</sup>. Segundo esta abordagem um comportamento verbal (dizer) nem sempre corresponderá diretamente com o comportamento não-verbal (fazer), pois são comportamentos distintos e mantidos por consequências reforçadoras que ocorrem em contextos distintos.

Para que exista uma correspondência entre o que se diz e o que se faz é preciso que além do comportamento verbal a relação entre os dois comportamentos (dizer e fazer) seja reforçada<sup>87</sup>. Entretanto, no caso do uso do preservativo, por se tratar de contextos tão distintos (falar sobre o uso e usá-lo), não há correspondência, pois falar sobre o uso do preservativo não implica na alteração do comportamento de usá-lo<sup>84</sup>. Neste caso o não uso do preservativo pode estar sendo mantido pelo prazer obtido e não pela fala anterior.

Ao se investigar a relação entre o uso do preservativo e tipo de prática sexual observou-se uma menor frequência do uso do preservativo na prática sexo oral, mas em nenhuma prática

o uso consistente (sempre) foi relatado por mais de 30% da amostra, o que também reforça a hipótese de que o comportamento dos participantes é controlado por outras variáveis.

Tais variáveis são investigadas ao se questionar os motivos para o não uso ou uso inconsistente do preservativo. O prazer da relação sem preservativo foi uma das motivações mais citadas em relações estáveis e em todas as relações dos últimos seis meses. Essa associação entre uso inconsistente do preservativo e o prazer do momento é também apontada em outros estudos<sup>49-51,53</sup>. Ter informações sobre a infecção e a doença pode funcionar como sinalização de punição em longo prazo (ter a infecção e sofrer com a doença) para o comportamento sexual, porém essa possível punição concorre com um reforço imediato obtido na relação sexual sem o preservativo.

A escolha do não uso do preservativo tendo em vista o prazer como consequência, pode ser melhor compreendida com o conceito de impulsividade. Impulsividade corresponde a um comportamento de escolha onde o indivíduo opta por consequências imediatas, mas prejudiciais em longo prazo, ao invés de atrasadas<sup>88</sup>. O uso de drogas, por exemplo, sejam as ilícitas ou lícitas como cigarro e álcool, pode ser explicado por esse tipo de comportamento.

Uma pessoa que decide fumar um cigarro, faz essa escolha baseando-se nos efeitos fisiológicos que são reforçadores imediatos como a sensação de bem-estar, relaxamento, redução do estresse, aumento do estado de vigília, modulação do humor, perda de peso e melhora da função cognitiva, bem como a esquiva de consequências negativas caso haja a retirada da nicotina, como irritabilidade, nervosismo, maior apetite, entre outros<sup>89</sup>. Como as consequências imediatas positivas para o comportamento de fumar são muitas, ficar sob o controle dos prejuízos à saúde que tal hábito pode causar e, longo prazo é muito mais difícil.

Aqui duas características devem ser levadas em consideração: o tempo para um determinado reforço (consequência positiva ou esquiva de um estímulo aversivo) e a magnitude ou intensidade dessa consequência<sup>88</sup>. Apesar de ser possível citar várias consequências para o

comportamento de fumar, é possível dizer que estas têm um efeito menor (logo passarão) do que a consequência de longo prazo – ter uma vida mais saudável e viver mais tempo. Entretanto, o tempo necessário para se obter a consequência de maior valor diminui a atratividade desta e aumenta a probabilidade da escolha imediata<sup>90</sup>.

No caso da escolha de não usar o preservativo, além de características semelhantes às aquelas observadas no comportamento de fumar, há o adicional da questão da probabilidade relacionada aos diferentes reforçadores. Gonçalves<sup>88</sup> aponta que nesta situação a sensação de prazer que será obtida na relação sexual é mais próxima à certeza, enquanto a compreensão da probabilidade de contaminação pelo HIV é bem menor, o que favorece ainda mais a escolha pela consequência imediata.

Nessas situações é possível dizer que o que controla o comportamento é a consequência imediata (prazer) e a aprendizagem (comportamento operante) da possibilidade de obtenção dessa consequência. Para alterar esse comportamento e aumentar a chance do indivíduo ficar sob controle da consequência de longo prazo seria necessário desenvolver o autocontrole.

Para Skinner<sup>91</sup>, ter autocontrole implica necessariamente na capacidade de manipulação direta de sentimentos e processos cognitivos. Essa capacidade pode surgir por meio do estabelecimento de regras autoconstruídas, que tem por objetivo distanciar a possível punição do comportamento em questão. Entretanto, essas regras somente funcionarão se o indivíduo conseguir obter satisfação pela realização das mesmas, e, se no ambiente, houver situações que facilitem efetivamente o controle pela regra.

Para a Análise do Comportamento, regras são entendidas enquanto estímulos discriminativos verbais que especificam uma contingência<sup>91</sup>. Contingências, por sua vez, descrevem as relações entre o comportamento e sua consequência. A regra, portanto, sinaliza que, se um indivíduo emitir um determinado comportamento, terá certa consequência<sup>91</sup>. Ao transmitir informações sobre a infecção pelo HIV, a aids e uso do preservativo, tem-se por

objetivo que o indivíduo possa controlar seu comportamento pela regra “Use o preservativo e evite a infecção” ao invés de esperar que o mesmo tenha a infecção para depois mudar seu comportamento.

Contrariamente ao que se propõe acima, a regra, aparentemente estabelecida na população do presente estudo é “como confio no meu parceiro, não preciso usar o preservativo”. Confiar no parceiro foi o motivo mais relatado nesse estudo para o uso inconsistente do preservativo. Não apenas essa regra parece manter esse comportamento, como também o reforço imediato do prazer gerado parece fortalecer ainda mais o não uso do preservativo. Vale também destacar que confiar é uma regra que controla apenas o comportamento de quem confia, ou seja, pode não exercer influência no comportamento do outro. Logo, receber a confiança não garante que o parceiro apresentará práticas sexuais saudáveis.

Entretanto, a busca de fatores que transmitam segurança para a prática de sexo sem preservativo, parece estar presente nos dois grupos de participantes deste estudo. Observa-se que, mesmo sem diferença estatística, a maioria dos HSH sem infecção pelo HIV (G1) relataram ficar mais com parceiros únicos e, nesta situação, diminuir ou interromperem o uso do preservativo. Entre os motivos para esse comportamento destacam-se, nesse mesmo grupo, os fatos de o parceiro ter resultado negativo no teste para HIV e fazerem uso da PrEP.

Os participantes que vivem com HIV (G2) apresentaram maior frequência de relações com parceiros fixos e outros esporádicos, bem como relataram terem tido relações com parceiros dos quais não tinham conhecimento do resultado para o teste de HIV. Entre os participantes sem HIV, a permanência em relações estáveis, a realização frequente de testes e uso da PrEP parece ter fortalecido a regra de estarem em uma situação saudável e segura. Por outro lado, entre os participantes do G2 é provável que esta mesma regra seja estabelecida pelo conhecimento sobre as informações atuais de que carga viral indetectável é igual a intransmissibilidade<sup>92</sup>.

Na amostra estudada foi também observado alto índice de acertos sobre os conhecimentos gerais da infecção e da doença do HIV, o que poderia indicar que estes indivíduos teriam conhecimento significativo das contingências sob as quais seus comportamentos estão expostos. Entretanto, quando se relaciona a frequência de acertos com a porcentagem de uso inconsistente, observou-se distribuições semelhantes para quem acertou mais e quem acertou menos, diferentemente de estudos que relacionam maior uso consistente do preservativo quando os participantes têm mais informações sobre prevenção, HIV e aids <sup>51, 64 e 72</sup>.

É certo que ter conhecimento sobre a infecção por HIV e a aids pode colaborar para uma melhor compreensão por essa população das consequências que seguem as suas ações, mas não garantem que estes tenham uma boa compreensão do que ocorre em seu próprio corpo em decorrência de um determinado comportamento. Para obter autoconhecimento um indivíduo precisa ser capaz de reconhecer e relatar o que acontece no seu organismo, bem como identificar a relação desses eventos internos com acontecimentos externos<sup>45</sup>.

Entre os estudos aqui analisados foi comum a relação direta entre o consumo de álcool e drogas e o uso inconsistente do preservativo<sup>51,53,58</sup>. Passaro et al<sup>69</sup> realizaram um estudo transversal com 447 HSH no Peru com o objetivo de analisar comportamentos sexuais de risco. Segundo os autores 57,3% preencheram critérios para transtorno de uso de álcool e 47.3% usaram álcool antes do sexo com o último parceiro. Souza e Abreu-Rodrigues<sup>90</sup> apontam que a propensão para comportamentos impulsivos pode aumentar quando se está sob efeito de alguma droga. Nesta situação podem ser mais frequentes comportamento como gastar dinheiro sem necessidade, ter relações sexuais sem preservativo, fazer uso de outras drogas, ter comportamentos agressivos, entre outros.

De modo contrário, nesse estudo o consumo de álcool não se mostrou diretamente relacionado ao uso inconsistente. Entretanto, entre os participantes do G1 houve uma maior frequência de uso inconsistente entre aqueles com consumo de risco.

No que se refere a presença de sofrimento mental também foi maior o uso inconsistente no G1 quando comparados ao G2. O mesmo ocorreu na avaliação de apoio social, onde na maior parte das vezes quanto maior a percepção de apoio, maior o uso inconsistente.

Entre os participantes deste grupo (G1) 96,7% tinham entre 18 e 39 anos de idade, sendo possível que não tivessem vivenciado ou, muito provavelmente, não se lembram do início da epidemia de HIV/aids. O distanciamento temporal do início da epidemia, os retrocessos nas campanhas e políticas de prevenção nos últimos anos<sup>22,93</sup>, o conhecimento divulgado pela UNAIDS<sup>92</sup> de que quando uma pessoa vivendo com HIV quando alcança a carga viral indetectável o vírus deixa de ser transmitido em relações sexuais, os avanços na terapia antirretroviral, bem como em outras profilaxias como a PreP e PEP, podem ter contribuído para a construção de um cenário onde o HIV e aids não são mais vistos como problemas graves, o que pode estar diminuindo o medo desse grupo frente a doença.

Além deste cenário, os resultados de percepção de apoio social somados as características das variáveis sociais de apoio anteriormente analisadas, reforçam a possibilidade de considerar que o contexto social em que os participantes do G1 estão inseridos não são reforçadores para o uso do preservativo. Segundo Evangelista et al<sup>94</sup> ter apoio social pode contribuir para uma melhora na autoimagem, no aumento da competência individual, bem como promoção de saúde, bem-estar e diminuição do estresse. Por outro lado, o grupo de amigos pode representar uma influência significativa na tomada de decisões frente a comportamentos de risco, principalmente entre os mais jovens<sup>95</sup>.

Os dados aqui apontados sugerem que depositar no indivíduo toda a responsabilidade pelo autocontrole para a execução de práticas sexuais seguras é ignorar

complexas variáveis ambientais, de diferentes contextos, que podem facilitar ou dificultar esse comportamento. Para que uma nova prática cultural seja estabelecida nessa população é preciso pensar em intervenções que auxiliem a mudança dos comportamentos dos indivíduos, bem como na alteração do contexto em que estão inseridos de modo a facilitar essas mudanças.

Políticas públicas podem desenvolver ações que promovam além da obtenção de conhecimentos acerca do HIV/aids, também um maior conhecimento sobre o próprio corpo e o modo como lidar com suas sensações de prazer. Intervenções que acrescentem o compromisso com o comportamento seguro, que promovam uma maior compreensão sobre os reforços obtidos em longo prazo com o uso do preservativo, que promovam uma melhor compreensão das contingências que controlam cada comportamento, bem como estratégias de autoinstruções, podem contribuir para o estabelecimento de comportamentos mais seguros<sup>90</sup>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo investigar características do comportamento de uso do preservativo entre HSH e suas principais variáveis controladoras pela ótica da Análise do Comportamento. Os dados aqui obtidos sugerem que ainda que tenha ocorrido algum retrocesso nas políticas de prevenção e combate à epidemia de HIV/aids existe para esta população um significativo conhecimento sobre a infecção e a doença. Entretanto, a compreensão que está sendo construída é de uma doença mais branda do que foi tida anteriormente e facilmente controlável.

Essa nova concepção pode estar diminuindo tanto o medo perante a infecção como a crença na probabilidade de contaminação. Os participantes demonstraram conhecimento sobre o preservativo e facilidade em falar sobre, mas não é esse conhecimento que controla o comportamento frente às práticas sexuais. A confiança no parceiro, somada ao contexto anterior, provavelmente, facilita a escolha pela consequência imediata, o prazer, em detrimento de uma possível consequência a longo prazo, a provável infecção.

Os dados aqui obtidos parecem apontar que ações de prevenção que focalizem apenas o uso do preservativo não são mais efetivas. O não uso ou o uso inconsistente é um fato, observado não só aqui neste estudo como em outros já realizados. Do mesmo modo que ações de combate ao fumo devem priorizar um contexto que facilite o fumante a deixar o cigarro, aqui ações de prevenção a infecção pelo HIV, bem como outras ISTs, devem promover um contexto que facilite o estabelecimento de práticas sexuais seguras.

Não se trata de deixar de colocar o uso do preservativo em pauta, mas sim de não considerar esta ação como a única forma de prevenção possível. É preciso falar sobre o uso, não só com a população de HSH, mas com todas as outras, principalmente com aquelas apontadas pela UNAIDS como mais vulneráveis. É também importante que campanhas de

prevenção sejam divulgadas em diferentes momentos do ano e não apenas em épocas específicas como, no Brasil, é o Carnaval.

Uma maior veiculação sobre o assunto pode facilitar o estabelecimento de regras para o autocontrole para práticas seguras, principalmente se forem associadas com trabalhos de discussões sobre sexualidade, ações a serem desenvolvidas tanto em escolas, para diferentes faixas etárias, quanto em outros contextos da sociedade. Tais trabalhos, adaptados para cada público, devem ter como foco conhecimentos gerais sobre ISTs, conhecimento do próprio corpo, do cuidado consigo mesmo e desenvolvimento de práticas seguras e saudáveis, bem como o respeito pelo outro.

Cabe apontar que novos estudos podem ser desenvolvidos com populações maiores e em diferentes contextos, assim como deve-se utilizar diferentes espaços para a obtenção de informações, visto que tanto o ambulatório como o formato de entrevista *online* podem ter influenciado de alguma forma na resposta dada pelos participantes. Entrevistas abertas que não limitem os participantes a respostas específicas também poderão gerar dados importantes.

Sugere-se ainda que mais estudos sejam realizados não apenas com HSH, mas também com profissionais de saúde, familiares e amigos. Apesar do uso inconsistente do preservativo ser um comportamento individual este está inserido em uma prática cultural, na qual outros indivíduos fazem parte desta prática. Logo, é preciso compreender melhor o comportamento de cada um e como estes se relacionam.

Acredita-se ser um diferencial desse estudo trazer a discussão feita sob o olhar da Análise do Comportamento, principalmente frente a HSH, visto que a área da sexualidade continua sendo pouco explorada por essa abordagem. Considera-se que os conceitos discutidos sob a luz dessa teoria podem contribuir significativamente para uma melhor compreensão do comportamento humano facilitando o planejamento de práticas culturais mais benéficas para a população em diferentes contextos.

Neste sentido, sugere-se um planejamento cultural que focalize o estabelecimento de políticas que tenham como premissas estabelecer condições que incentivem a escolha de comportamentos saudáveis. Para tanto, podem ser úteis estratégias como: 1) promover ações que discutam com esses indivíduos os aspectos que mantêm o comportamento de não uso como a obtenção de prazer e confiança no parceiro; 2) incentivar o uso e o desenvolvimento de diferentes estratégias de proteção além do uso do preservativo como uso das profilaxias pré e pós-exposição (PrEP e PEP); 3) desenvolver ações de incentivo à adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas vivendo com HIV e 4) fomentar a realização de novos estudos acerca de estratégias de prevenção.

## REFERÊNCIAS

1. Forattini OP. AIDS e sua origem. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1993 [cited 2021 May 1];27:153–6. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1993.v27n3/153-156/>
2. Laurindo Teodorescu L, Teixeira PR. Histórias da aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de aids. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais,; 2015.
3. Galvão J. 1980-2001. ABIA; 2002.
4. Ayres JR de CM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
5. Anjos MV dos S dos. A origem do HIV/AIDS: Aspectos históricos, políticos e sociais da epidemia no Brasil e no mundo. Revista Ensaios de História [Internet]. 2021 Mar 17 [cited 2023 Jan 21];18. Disponível em: <http://ensaiosdehistoria.com.br/index.php/revista/article/view/295/265>
6. Ministério da Saúde (BR). Guia de Prevenção das DST/AIDS e Cidadania para Homossexuais. Brasília: 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico. Brasília: 2002.
8. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico. Brasília: 2010.
9. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico. Brasília: 2012.
10. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico. Brasília: 2017.
11. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico. Brasília: 2021.
12. UNAIDS data. 2021. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021.
13. Scarano RCV, Doreto DTD, Zuffo S, Scheifler AB, De Oliveira CBF, Affonso igia MF, et al. Direitos Humanos e Diversidade. Grupo A; 2018.
14. Sampaio J, Araújo Jr JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2006Jul;6(Rév. Bras. Saude Mater. Infant., 2006 6(3)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000300010>
15. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias [Internet]. 2006Jul;(Sociologias, 2006 (16)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
16. Almeida LF de, Guimarães MDC, Dourado I, Veras MA de SM, Magno L, Leal AF, et al.. Envolvimento em organizações não governamentais e a participação em ações de prevenção ao

HIV/aids por homens que fazem sexo com homens no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2021;37(Cad. Saúde Pública, 2021 37(11)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150520>

17. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR de. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013Mar;66(Rev. Bras. Enferm., 2013 66(2)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>

18. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. A Epidemia de aids através dos tempos. Fundação Oswaldo Cruz. [Acesso em: 20/09/2022]. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>

19. Ministério da Saúde. Informe Saúde. Ano VII — nº 214 — Primeira Semana de Junho/2003 | ISSN 1519-9959.

20. Brasil. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [legislação na internet]. Diário Oficial da União 1996. [Acesso em: 20/09/2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,Art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,Art.)

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de monitoramento de profilaxias do HIV – PrEP e PEP 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [Acesso em: 20/09/2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2022/relatorio-de-profilaxias-prep-e-pep-2021.pdf>

22. Agostini R, Rocha F, Melo E, Maksud I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019Dec;24(Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(12)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>

23. Ribeiro, PRM. A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In.: Bortolozzi, AC.; Maia, AF. (Org). Sexualidade e infância. Bauru: FC/CECEMCA; Brasília: MEC/SEF, 2005, p.17-32.

24. Foucault, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988

25. Louro, GL. Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós- estruturalista Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ, Vozes, 1997

26. Colling, L. Gênero e sexualidade na atualidade / Leandro Colling. - Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2018

27. Reis, T., org. Manual de Comunicação LGBTI+. 2a edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018

28. Bileski R. Homossexualidade em Pauta: Um breve panorama historiográfico. Mundo Livre [Internet]. 3º de setembro de 2018 [citado 21º de janeiro de 2023];4(1):18-31. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/mundolivre/article/view/39955>

29. ILGA World: Lucas Ramon Mendos, Kellyn Botha, Rafael Carrano Lelis, EnriqueLópez de la Peña, Ilia Savelev and Daron Tan, State-Sponsored Homophobia 2020: Global Legislation Overview Update (Geneva: ILGA, December 2020)
30. Cerqueira, D. Atlas da Violência 2021 / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: FBSP, 2021
31. Skinner, BF. Ciência e comportamento humano. (J. C. Todorov e R. Azzi, trads.) São Paulo: Fontes: 2000. (Texto original publicado em 1953).
32. Todorov, JC., Hanna, ES. Análise do comportamento no Brasil. Psicologia: teoria e pesquisa, 2010, 26, 143-153.
33. Skinner, BF. Selection by consequences. Behavioral and brain sciences, 1981, 7(4), 477-481.
34. Moore, J. Seleção comportamental por consequências. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, [S.l.], v. 13, n. 2, jul. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/5905/4784>>. Acesso em: 19 nov. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v13i2.5905>.
35. Darwin C. On the origin of species by means of natural selection, or, The preservation of favoured races in the struggle for life. Mineola, N.Y.: Dover ; Newton Abbot; 2006.
36. Goulart et al. Aprendizagem. In Hübner, MMC, Borges Moreira M. Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento. Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2000.
37. Prestes Villa C, Muchon de Melo C. Um mapeamento da sexualidade em B. F. Skinner. Acta Comportamentalia [Internet]. 29 de noviembre de 2021 [citado 21 de enero de 2023]; 29 (4). Disponível em:: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/80316>
38. Alves de Carvalho, MR; Da Silveira, JM; Dittrich, A. Tratamento dado ao tema “Homossexualidade” em artigos do Journal of Applied Behavior Analysis: Uma Revisão Crítica. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 72-81, dez. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/1451>>. Acesso em: 21 jan. 2023. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v7i2.1451>.
39. Sant’Ana, MF., De Souza, FHS., Melo, CM. Uma discussão sobre identidade de gênero e orientação sexual no comportamentalismo radical. In Bolsoni-Silva, AT et al. (Eds.), Comportamento em foco: Vol. 9. Análises teóricas, educação e questões sociais. 2019, 136-152. Editora ABPMC.
40. Malott, RW. A behavior-analytic view of sexuality, transsexuality, homosexuality, and heterosexuality. Behavior and Social Issues. 1996; 6, 127-140.
41. Oliveira, JM., Todorov, JC. Práticas culturais e políticas públicas: Análise de contingências em programas governamentais In: Zilio, D. (Org.). Práticas Culturais, Sociedade e Políticas Públicas. 1ed.São Paulo: Editora ABPMC, 2018, v. 8, p. 86-107.
42. Moreira, MB. (Ed.). Comportamento e práticas culturais. Instituto Walden4. 2013
43. Carrara, K.. Análise Comportamental da Cultura e Políticas Públicas: trilhas recentes, obstáculos e perspectivas. In: Zilio, D (Org.). Práticas Culturais, Sociedade e Políticas Públicas. 1ed.São Paulo: Editora ABPMC, 2018, v. 8, p. 16-30.

44. Skinner, BF. Sobre o Behaviorismo. (M.P. Villalobos, Trans. 10th ed.). São Paulo: Cultrix. (Originalmente publicado em 1974), 2006.
45. De Rose, JC., Bezerra, MSL, Lazarin, T. Consciência e autoconhecimento. In Hübner MM, Moreira, MB (Eds.), *Temas Clássicos da Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (pp. 188-207). São Paulo: Ed. Guanabara-Koogan, 2015.
46. Justi, J, de Souza Serrão, VA, Justi, J, Justi, EBL. Sexualidade na contemporaneidade: novas configurações das relações humanas. *Brazilian Applied Science Review*, 2020, 4(5), 2864-2881.
47. Corrêa BA, Cantero CR, Melo CM de. Comunidad verbal e autocontrol: Implicaciones de una visión dualista del hombre. *Perspectivas em análise do comportamento* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 21];5(1):17–26. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2177-35482014000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-35482014000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
48. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. *Gates Open Research*. 2022 Feb 11;5:91.
49. Lima Neto, JM. Riscos, vulnerabilidade e HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens: uma análise verbal. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2019
50. Rios LF, Albuquerque AP, Santana W, Pereira AF, Oliveira CJ de. O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens. *Sex, Salud Soc (Rio J)* [Internet]. 2019May;(Sex., Salud Soc. (Rio J.), 2019 (32)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.32.05.a>
51. Wray TB, Monti PM. Characteristics of Sex Events, Partners, and Motivations and Their Associations with HIV-Risk Behavior in a Daily Diary Study of High-Risk Men Who Have Sex with Men (MSM). *AIDS and Behavior*. 2019 Dec 12;24.
52. Martins A de A, Queiroz AAFLN, Frota OP, Araújo TME de, Mendes IAC, Fronteira I, et al.. Consumo de mídias sexualmente explícitas e sexo anal desprotegido em homens que fazem sexo com homens. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Nov;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(11)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.30532020>
53. Giano Z, Kavanaugh KE, Durham AR, Currin JM, Wheeler DL, Croff JM, et al. Factors Associated with Condom Use among a Sample of Men Who Have Sex with Men (MSM) Residing in Rural Oklahoma. *Journal of Homosexuality*. 2019 May 24;1–21.
54. Hentges, B. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo com parceiros casuais entre homens que fazem sexo com homens. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. 2019
55. Jiang H, Chen X, Li J, Tan Z, Cheng W, Yang Y. Predictors of condom use behavior among men who have sex with men in China using a modified information-motivation-behavioral skills (IMB) model. *BMC Public Health*. 2019 Mar 4;19(1).

56. Huang Y, Yu B, Jia P, Wang Z, Yang S, Tian C, et al. Association between Psychological Factors and Condom Use with Regular and Nonregular Male Sexual Partners among Chinese MSM: A Quantitative Study Based on the Health Belief Model. *BioMed Research International*. 2020 Sep 28;2020:1–10.
57. Johansson K, Persson KI, Deogan C, El-Khatib Z. Factors associated with condom use and HIV testing among young men who have sex with men: a cross-sectional survey in a random online sample in Sweden. *Sexually Transmitted Infections*. 2018 May 17;94(6):427–33.
58. Rocha GM, Kerr LRFS, Kendall C, Guimarães MDC. Risk behavior score: a practical approach for assessing risk among men who have sex with men in Brazil. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2018Mar;22(Braz J Infect Dis, 2018 22(2)). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.02.008>
59. Queiroz AAFLN, Matos MCB, Araújo TME de, Reis RK, Sousa ÁFL. Infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados ao uso do preservativo em usuários de aplicativos de encontro no Brasil. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019Sep;32(Acta paul. enferm., 2019 32(5)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900076>
60. Silva, JDRPD. O uso de preservativo com diferentes tipos de parceiros sexuais entre homens que fazem sexo com homens. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. 2021
61. Hill A, Bavinton B, Armstrong G. Prevalence and Factors Associated with Inconsistent Condom Use among Men Who Have Sex with Men (MSM) Who Use Mobile Geo-Social Networking Applications in Greater Tokyo. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Dec 10;15(12):2815.
62. Piersiala K, Krajewski J, Dadej D, Lorocho A, Czerniak W, Rozpłochowski B, et al. Correlates of inconsistent condom use and drug use among men having sex with men in Poland: a cross-sectional study. *International Journal of STD & AIDS*. 2020 Jul 23;31(9):894–902.
63. Logie CH, Wang Y, Marcus NL, Levermore K, Jones N, Ellis T, et al. Pathways From Sexual Stigma to Inconsistent Condom Use and Condom Breakage and Slippage Among MSM in Jamaica. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2018 Aug 15;78(5):513–21.
64. Olawore O, Crowell TA, Ketende SC, Ramadhani HO, Liu H, Ake JA, et al. Individual and partnership characteristics associated with consistent condom use in a cohort of cisgender men who have sex with men and transgender women in Nigeria. *BMC Public Health*. 2021 Jun 30;21(1).
65. Ruiseñor-Escudero H, Lyons C, Ketende S, Pitche V, Anato S, Tchalla J, et al. Consistent Condom Use Among Men Who Have Sex With Men in Lomé and Kara, Togo. *AIDS research and human retroviruses* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Jan 21];35(6):519–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30714385/>
66. Wang Y, Jia M, Yuan D, Liang A, Zhang Z, Jiang X, et al. Assessing consistent condom use among migrant men who have sex with men in Shanghai, China: validation of an

information–motivation–behavioural skills model. *BMC Infectious Diseases*. 2019 May 23;19(1)

67. Reza MdM, Rana AM, Azim T, Chowdhury EI, Gourab G, Imran MdSA, et al. Changes in condom use among males who have sex with males (MSM): Measuring the effect of HIV prevention programme in Dhaka city. Kufa T, editor. *PLOS ONE*. 2020 Jul 24;15(7):e0236557.

68. Safren SA, Blashill AJ, Lee JS, O’Cleirigh C, Tomassili J, Biello KB, et al. Condom-use self-efficacy as a mediator between syndemics and condomless sex in men who have sex with men (MSM). *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Jan 21];37(9):820–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29927272/>

69. Passaro RC, Castañeda-Huaripata A, Gonzales-Saavedra W, Chavez-Gomez S, Segura ER, Lake JE, et al. Contextualizing condoms: a cross-sectional study mapping intersections of locations of sexual contact, partner type, and substance use as contexts for sexual risk behavior among MSM in Peru. *BMC infectious diseases* [Internet]. 2019 Nov 11 [cited 2023 Jan 21];19(1):958. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31711433/>

70. Crosby RA, Mena L, Smith RV. Promoting positive condom use experiences among young black MSM: a randomized controlled trial of a brief, clinic-based intervention. *Health Education Research*. 2018 Mar 9;33(3):197–204.

71. Queiroz AAFLN, Sousa ÁFL de, Matos MCB, Araújo TME, Reis RK, Moura MEB. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018Jul;71(Rév. Bras. Enferm., 2018 71(4)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0409>

72. Cabrera S, Pérez L, Meré JJ, Pérez D, Miranda C, Cavallieri F. Encuesta en línea de comportamiento sexual y prácticas de prevención del virus de inmunodeficiencia humana en varones gays y hombres que tienen sexo con hombres en Uruguay. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 8 de junio de 2022 [citado 21 de enero de 2023];38(2):e38206.

73. Torres RMC, Bastos LS, Gomes MF da C, Moreira RI, Périsse ARS, Cruz MM da. Avaliação de risco para infecção HIV em homens que fazem sexo com homens e a contribuição das redes de parceiros sexuais. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26 suppl 2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.36912019>

74. Natividade, JC. Relações entre representações sociais e conhecimento científico sobre HIV/aids. [Dissertação] Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

75. Antunes, MC. Territórios de vulnerabilidade ao HIV: Homossexualidades masculinas em São Paulo [Tese] Universidade de São Paulo: 2005.

76. Gondim, RC. Sexo entre homens: estudo sobre práticas sexuais e risco para infecção pelo HIV/AIDS, em Fortaleza. [Dissertação] Universidade Federal do Ceará, 1998.

77. Harding TW, De Arango V, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. 1980 May;10(2):231–41.

78. de Jesus Mari J, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*. 1986 Jan;148(1):23–6.
79. Barbor, TF. et al. World Health Organization. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care. WhoInt [Internet]. 2010; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>.
80. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and Construct Validity of the Audit in an Urban Brazilian Sample. *Alcohol and Alcoholism*. 2005 Sep 5;40(6):584–9.
81. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005May;21(Cad. Saúde Pública, 2005 21(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
82. Zanini DS, Peixoto EM, Nakano T de C. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de Normatização com Referência nos Itens. *Trends Psychol* [Internet]. 2018Jan;26(Trends Psychol., 2018 26(1)). Available from: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>
83. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
84. Cota VL, Cruz MM da. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). *Saúde debate* [Internet]. 2021Apr;45(Saúde debate, 2021 45(129)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112911>
85. Kelley CF, Kraft CS, de Man TJB, Duphare C, Lee H-W, Yang J, et al. The Rectal Mucosa and Condomless Receptive Anal Intercourse in HIV Negative MSM: Implications for HIV Transmission and Prevention. *Mucosal immunology* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Dec 9];10(4):996–1007. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5433931/>
86. Catania, AC. Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. (4ª ed.; D. G. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artmed. 1999. (Trabalho original publicado em 1998).
87. Brum MM, Carrara K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. *Estud psicol (Campinas)* [Internet]. 2012Oct;29(Estud. psicol. (Campinas), 2012 29 suppl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500005>
88. Gonçalves, FL. Comportamento Impulsivo: Definição e Pesquisas In: Boas, D.L.O.V; Cassas, F; Gusso, H.L; Mayer, P. C. M. Comportamento em Foco: Processos Clínicos e de Saúde. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC, 2017
89. Gameiro, ACP ; CASANOVA, MLM. . Principios da Analise do Comportamento na Compreensao do Tabagismo: Analise da Verbalizacao de Fumantes. In: Haydu,VB, Souza, SR.

(Org.). Psicologia comportamental aplicada : avaliação e intervenção nas áreas da saúde, da clínica, da educação e do esporte. 1ed.Londrina: Eduel, 2012, v. 2, p. 95-122.

90. Souza, ADS., e Abreu-Rodrigues, J. “Réquiem Para Um Sonho”: Uma Visão Comportamental da Impulsividade e Adicção. In. Karina A, Michela Rodrigues Ribeiro. Skinner Vai ao Cinema. Instituto Walden4; 2014.

91. Skinner, BF. Contingências de reforço (R. Moreno, trad.). São Paulo: Abril Cultural, 1969/1984.

92. UNAIDS. 2018. Undetectable = Untransmittable. UNAIDS Explainer, 2018

93. Luccas DS de, Brandão ML, Limas FM, Chaves MMN, Albuquerque GSC de. CAMPANHAS OFICIAIS SOBRE HIV/AIDS NO BRASIL: DIVERGÊNCIAS ENTRE CONTEÚDOS E O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO AGRAVO. Cogitare Enferm [Internet]. 2021;26(Cogitare Enferm., 2021 26). Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.70729>

94. Evangelista V de MA, Kadooka A, Pires MLN, Constantino EP. Apoio social relacionado ao uso de drogas entre universitários. Rev Psicol, Divers Saúde [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 22];199–211. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254784?src=similardocs>

95. Albert D, Chein J, Steinberg L. Peer Influences on Adolescent Decision Making. Current Directions in Psychological Science [Internet]. 2013 Apr;22(2):114–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276317/>

## ANEXOS

### Anexo I – Questionário

#### QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E ASPECTOS RELACIONADOS AO USO DE PRESERVATIVO

No. Questionário:

Data:            /            /

Nome:

Telefone:

Email:

#### PARTE I – CARACTERÍSTICAS INDIVUAIS

---

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Raça/Cor:

- 1.( ) Branca; 2.( ) Preta; 3.( ) Amarela; 4.( )  
Parda;  
5.( ) Indígena

3. Relacionamento:

- 1.( ) Parceiro único  
2.( ) Parceiro fixo e outros esporádicos  
3.( ) Diversos parceiros  
4.( ) Não tenho parceiro no momento

4. Qual sua escolaridade?

- 1.( ) Nenhuma 2.( ) 1 a 3 anos 3.( ) 4 a 7 anos  
4.( ) 8 a 11 anos 5.( ) 12 anos ou mais

5. Tem alguma

formação? \_\_\_\_\_

6. Qual sua atividade remunerada hoje?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Com quem você mora atualmente?

- 1.( ) Família (pai, mãe, irmãos) 2.( ) Parentes (tios,  
primos, avós) 3.( ) Amigos 4.( ) Parceiro(a) 5.( )  
Sozinho  
6.( ) Outros: \_\_\_\_\_

8. Qual a sua renda mensal aproximadamente?

\_\_\_\_\_

9. Quantas pessoas vivem dessa renda?

\_\_\_\_\_

10. Você tem alguma religião?

- 1.( ) Não 2.( ) Sim.

11. Qual é a importância dela na sua vida?

- 2a.( ) Muito importante 2b.( ) Mais ou menos  
importante  
2c.( ) Não é importante

12. Já fez uso de alguma droga na vida?

- 1.( ) Não 2.( ) Sim

13. Qual droga já utilizou?

- 1.( ) Maconha 2.( ) Crack 3.( ) Cocaína  
4.( ) LSD - doce 5.( ) Éxtase – bala  
6.( ) Outros: \_\_\_\_\_

14. Atualmente você faz uso de alguma droga?

- 1.( ) Nenhuma 2.( ) Maconha 3.( ) Crack 4.( )  
Cocaína 5.( ) LSD - doce 6.( ) Éxtase – bala 7.( )  
Outros: \_\_\_\_\_

#### PARTE II – VARIÁVEIS SOCIAIS E DE APOIO

---

15. Quais são as pessoas a quem você mais recorre quando tem alguma dificuldade frente a sua sexualidade?

- 1.( ) Mãe 2.( ) Pai 3.( ) Irmão 4.( ) Irmã 5.( ) Parentes (tios, primos, avós) –  
Qual? \_\_\_\_\_  
6.( ) Amigos 7.( ) Parceiro(a) 8.( ) Outros: \_\_\_\_\_

16. Quais os locais que você mais frequentou nos últimos 6 meses, para se divertir, paquerar, encontrar os amigos?

\_\_\_\_\_

17. Você já fez o teste para saber se é portador de HIV/AIDS?

- 1.( ) Sim  
2.( ) Não

18. Qual o resultado do seu teste?

- 1.( ) Positivo

2.( ) Negativo

**19. Com que frequência você procura serviços de saúde?**

1.Nunca ( ) 2.Raramente ( ) 3.Frequentemente ( ) 4.Sempre ( )

**20. Por quais razões você costuma procurar por um serviço de saúde?**

---



---

**21. Como você se sente ao procurar um serviço de saúde?**

---



---

**22. Como você se sente ao ter que falar algo sobre seu comportamento sexual em um serviço de saúde?**

---



---

### PARTE III – PRÁTICAS SEXUAIS

**23. Qual o padrão de relacionamento sexual você tem mantido nos últimos 30 dias?**

- 1.( ) Não tive relacionamento sexual  
 2.( ) Tenho uma relação fixa com um homem e não me relacionei sexualmente com outras pessoas  
 3.( ) Tenho uma relação fixa com um homem e ao mesmo tempo tive relações sexuais com outras pessoas  
 4.( ) Tenho uma relação fixa com uma mulher e não me relacionei sexualmente com outras pessoas  
 5.( ) Tenho uma relação fixa com uma mulher e ao mesmo tempo tive relações sexuais com outras pessoas  
 6.( ) Tenho relações sexuais esporádicas com diferentes homens  
 7.( ) Tenho relações sexuais esporádicas com diferente homens e mulheres  
 5.( ) Outra: \_\_\_\_\_

**24. Como foi seu padrão de uso de preservativo (camisinha) nas suas relações sexuais nos últimos seis meses?**

|                                | Não tive essa prática sexual | Nunca | De vez em quando | Na maioria das vezes | Sempre |
|--------------------------------|------------------------------|-------|------------------|----------------------|--------|
| a. Sexo anal com mulher        | 0.( )                        | 1.( ) | 2.( )            | 3.( )                | 4.( )  |
| b. Sexo anal passivo com homem | 0.( )                        | 1.( ) | 2.( )            | 3.( )                | 4.( )  |
| c. Sexo anal ativo com homem   | 0.( )                        | 1.( ) | 2.( )            | 3.( )                | 4.( )  |
| d. Sexo vaginal                | 0.( )                        | 1.( ) | 2.( )            | 3.( )                | 4.( )  |
| f. Sexo oral ativo com homem   | 0.( )                        | 1.( ) | 2.( )            | 3.( )                | 4.( )  |
| g. Sexo oral passivo com homem | 0.( )                        | 1.( ) | 2.( )            | 3.( )                | 4.( )  |

**25. Como é pra você propor o uso do preservativo (camisinha) nas relações sexuais?**

---



---

**26. Nos últimos 6 meses, você fez sexo anal passivo (foi penetrado por seu (s) parceiro (s))?**

1.( ) Sim 2.( ) Não

**27. Dos parceiros com quem teve sexo anal passivo (você foi penetrado por seu parceiro), assinale (apenas uma resposta):**

- 1.( ) Todos têm o mesmo resultado do teste HIV que você
- 2.( ) Alguns têm o mesmo resultado do teste HIV que você
- 3.( ) Nenhum tem o mesmo resultado do teste HIV que você
- 4.( ) Eu não sei o resultado do teste HIV de alguns dos meus parceiros
- 5.( ) Eu não sei o resultado do meu teste HIV

**28. Você sempre usou camisinha ao praticar sexo anal nos últimos 6 meses com TODOS seus parceiros(as) sexuais?**

- 1.( ) Não
- 2.( ) Sim

**29. Quais dos motivos listados abaixo você considera que interferiram para NÃO TER USADO CAMISINHA nos últimos 6 meses:**

- 1.( ) Conhecia/confiava no parceiro
- 2.( ) Não tinha camisinha disponível
- 3.( ) Estava com muito “tesão”
- 4.( ) Estava “chapado” (sob efeito de álcool/drogas)
- 5.( ) Não pretendia ter penetração
- 6.( ) Não consegui convencer meu parceiro
- 7.( ) Só fiz sexo oral
- 8.( ) Estava apaixonado
- 9.( ) “Transei” no *dark-room*
- 10.( ) Acho que camisinha tira o tesão
- 11.( ) Camisinha aperta/dá alergia/coça/incomoda
- 12.( ) Parceiro parecia saudável
- 13.( ) Parceiro tinha teste HIV negativo
- 14.( ) Teve pouca penetração e gozou fora
- 15.( ) Faço uso de medicamentos para evitar a contaminação - Prep – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
- 16.( ) Faço uso de medicamentos para evitar a contaminação - Pep – Profilaxia Pós-Exposição
- 17.( ) Outros:

**30. Após algum tempo de relacionamento com o(s) mesmo(s) parceiro (s), você para de usar camisinha com ele(s) ou ela (s)?**

- 1.( ) Não, nunca paro de usar camisinha.
- 2.( ) Sim.
- 3.( ) Diminuo a frequência de uso.

**31. Quais motivos você acredite que te levam a parar ou diminuir o uso do preservativo na questão anterior?**

**32. Marque o grau de dificuldade que você tem em USAR CAMISINHA em cada um dos lugares citados a seguir:**

|                     | Não<br>frequente | Nenhuma<br>dificuldade | Pouca<br>dificuldade | Média<br>dificuldade | Muita<br>dificuldade |
|---------------------|------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| a. Banheiro público | 0.( )            | 1.( )                  | 2.( )                | 3.( )                | 4.( )                |
| b. <i>Dark-room</i> | 0.( )            | 1.( )                  | 2.( )                | 3.( )                | 4.( )                |
| c. Sauna            | 0.( )            | 1.( )                  | 2.( )                | 3.( )                | 4.( )                |
| d. Motel/hotel      | 0.( )            | 1.( )                  | 2.( )                | 3.( )                | 4.( )                |

|                          |       |       |       |       |       |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| e. Casas de familiares   | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |
| f. Sua própria casa      | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |
| g. Casa do parceiro      | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |
| h. Parques               | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |
| i. Carro                 | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |
| j. Rua                   | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |
| l. Praia/cachoeira/campo | 0.( ) | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) | 4.( ) |

#### PARTE IV – CONHECIMENTOS HIV/AIDS

**33. Agora vamos apresentar-lhe uma série de frases e gostaríamos que você assinalasse cada uma delas como VERDADEIRA (V) ou FALSA (F). Caso não saiba se ela é Verdadeira ou Falsa, assinale a opção “Não sei”.**

|                                                                                                                            | VERDADEIRO | FALSO | NÃO SEI |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|---------|
| a. O primeiro caso de aids registrado no mundo ocorreu nos Estados Unidos.                                                 | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| b. O primeiro caso registrado de aids no mundo foi em 1981.                                                                | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| c. Aids e HIV são a mesma coisa.                                                                                           | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| d. Atualmente, no Brasil, a via mais frequente de contaminação pelo HIV é a relação sexual homem com homem.                | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| e. De maneira geral, os medicamentos usados no tratamento do HIV/aids aumentam o tempo de vida das pessoas com a doença.   | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| f. Uma pessoa com aids certamente também estará mais vulnerável a outras doenças.                                          | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| g. A aids pode levar à morte.                                                                                              | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| h. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.                                              | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| i. Aids é uma doença crônica, passível de ser controlada.                                                                  | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| j. As principais células que o HIV infecta fazem parte do sistema imunológico (sistema de defesa do organismo).            | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| k. A aids é causada pelo vírus conhecido por HIV.                                                                          | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| l. Hoje em dia, o maior número de casos de aids no Brasil está entre as mulheres.                                          | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| m. Atualmente, o maior número de casos de aids no Brasil está entre as pessoas com mais de 50 anos de idade.               | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| n. Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela tem manchas vermelhas na pele.                                        | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| o. Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela terá corrimento ou feridas na região genital (pênis, vagina ou anus). | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |
| p. Existe cura para a aids.                                                                                                | 1.( )      | 2.( ) | 3.( )   |

|                                                                                                                                                                                          |       |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| q. É possível se contaminar pelo HIV através de alimentos ou água contaminada.                                                                                                           | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| r. É possível se contaminar pelo HIV ao usar um banheiro público                                                                                                                         | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| s. É possível se contaminar pelo HIV compartilhando escova de dentes                                                                                                                     | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| t. É possível se contaminar pelo HIV ao se compartilhar agulhas ou seringas.                                                                                                             | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| u. É possível se contaminar pelo HIV fazendo tatuagens ou colocando piercing                                                                                                             | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| v. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus HIV compartilhando lâminas de barbear ou de depilar.                                                                                         | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| w. O risco de transmissão do vírus da aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado                                              | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| x. Usar o preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da aids seja transmitido durante a relação sexual                                                                        | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| y. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições.                                                                                         | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| z. Uma mulher grávida que esteja com o vírus da aids e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto diminui o risco de passar o vírus da aids para seu filho | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| aa. Lavar as regiões genitais após uma relação sexual evita a contaminação pelo vírus da aids.                                                                                           | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| bb. Se um inseto picar uma pessoa que tenha HIV e depois picar alguém que não tenha o vírus, poderá infectar essa pessoa.                                                                | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| cc. Há registros de casos de contaminação do HIV pela saliva, através de um beijo.                                                                                                       | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| dd. Se um homem que tenha o HIV fizer sexo com alguém, com penetração e sem preservativo, mas ejacular fora da vagina, ânus ou boca não há possibilidade de haver transmissão do vírus.  | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| ee. Se sangue com HIV cair sobre a pele intacta (sem cortes, feridas, aberturas) de uma pessoa, isso poderá contaminá-la.                                                                | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| ff. O HIV pode ser transmitido através de abraços.                                                                                                                                       | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| gg. Se uma pessoa teve contato sanguíneo com o HIV, nada pode ser feito para evitar que ela se torne portadora do vírus.                                                                 | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| hh. O vírus da aids pode ser transmitido através de relação sexual com penetração, seja vaginal, oral ou anal.                                                                           | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| ii. Uma pessoa só transmite o HIV se ela já estiver doente de aids.                                                                                                                      | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| jj. O HIV pode ser transmitido pelo suor.                                                                                                                                                | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |
| kk. Os remédios para aids inibem a multiplicação do HIV no organismo.                                                                                                                    | 1.( ) | 2.( ) | 3.( ) |

---

|                                                                                                                   |         |         |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| II. Assim que uma pessoa descobrir que é portadora do HIV,<br>deve começar a tomar os medicamentos para HIV/aids. | 1.(   ) | 2.(   ) | 3.(   ) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|

---

## Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o Senhor para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “USO DE PRESERVATIVO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS: HISTÓRIA INDIVIDUAL E PRÁTICAS CULTURAIS”, que será desenvolvido por mim, Maiara Medeiros Brum, psicóloga e Mestre em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem, com orientação da Professora Associada Lenice do Rosário de Souza, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O objetivo desta pesquisa é investigar os principais aspectos que têm levado ao aumento do número de casos de infecção pelo HIV e aids entre homens que fazem sexo com outros homens. Para que eu possa ter resultados preciso coletar sua opinião sobre HIV/aids e questões da sua sexualidade, o que será feito por aplicação de quatro questionários diferentes. Os questionários serão aplicados por mim e para respondê-los serão necessários 30 minutos do seu tempo. A pesquisa apresenta como único risco a possibilidade de haver algum constrangimento por ser solicitada sua opinião sobre sexualidade. Entretanto, informo que os dados obtidos serão utilizados apenas para essa pesquisa e de forma anônima, ou seja, sem utilização de seu nome.

Seu benefício em participar será contribuir para um melhor conhecimento desses aspectos o que poderá subsidiar procedimentos de intervenção mais eficazes em trabalhos de ação preventiva contra a infecção pelo HIV nesta população.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em 02 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor devidamente rubricada/assinada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 05 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional o Senhor poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 11:30 horas e das 14:00 às 17:00 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu, São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR, de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Pesquisador

Lenice do Rosário de Souza;  
End: Rua Salim Kahil, 150, Vila Nogueira,  
Botucatu  
Tel: 14 38821395; E-mail:  
lsouza@fmb.unesp.br

---

Participante da Pesquisa

Maiara Medeiros Brum End: Rua XV de  
novembro, 198, Vila Jussara Maria, Avaré-SP  
Tel: 14 37310725; E-mail:  
maiarabrum@hotmail.com

### **Anexo III – Aprovação Comitê de Ética**

## **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

### **DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** USO DE PRESERVATIVO EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS:  
HISTÓRIA INDIVIDUAL E PRÁTICAS CULTURAIS

**Pesquisador:** Maiara Medeiros Brum

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 14081519.2.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.063.944

#### **Apresentação do Projeto:**

A autora do projeto solicita emenda com o objetivo de ampliar a amostra de participantes da pesquisa. Destaca que os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) apontam que o número de novas infecções por HIV na América Latina e Caribe em 2015 foi significativamente maior quando comparado com os anos de 2013 e 2014. Segundo dados da mesma organização, foram observados, no mesmo período, maiores taxas de novas infecções entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgêneros.

Considerando que por muitos anos a população de HSH apresentou estabilização das taxas de novas infecções, torna-se necessário investigar quais aspectos do atual contexto cultural e histórico possam ter influência no aumento da prevalência de casos de infecção pelo HIV e aids, pois do mesmo modo que as respostas sexuais dependem do valor atribuído aos estímulos a cada momento da vida, o comportamento de prevenção (uso ou não do preservativo) dependerá de fatores biológicos, história de vida e fatores culturais.

Ressalta-se que o contexto cultural determinará quais ações deverão ser reforçadas (continuarão existindo) e quais serão extintas. Para uma clara compreensão acerca da escolha de usar ou não o preservativo é necessário identificar os aspectos da cultura em que esta pessoa esteja inserida que fazem com esse uso aconteça ou não. Portanto, ainda que existam diferenças culturais entre os países, dados do UNAIDS apontam que a população de HSH é considerada vulnerável em todo o mundo<sup>20</sup>. Segundo dados dessa organização, a chance de se contrair o HIV é 27 vezes maior para

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

esses indivíduos.

Assim, utilizar a perspectiva teórica da Análise do Comportamento para essa população possibilitará compreender os comportamentos e empreender ações que contribuam para diminuir a infecção entre esses indivíduos.

A hipótese do estudo é que o comportamento de usar o preservativo pode ser analisado enquanto submetido a uma macrocontingência, sob a qual um grande número de HSH que não usam o preservativo gera cada vez mais casos de infecção pelo HIV, sendo o comportamento de cada homem reforçado individualmente. Deste modo, parecem faltar práticas culturais que estabeleçam condições efetivas para que o comportamento destes indivíduos seja controlado pela diminuição ou fim dos casos de HIV/aids entre eles. Os participantes do estudo serão ampliados, mantendo os dois grupos previamente proposto. Os homens que se declarem homossexuais, bissexuais ou que relatem ter relações sexuais com outros homens, independente de também terem relações sexuais com mulheres, o primeiro grupo de homens não infectados pelo HIV, com histórico de comportamento de risco e o segundo grupo de HSH infectados pelo HIV em tratamento antirretroviral (TARV) que realizam acompanhamento. Serão recrutados no ambulatório do Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” (SAEI-DAM) do Complexo Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp e também por meio de divulgação nas redes sociais ou por indicação de outro participante. Ao entrar em contato com a pesquisadora os esclarecimentos sobre a pesquisa serão detalhados, bem como a necessidade de se realizar o exame para pesquisa do HIV caso o participante ainda não o tenha feito – neste caso será sugerido ao paciente que realize seu exame no SAEI-DAM, tendo em vista a possibilidade de acompanhamento multidisciplinar caso necessário.

Os critérios de inclusão são: ter idade igual ou superior a 18 anos e ter iniciado atividade sexual, além de ter condições físicas e mentais para a realização da entrevista.

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados será realizada pela própria pesquisadora por meio da aplicação de questionário padronizado, adaptado de estudos e previamente testado, contendo informações sobre aspectos individuais, sociais, práticas sexuais e conhecimento acerca da infecção pelo HIV/aids e ainda sobre possível presença de sofrimento psíquico, uso de álcool e apoio social, dado que são condições que podem também interferir no uso de preservativos, e que podem ser avaliadas por instrumentos padronizados (Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)<sup>32</sup>: questionário de rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC), ou sofrimento psíquico, elaborado; Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit): questionário de rastreamento de informações sobre o consumo de risco de álcool).

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 4.063.944

A análise teórica dos resultados dar-se-á à luz dos conceitos de práticas culturais e de contingências sociais descritas por Skinner e do conceito de metacontingência proposto por Glenn.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Identificar e descrever, sob a ótica da Análise do Comportamento e, a partir de relatos verbais, características do comportamento de uso do preservativo e suas possíveis variáveis controladoras, incluindo aspectos culturais e de grupo de convivência, entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

- 1) identificar possíveis regras que poderiam atuar como estímulos discriminativos que antecedem os comportamentos de usar ou não usar preservativo, em relações sexuais;
- 2) Identificar os conhecimentos dos participantes acerca da infecção sobre o HIV e a aids, bem como sobre possíveis formas de contaminação;
- 3) Avaliar possíveis diferenças de comportamento entre participantes infectados e não infectados pelo HIV.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os autores referem os riscos da pesquisa referem-se a possibilidade de haver algum constrangimento por ser solicitada a opinião do participante sobre sua sexualidade. Entretanto os dados obtidos serão utilizados apenas para essa pesquisa e de forma anônima.

O benefício será o melhor conhecimento desses aspectos o que poderá subsidiar procedimentos de intervenção mais eficazes em trabalhos de ação preventiva contra a infecção pelo HIV nesta população.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A emenda propõe ampliação no número de participantes com recrutamento em redes sociais e “bola de neve”, mantendo o mesmo rigor e a inclusão dos participantes para acompanhamento multidisciplinar no SAEI-DAM.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A emenda apresentada não modifica os objetivos da pesquisa e amplia o número de participantes. Todas as documentações estão adequadas.

#### **Recomendações:**

Sem recomendações.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO da EMENDA apresentada.

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 4.063.944

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 01/06/2020, a EMENDA apresentada encontra-se APROVADA.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                               | Postagem            | Autor                | Situação |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1552505_E1.pdf | 07/05/2020 13:56:15 |                      | Aceito   |
| Outros                                                    | Emenda.pdf                            | 07/05/2020 13:54:51 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Outros                                                    | RespostaPendencia.pdf                 | 06/06/2019 22:54:51 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_MaiaraMBrum.docx              | 06/06/2019 22:51:30 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | DeclaracaoInstituicao.Pdf             | 06/06/2019 22:08:59 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Outros                                                    | TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf      | 25/04/2019 17:54:20 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermoDeConsentimento.pdf              | 27/03/2019 17:26:48 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | FolhaDeRostoAssinada.pdf              | 27/03/2019 17:26:14 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Outros                                                    | Instrumentos_MaiaraBrum.pdf           | 27/03/2019 16:53:52 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |
| Outros                                                    | Questionario_MaiaraBrum.pdf           | 27/03/2019 16:53:26 | Maiara Medeiros Brum | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 4.063.944

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 02 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**CEP:** 18.618-970

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br