



# *Bela Vista e Horizonte:*

## *Estudos Comportamentais e Epidemiológicos Entre Homens que Fazem Sexo com Homens*

### *Apresentação*

#### *Projeto Bela Vista*

#### *Projetos Paralelos*

#### *Anexos \**

#### *Projeto Horizonte*

#### *Aspectos Clínicos (1994-1999)*

#### *Anexos \*\**

#### *Créditos*

### **Apresentação**

No ano 2000, passados 20 anos desde a notificação do primeiro caso de aids no Brasil, ainda temos uma epidemia muito significativa entre os homens que fazem sexo com homens. No Boletim Epidemiológico ano XIII, n.º 01 - de dezembro/1999 a junho/2000, a distribuição das categorias de exposição "homossexual" e "bissexual" entre os casos de aids no período 1980/00 é de 28,1 %, o que representa a cifra de 51.931 casos de um total de 184.199. As notificações relativas ao período 1999/ 2000, nestas categorias, apontam para uma proporção de 18,2 %. Em valores absolutos, nota-se que o número de casos nestas duas categorias de exposição tem se mantido estável ao longo dos últimos dez anos, o que, no entanto, não significa uma diminuição na participação da transmissão homem a homem na epidemia.

Essa realidade, portanto, ainda nos impõe o desafio de estudar a epidemia entre o grupo dos homens que fazem sexo com homens (HSH), a fim de conhecer quais são as práticas sexuais desta parcela da população, sua percepção sobre DST/aids, e que nos permita monitorar o impacto das respostas sociais à epidemia.

Com vistas a responder parte dessas questões, foram elaborados projetos de pesquisa em três capitais do país, a saber, Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Tratam-se de estudos sócio comportamentais da incidência da infecção pelo HIV em homens que fazem sexo com homens, que fazem parte de um esforço mundial, promovido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS) para a realização de ensaios clínicos e testes de vacinas anti-HIV e também conhecer a tendência da epidemia entre esse grupo.

Esses estudos, ao lado de outras iniciativas, incluem o Brasil no cenário internacional dos estudos de vacinas. O que vai possibilitar o teste de produtos vacinais no País, executado pela comunidade científica e com o acompanhamento das organizações da sociedade civil.

Assim, apresentamos os resultados de dois desses importantes estudos brasileiros - o Projeto Bela Vista, de São Paulo e o Projeto Horizonte, de Belo Horizonte - na certeza que eles vão preencher uma lacuna sobre o comportamento sexual entre os HSH, permitindo o desenho de políticas públicas mais eficazes e efetivas na prevenção da infecção do HIV.

**Paulo Roberto Teixeira**  
Coordenador

**Coordenação Nacional de DST e Aids**

## **Projeto Bela Vista**

### Equipe de Pesquisa

#### 1. Introdução

#### 2. Objetivos

#### 3. Metodologia

#### 4. Resultados

#### 5. Discussão

#### 6. Mudanças e Perspectivas

## **Estudo Sócio-comportamental e Determinação da Incidência de Infecção por HIV em uma Coorte de Homens que Fazem Sexo com Homens, em São Paulo, Brasil**

### **1. Introdução**

O Projeto Bela Vista é uma das pesquisas realizadas no Brasil, como resultado da iniciativa do UNAIDS, em conjunto com o Ministério da Saúde, visando integrar o país no processo de desenvolvimento de uma vacina anti-HIV/aids.

Com o apoio da Unidade de Desenvolvimento de Vacina do antigo Programa Global de Aids, da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu em 1992 o Comitê Nacional de Vacinas Anti-HIV/Aids. Foram selecionados três centros urbanos, para pesquisas futuras com vacinas: Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, onde deveriam ser desenvolvidos estudos nas quatro principais áreas, epidemiológica, sociocomportamental, clínica e laboratorial, de acordo com o plano Nacional de Vacinas anti-HIV.

O Estado de São Paulo foi selecionado para participar da pesquisa relacionada a vacinas em função tanto da magnitude da epidemia quanto da infra-estrutura de serviços, laboratório e de assistência médica.

A participação de São Paulo na iniciativa para estudos com vacina anti-HIV/aids é coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde, a qual nomeou um comitê estadual, que conta com a presença de instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde. As instituições que compõem o comitê são: o Instituto Adolfo Lutz, o Instituto de Saúde, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a Faculdade de Medicina da UNICAMP, Universidade Federal de São Paulo, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas e o Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids, além de representantes de organizações não-governamentais, ligadas à aids.

O Projeto Bela Vista congrega componentes epidemiológicos e sociocomportamentais do estudo em São Paulo e seu principal objetivo é determinar a incidência da infecção pelo HIV e os fatores sociocomportamentais associados à infecção em uma coorte de homens que fazem sexo com homens (HSH). Outro objetivo do estudo é a capacitação de equipe técnica, para implantação e condução de estudos de coorte, visando a possível aplicabilidade dos testes de eficácia de vacinas no futuro.

A prevenção, junto a esta população específica, foi ganhando importância ao longo do tempo. Isso motivou a necessidade de avaliação das intervenções realizadas. O projeto, a partir de 1999, direcionou esforços para este fim.

A pesquisa foi financiada entre agosto de 1994 e setembro de 1998 pelo UNAIDS e Ministério da Saúde com colaboração da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio do Instituto de Saúde, Instituto Adolfo Lutz e do Programa Estadual de DST e Aids. A partir daí, vem sendo mantida com recursos da Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, e do Programa Estadual de DST e Aids.

## **Projeto Bela Vista**

### **Equipe de Pesquisa**

#### **1. Introdução**

#### **2. Objetivos**

#### **3. Metodologia**

#### **4. Resultados**

#### **5. Discussão**

#### **6. Mudanças e Perspectivas**

## **Projetos Paralelos**

### **1. Introdução**

### **2. Projeto de Comunicação Social**

### **3. Parceiros fixos**

### **4. Vacinação para Hepatite B**

## **1. Introdução**

A coorte tornou-se um campo fecundo para a realização de outros estudos que estavam além dos objetivos iniciais do projeto ou que se mostravam necessários para atender demandas específicas.

Ao longo do tempo, os pesquisadores - de acordo com sua formação e interesse - concentraram esforços em levantar dados e analisar aspectos específicos da população estudada.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

### [Anexo II](#)

### [Anexo III](#)

## **Anexo I**

### **Atividades Paralelas**

As atividades paralelas foram iniciadas em 1995 e tiveram três profissionais responsáveis por sua coordenação. Entre agosto de 1998 e junho de 1999, as atividades foram paralisadas, em primeiro pela espera da definição quanto à continuidade e manutenção do projeto e, posteriormente, pelo fato de aguardar ajustes na adaptação dentro da nova estrutura do Projeto, agora vinculado ao Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.

Segue abaixo listagem de todos os temas das Atividades Paralelas realizadas e daquelas propostas durante todo o ano de 1999.

#### **1995**

(Coordenação: Carlos André Passareli)

##### **Temas**

- “Convivendo com a Aids”
- Filme: Três formas de amar
- “Aids em nosso cotidiano”
- Filme : Amor e restos humanos
- “Masculino e feminino”
- Filme: Victor ou Victória
- “Vacinas anti-HIV/AIDS”
- Filme: Meu querido companheiro
- “Mamãe eu sou Gay”
- Filme: Essa estranha atração
- “História da sexualidade”

#### **1996**

(Coordenação: Carlos André Passarelli)

##### **Temas**

- “Tudo que você quis saber – os mistérios do coito anal”
- Filme: Vida nua
- “Preconceitos sexuais”
- “Militância gay”
- Filme: Morango com chocolate
- “O que eu estou fazendo aqui”
- “O meu teste de HIV deu.....”

- Filme com cenas de sexo explícito
- “Homoerotismo e psicologia”
- Filme: Minha adorável lavanderia

## 1997

(Coordenação: Carlos Passarelli, outros técnicos do Projeto Bela Vista e Sérgio Funari)

### Temas

- “Coquetel: a aids diante de um novo paradigma”
- “Resultados parciais do Projeto Bela Vista”
- Filme: Um caso de amor
- “Coito anal II – o complemento”
- “Preconceito” com o filme Noite de Lua Cheia
- “Sexo seguro”
- “União civil entre pessoas do mesmo sexo”
- “Voluntários do Projeto Bela Vista – Como são?”
- “Identidade perdida”
- “Sombra do mal” com o filme: Entrevista com Vampiro
- “Mudança de comportamento”
- Filme: Relações perigosas – Discussão sobre relações extra conjugais

## 1998

(Coordenação: Sérgio Funari e outros técnicos do Projeto Bela Vista)

### Temas

- “A fantasia que mamãe escolheu para mim”
- “Quem tem medo de mulher?”
- “O julgamento da boneca”
- “Perca peso agora – pergunte-me como!” (o que se carrega sem precisar)
- “Bissexualidade, a traição da causa”
- “Pares discordantes”
- “Revistinha de Sacagem”
- “Margens Estreitas”(Mais reflexões sobre bissexualidade)
- “Arquitetura das Vísceras”
- “Casamento Cadafalso”
- “Fetichismo”
- “Homossexualidade e Religião”
- Filme: O Padre

## 1999

(Coordenação: Ricardo Barbosa Martins)

### Temas

- “Sou gay mesmo? O que é ser gay?”
- “ É normal ser gay? Como sou visto? Como me vejo”?
- “Estou apaixonado. Tiro a camisinha? Quando é hora?”
- “É verdade que todo gay é infiel?”
- “Sexo anal: tudo o que você queria saber e nunca teve coragem de perguntar”
- “Sexo Rápido X Sexo Seguro”

- “Tenho dificuldade para encontrar parceiros”
- “Assumir-se gay: é importante?”
- “Como os gays são vistos hoje?”
- “Filhos fazem falta no amor gay?”
- “Envelhecimento gay: como encará-lo?”
- “Solidão me apavora?”

## **Anexos \***

[Anexo I](#)

[Anexo II](#)

[Anexo III](#)

## Projeto Horizonte

### Equipe

#### 1. Introdução

#### 2. Avaliação Geral

### 1. Introdução

O Projeto Horizonte iniciou suas atividades no segundo semestre de 1993 com a elaboração de protocolos e formulários. O recrutamento dos voluntários iniciou-se em 1994 e a primeira consulta clínica aconteceu em outubro do mesmo ano.

O Projeto Horizonte é um estudo que visa a formação de uma coorte de homossexuais e bissexuais masculinos para, primeiramente, determinar a incidência e prevalência da infecção pelo HIV, avaliar o impacto de intervenções educativas e aconselhamento na incidência desta infecção. O projeto também tem como objetivos avaliar a possibilidade de acompanhamento a longo prazo desta coorte e sua utilização em ensaio clínico de vacina anti-HIV, como parte integrante do PLANO NACIONAL VACINAS ANTI-HIV - MINISTÉRIO DA SAÚDE.

A metodologia adotada é a de formação de coorte aberta com indivíduos homossexuais e bissexuais masculinos, com idade entre 18 e 60 anos, residentes na grande Belo Horizonte, com sorologia negativa para o HIV, que não possuam nenhuma doença psicológica/psiquiátrica ou dependência de substâncias químicas e, que não tenham sido atendidos pelo Setor de Imunodeficiências a partir de janeiro de 1992.

Os voluntários convidados a participar do projeto são atendidos pela equipe de psicólogos e sociólogos em atendimento de acolhimento, quando recebem informações sobre o projeto. Posteriormente, realizam entrevista psicológica e epidemiológica detalhada que visa identificar as possíveis atividades de risco para a infecção pelo HIV. Neste momento, assinam o consentimento para a participação no processo de triagem para a entrada na coorte. Após esta entrevista, os pacientes que consentem pela continuação da triagem submetem-se a exames laboratoriais que incluem anti-HIV (ELISA e WB, quando necessário), VDRL, contagem diferencial de linfócitos CD4/CD8, hemograma completo e contagem de plaquetas. Os pacientes voltam ao psicólogo que o atendeu para receber os resultados dos exames laboratoriais e são atendidos pela equipe médica. Nesta consulta clínica, aplica-se um questionário referente ao estado de saúde atual e progresso do voluntário, realiza-se um exame físico completo e analisa-se os exames laboratoriais, além da leitura e assinatura do consentimento para a entrada na coorte.

Os retornos ocorrem de seis em seis meses. O protocolo é basicamente o mesmo: primeiramente a consulta psicológica e epidemiológica, quando é aplicado o mesmo questionário, com o objetivo de avaliar possíveis mudanças no comportamento de risco do voluntário; são repetidos os mesmos exames cujos resultados são dados pela equipe psicológica; e, finalmente, a consulta médica para o preenchimento do questionário clínico, exame físico e análise dos resultados laboratoriais.

Durante o intervalo entre as consultas, o voluntário é convidado a participar de atividades educativas e culturais promovidas pelo projeto. Estas atividades visam o conhecimento sobre a AIDS, suas vias de infecção, os modos de prevenção; além de oficinas sobre sexo seguro e outras.

Os médicos do projeto ficam à disposição dos voluntários para consultas "extras" que venham a ser necessárias, fora do protocolo do projeto. Os voluntários que chegam com sorologia positiva para HIV, assim como os que apresentam a soroconversão após a entrada na coorte, são encaminhados ao ambulatório do setor de imunodeficiências do CTRDIP.

## **Projeto Horizonte**

### Equipe

#### 1. Introdução

#### 2. Avaliação Geral

## **Aspectos Clínicos (1994-1999)**

### **Equipe**

#### **1. A consulta clínica**

#### **2. Relatório da avaliação clínica**

### **Equipe responsável pelo componente clínico**

#### **Pesquisadores**

- Dr. Dirceu Bartolomeu Greco - Professor Titular do Depto de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, UFMG, Doutor em Medicina Tropical, Coordenador do Setor de Imunodeficiências - DIP
- Dr. Carlos Maurício F. Antunes - Professor Titular do Depto de Parasitologia, ICB/UFMG, Doutor em Epidemiologia

#### **Médicos**

- Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.
- Médico do Setor de Imunodeficiências - DIP
- Mestre em Saúde Pública, Médico do Projeto Horizonte
- Ana Paula Coutinho Bello, Médica do Projeto Horizonte
- Heldilene Câmara dos Anjos Oliveira, Médica do Projeto Horizonte
- Luciana Gomes Machado, Médica do Projeto Horizonte
- Luiz Lignani Júnior, Mestre em Medicina Tropical, Médico do Projeto Horizonte
- Lucinéia Maria Queiroz Carvalhais, Médica do Projeto Horizonte
- Unai Tupinambás, Mestre em Medicina Tropical, Médico do Projeto Horizonte Médico do Setor de Imunodeficiências - DIP
- Charles Andreé Joseph de Pádua, Médico do Projeto Horizonte

#### **Bolsistas (Alunos(as) da Faculdade de Medicina)**

- Hellen de Rosa Lima
- Flávia de Andrade Ribeiro
- Flávia Gomes Faleiro Ferreira
- Pedro José Vilaça
- Ana Flávia Leonardi Tibúrcio
- Renata Maria e Silva Rezende

#### **Serviços Participantes**

- Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias - Orestes Diniz.
- Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (HC/UFMG) e Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina - UFMG.
- Departamento de Parasitologia - Instituto de Ciências Biológicas - UFMG.

#### **Local de Realização**

- Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias – Orestes Diniz (CTR DIP)

## Aspectos Clínicos (1994-1999)

### Equipe

1. A consulta clínica

2. Relatório da avaliação clínica

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo I**

### **Resumos Apresentados nas Conferências Internacionais sobre Aids**

#### **XI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE AIDS, VANCOUVER, CANADÁ DE 7 A 12 JULHO DE 1996**

1. Cohort of men who have sex with men in Belo Horizonte, Brazil: some characteristics of the initial study group.

Oliveira, Edson L., Greco M.J., Fonseca J.J., Oliveira M.R., Domingues R.C., Greco D.B., Antunes C.M.F. Minas Gerais Aids Vaccine Center, Federal University of Minas Gerais, Brazil.

2. Knowledge and motivations for participation HIV in vaccines trials: preliminary results from a Brazilian cohort of men who have sex with men.

Fonseca, J. Júlio, Greco, M., Domingues, R.C., Oliveira, M.R., Greco, D.B., Antunes, C.M. Oliveira, E.I. Minas Gerais AIDS Vaccine Center, Federal University of Minas Gerais, Brazil.

3. Determinants of HIV infection among homo/bisexual men in Belo Horizonte, Brazil: a nested case-control study

Antunes, Carlos MF, Carneiro M, Camara G, Oliveira EL, Greco DB. Minas Gerais AIDS Vaccine Center, Federal University of Minas Gerais, Brazil.

4. Agreement of a psycho-social questionnaire used in a homo/ bisexual cohort study in Belo Horizonte, Brazil

Carneiro Mariângela, Oliveira WK, Oliveira MR, Andrade JC, Greco DB, Antunes CMF. Minas Gerais AIDS Vaccine Center, BRAZIL - Federal University of Minas Gerais, Brazil.

5. Volunteer recruitment strategies in a male homo/bisexual open cohort in Belo Horizonte, Brazil.

Andrade Julio\*, Greco M, Machado A, Antunes CMF, Oliveira EI. Minas Gerais AIDS Vaccine Center, \*Federal University of Minas Gerais, Brazil.

6. Laboratory status of a homo/bisexual men from a cohort study in Belo Horizonte, Brazil. Viana, Luciana G. Toledo Jr AC, Antunes CM, Greco DB. Minas Gerais AIDS Vaccine Center, Federal University of Minas Gerais, BRAZIL.

7. Phase I/II trial of a HIV candidate vaccine in Belo Horizonte, Brazil, 1995. an interim evaluation.

GRECO DIRCEU, Oliveira E, Tupinambás U, Fonseca JJ, Carvalhais LMQ, Greco M & Toledo Jr. ACC for the Clinical Trial Group of Minas Gerais National AIDS Vaccine Center, Federal University of Minas Gerais, Brazil.

8. Women partners of HIV positive: psycho-social characteristics of their relationship in Belo Horizonte, Brazil.

Campos, Regina C.; Antunes, CMF.; Greco, M.; Jerônimo, M.; Greco, DB.; Afonso, ML. Federal University of Minas Gerais, BRAZIL

9. Communication strategy for recruiting volunteers for an AIDSrelated program.

Breta, Maria B.A.S., Vaz, Paulo B.F., Santos, Gilmar J., Fonseca, Cláudia G., Guimarães, Manoel M., Antunes, Carlos MF., Greco, Dirceu B. Federal University of Minas Gerais - Brazil.

10. Knowledge and behavior of working youth in brazil: implications for a mass media campaign.

Pinto, Jorge A\*, Campos M\*, Paiva V\*, Santos G\*, Greco M\*, Negrão I\*\*, Rodrigues LG\*\*, \*Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; \*\*Ministry of Health, Brazil.  
resumos.doc ou vancouver

## **XII CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE AIDS, GENEVRA, SUIÇA 23 de junho a 3 de julho de 1998**

1. Feasibility of clinical trials with candidate HIV/AIDS vaccines in Brazil.

Greco,DB, Carvalheiro, JR, Sutmoler, F, Castilho, E, Chequer, P

2. Feasibility and results of a HIV incidence cohort of homo/bisexual men in Belo Horizonte, Brazil - 3 year report of the Project Horizonte Greco,M, Toledo, AAC, Antunes, CM, Greco, DB

3. Increasing the risks for the female partner: Perception and decisions related to risk for HIV infection among bisexual men in cohort for incidence and preparation for HIV vaccine clinical trials in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte) genemar Greco, M, Domingues, RC, Oliveira, EI, Antunes, CMF, Greco, DB

4. Evaluation of knowledge, attitude and behavior related to HIV among students, professors and staff at the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil  
Jeronymo,M, Araujo, R, Greco, DB

## **XIII CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE AIDS, DURBAN, ÁFRICA DO SUL - 9 a 14 de julho de 2000**

1. HIV vaccines trials and the proposed changes of the Declaration of Helsinki: the fallacy of urgency or ethics vs. Economics THoRe561

Dirceu B. Greco

2. Design, implementation, and baseline evaluation of a prospective cohort study of homosexual and bisexual HIV-1 negative male in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte) in preparation for HIV vaccine trials Tu Pe 3362

Carlos Maurício F. Antunes, Mariângela Carneiro, Marília Greco, Edson Oliveira, Júlio Andrade, Luiz Lignani Jr., Dirceu B. Greco

3. Motivation to participate in HIV vaccine trials among volunteers in a cohort of MSM in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte) TuPeC3390

Marília Greco, Edson Oliveira, José Júlio Fonseca, Juliana Nahas, Maria José Duarte Utsch, Mariângela Carneiro, Fabíola Adriene Cardoso, Dirceu Greco

4. Determinants of incidence of HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men in Belo Horizonte, Brazil: a nested casecontrol study TuPeC3462

Mariângela Carneiro, Fabíola Cardoso, Marília Greco, Edison Oliveira, Júlio Andrade, Dirceu B. Greco, Carlos Maurício Antunes

### **Anexos \***

#### [Anexo I](#)

-

#### [Anexo II \(Parte I\)](#)

#### [Anexo II \(Parte II\)](#)

#### [Anexo II - Bibliografia](#)

#### [Anexo III - Summary](#)

#### [Anexo III - Introduction](#)

#### [Anexo III - Metododology](#)

#### [Anexo IV - Summary](#)

#### [Anexo IV - Metododology](#)

#### [Anexo IV - Results](#)

## **Projeto Bela Vista**

### **Equipe de Pesquisa**

#### **1. Introdução**

#### **2. Objetivos**

#### **3. Metodologia**

#### **4. Resultados**

#### **5. Discussão**

#### **6. Mudanças e Perspectivas**

## **Equipe de Pesquisa**

### **Investigadores Principais**

O Projeto Bela Vista tem como investigadores principais, **Dr. José da Rocha Carvalho** responsável pela pesquisa epidemiológica e **Dr<sup>a</sup> Mary Jane Paris Spink** responsável pela pesquisa sociocomportamental.

### **Técnicos/Pesquisadores**

Maria Amélia de S. M. Veras – médica sanitaria e mestre em medicina preventiva.  
Geresa Maria Figueiredo – médica sanitaria, infectologista e doutora em medicina preventiva

Cristiane Gonçalves Meireles da Silva – mestre em ciências sociais – coordenadora de campo.

Sônia Egídia Prado Garcia – psicóloga

Vânia Camargo da Costa – socióloga

Eduardo Ronner Lagonegro – médico infectologista, mestre em infectologia

Andréa Alves Rafael – médica infectologista mestre em infectologia.

Marco Góes – médico infectologista

Luiz Antonio V. D´Angelo – médico sanitaria e mestre em saúde comunitária

Marise Oliveira Fonseca – médica infectologista mestre em infectologia

Maria Cláudia Nascimento – médica infectologista e mestre em infectologia

Márcia Giovanetti – assistente social

### **Equipe de Apoio**

Deize Delmira – auxiliar de enfermagem

### **Equipe técnica do Instituto Adolfo Lutz**

Carmem Aparecida de Freitas Oliveira (sorologia HIV)

Regina Célia Moreira (sorologia hepatites)

Marília Almeida Antunes Rossini (laboratório de retrovírus)

Lia Carmem Monteiro da Silva Zerbini (sorologia sífilis)

Luiz Fernando Brígido (laboratório de retrovírus)

Mirthes Ueda (microbiologia e imunologia)

**Equipe Matriz\***

Paulo Roberto Teixeira – médico dermatologista

Alexandre Grangeiro – sociólogo

Lia Yara Mirin – médica dermatologista e mestre em psicologia social

Expedito Luna – médico sanitarista e doutor em medicina preventiva

Carlos André Passarelli – psicólogo e mestre em psicologia social

Maria Amélia Mascena de Sousa Veras

Gerusa Maria Figueiredo

Luiz Fernando Brígido

Artur Kalichman - médico Sanitarista e mestre em medicina preventiva

*\* Responsável pela elaboração e implantação do Projeto Bela Vista, em colaboração com os investigadores principais.*

## Projeto Bela Vista

### Equipe de Pesquisa

#### 1. Introdução

#### 2. Objetivos

#### 3. Metodologia

#### 4. Resultados

#### 5. Discussão

#### 6. Mudanças e Perspectivas

### **2. Objetivos\***

- Descrever a população de voluntários da coorte quanto às características sociodemográficas e práticas sexuais;
- Estabelecer a incidência da infecção por HIV em uma coorte de homens que fazem sexo com homens, que responderam as estratégias de captação do Projeto;
- Descrever as mudanças de práticas sexuais durante o período do estudo;
- Identificar fatores que influenciam a decisão de participar ou não de estudos de vacinas; e
- Descrever as estratégias de prevenção desenvolvidas, durante o estudo.

*\* Os objetivos originais do Projeto Bela Vista são:*

- 1) Estabelecer a incidência de infecção pelo HIV em uma coorte de homens que fazem sexo com homens, em São Paulo, Brasil;*
- 2) Identificar determinantes comportamentais associados à soroconversão;*
- 3) Identificar fatores que influenciam a decisão de participar de estudos de vacinas.*
- 4) Adquirir experiência e melhorar a infra-estrutura para realização de estudos de coortes com diferentes populações, como parte da preparação de futuros testes de eficácia com vacinas anti-HIV.*

## **Projeto Bela Vista**

### **Equipe de Pesquisa**

#### **1. Introdução**

#### **2. Objetivos**

#### **3. Metodologia**

#### **4. Resultados**

#### **5. Discussão**

#### **6. Mudanças e Perspectivas**

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Desenho do estudo**

#### **3.2 Critérios de elegibilidade**

#### **3.3 Trabalho de campo**

#### **3.4 Procedimentos**

#### **3.5 Análise**

#### **3.1 Desenho do estudo**

O estudo foi desenhado com metodologia de coorte aberta, como forma de recrutar o maior número possível de voluntários e, para que os possíveis abandonos, não se constituíssem em perdas para o estudo.

O acompanhamento dos voluntários se dá a cada seis meses, com aplicação de entrevista sociocomportamental, exame clínico direcionado para sinais e sintomas de DST e a realização de sorologia para HIV, sífilis e hepatite B e C. Os voluntários ao completarem três anos de acompanhamento, de rotina, de entrevista, a sorologia e o exame clínico passam a ser realizados anualmente.

#### **3.2 Critérios de elegibilidade**

Adotou-se para o estudo os seguintes critérios de inclusão: ser homem que pratica sexo com outros homens, ser maior de dezoito anos, não infectado pelo HIV e não ter sido usuário de drogas injetáveis, nos últimos seis meses. Todos os voluntários assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido anterior a entrada no estudo.

#### **3.3 Trabalho de campo**

##### **3.3.1 Data de início dos trabalhos de campo**

Depois de um ano de preparação, as atividades de campo tiveram início no dia 1 de agosto de 1994.

### **3.3.2 Unidade de investigação**

A Unidade de Investigação (UI) é o local onde os procedimentos de campo são realizados. Inicialmente desenvolvida no Instituto Clemente Ferreira, na Praça Roosevelt, região central da cidade, foi posteriormente transferido para as instalações do Programa Estadual de DST e Aids, onde está permanentemente instalada. A UI dispõe de duas salas para entrevistas e exame clínico, uma sala para coleta de sangue e administração de vacina para Hepatite B, onde estão instalados os computadores, uma sala para os arquivos com os prontuários dos voluntários, uma sala de recepção e uma pequena sala de reuniões. Na parte de trás do prédio, um jardim, que pode servir de local de espera ou palco de atividades em grupo. As atividades paralelas acontecem no auditório do Centro de Referência em DST e Aids, no prédio vizinho, dentro do mesmo espaço. A localização atual no Bairro da Vila Mariana é de fácil acesso, por meio de transporte público. As Atividades da Unidade de Investigação são desenvolvidas de segunda a sexta, das 14 às 20 horas.

### **3.4 Procedimentos**

#### **3.4.1 Recrutamento**

Em alguns momentos do trabalho de campo, esforços pontuais foram realizados para a captação de novos voluntários. As estratégias foram diversificadas de acordo com o momento do Projeto. Entre as diversas estratégias, destacamos:

- 1) COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico.** Desde o início do estudo, foi estabelecida parceria com o COAS Henfil, da Prefeitura da cidade de São Paulo, que consistia em convidar para conhecer o Projeto Bela Vista, os HSH, que freqüentavam o serviço, após recebimento de resultado negativo do teste anti-HIV.
- 2) Divulgação do estudo na imprensa, em vários momentos e, também, em diferentes veículos.** O Projeto Bela Vista foi tema de matérias jornalísticas. Este tipo de divulgação serviu como fonte de captação de muitos dos voluntários. Geralmente, na semana ou mês, em que a imprensa divulgava o Projeto aumentava sensivelmente a captação de novos voluntários.
- 3) No início do trabalho de campo foram realizados anúncios em jornais para aumentar o número de voluntários.** Esta estratégia resultou numa procura por telefone bastante importante, mas basicamente com fins informativos, não servindo, entretanto, como forma importante de recrutamento de novos voluntários.
- 4) Materiais do projeto, tais como: folhetos, vale-camisinha, cartazes e outros materiais foram colocados em circulação em vários locais de concentração da população de HSH.**
- 5) Trabalho face a face de recrutamento em locais de encontro da população de HSH, que consistiu na distribuição de folhetos informativos sobre o projeto, e vale-camisinhas, em locais conhecidos como de socialização da população de HSH, como: bares, boates, mostras de cinema etc.** Além da distribuição de material informativo, a equipe de recrutadores, permanecia disponível durante certo período de tempo nos locais para esclarecimentos.
- 6) Recrutamento por snow-ball: esta é a estratégia responsável pelo maior número de voluntários captados.** Avaliamos que este método esteja relacionado com a confiança

implícita na informação trocada entre pessoas da mesma rede de relações. Mesmo quando não há nenhuma outra estratégia específica de recrutamento, o snow-ball continua alimentando a coorte, através da inclusão de novos voluntários.

### **3.4.2 Entrevista de acolhimento**

Esta entrevista é realizada na primeira visita do potencial voluntário, quando a Unidade de Investigação colhe informações sobre idade, fonte de informação sobre o Projeto (pessoas, materiais ou instituições que o informaram/indicaram), interesse que o moveu a procurá-lo, realização prévia de exame anti-HIV. Procedem-se, em seguida, a leitura, a discussão e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **3.4.3 Exame clínico**

Após adesão do voluntário ao projeto, ele é submetido a exame clínico completo e anamnese com ênfase na história pregressa de DST e na identificação atual de sintomas de DST e/ou infecção por HIV. Havendo qualquer evidência clínica de doença, o voluntário é encaminhado para atendimento específico, em uma das instituições parceiras. Após a entrada do voluntário na coorte, o exame clínico é realizado semestralmente. Os voluntários são incentivados a procurarem a UI, antes deste prazo, caso haja intercorrência clínica relacionada a DST ou com a Síndrome Retroviral Humana Aguda, a qual lhe é descrita com detalhes.

### **3.4.4 Coleta de sangue**

Após realização do exame clínico, o potencial voluntário realiza punção venosa, para sorologia anti-HIV, sífilis e hepatite B e C. As sorologias são repetidas semestralmente.

Durante quatro anos, foram realizadas sorologias para Hepatite C, deixando de serem realizadas a partir de 1999, devido a baixa prevalência (1,9%) do vírus da hepatite C entre os voluntários e, considerando-se ser a via de transmissão sexual, atualmente, de pouca importância para esse tipo de hepatite.

### **3.4.5 Entrevista “sócio-comportamental”**

A entrevista sócio-comportamental é realizada com objetivo de obter informações sobre vários aspectos da vida do voluntário como condições socioeconômicas, conhecimento sobre aids, práticas sexuais e parceiros sexuais. A primeira entrevista sócio-comportamental é realizada quinze dias após a entrevista de acolhimento, quando o voluntário recebe o resultado dos exames sorológicos. A rotina prevê a realização de novas entrevistas semestrais anteriormente a consulta clínica.

### **3.4.6 Aconselhamento**

Num primeiro momento, o aconselhamento realizado individualmente tem como objetivo esclarecer e informar o voluntário quando este nos apresenta suas dúvidas, ou quando o técnico detecta seu desconhecimento em relação às formas de transmissão do HIV ou das DST, ou mesmo, do significado dos testes anti-HIV,

sífilis e hepatite.

Num segundo momento, privilegamos a escuta, ou seja, realizamos perguntas e concordamos, ou não, com o que é dito. Oferecemos sugestões práticas, mas principalmente evitamos responder, preferimos problematizar as questões que nos são trazidas.

O objetivo é o de produzir ou ampliar a reflexão sobre o assunto em pauta ao mesmo tempo em que se oferece apoio emocional, posicionando-nos como aliados diante de questões para as quais não existem respostas ou saídas fáceis.

Dessa forma, tentamos instrumentalizar os voluntários, capacitando-os minimamente em suas escolhas afetivas e ou sexuais, relacionamento com o parceiro, com a família, ou com seus conflitos pessoais em relação ao homoerotismo, etc.

O aconselhamento é realizado quando: 1) o voluntário procura o Projeto Bela Vista pela primeira vez; 2) na realização da primeira entrevista sócio-comportamental; 3) a cada retorno semestral para nova coleta de exames quando é repetida a entrevista sócio-comportamental; 4) quando do retorno na consulta clínica para receber o resultado dos testes; 5) quando procura algum profissional do Projeto para “intercorrência” – geralmente por julgar que apresentou qualquer situação de risco para o HIV ou DST).

O aconselhamento é desenvolvido, considerando-se:

O que é observado nas respostas à entrevista sociocomportamental ou observado pelo clínico na consulta e, através das questões levantadas pelo próprio voluntário durante ou após a entrevista e ou consulta clínica. A demanda ou necessidade ora é detectada pelo técnico, ora apresentada pelo próprio voluntário e, muitas vezes, por ambos.

O aconselhamento é individualizado. Considera-se sempre a singularidade dos voluntários, ao mesmo tempo que não se perde a visão de um grupo de identidade específica.

São vários os temas apresentados ou abordados, sendo os principais:

- risco de contaminação através do sexo oral sem proteção;
- sexo anal desprotegido com parceiro ocasional;
- dificuldade em manter o uso de camisinha com o parceiro fixo;
- dificuldade em discutir com o parceiro fixo sobre a responsabilidade mútua da decisão de usar ou não o preservativo;
- dificuldade em propor o uso da camisinha com parceiro ocasional;
- dificuldade em lidar com o preconceito relacionado a homossexualidade;
- dificuldade no relacionamento familiar como conseqüência da orientação sexual;
- conflitos pessoais relacionados à orientação sexual.

Após aconselhamento, os técnicos do Projeto, se necessário:

1. *Orientam e sensibilizam o voluntário a participar das Atividades Paralelas;*

2. *Sensibilizam para a necessidade de se fazer psicoterapia e, neste caso, encaminham para atendimento psicológico, em consultório particular. O encaminhamento se dá a partir de uma relação de psicólogos com os quais o Projeto Bela Vista fez contato prévio. Inclui principalmente profissionais que têm disponibilidade para negociar o preço das sessões.*

3. *Encaminham para atendimento psicológico gratuito na rede pública.*

O aconselhamento é uma atividade que se tornou privilegiada dentro do Projeto, por ser um espaço diário para realização de intervenção face a face.

Estas intervenções proporcionaram um acúmulo de conhecimento sobre a população, no que diz respeito às suas relações afetivas, seus medos, bem como vários outros aspectos subjetivos e objetivos que dificultam a prática do sexo seguro.

A importância deste trabalho, juntamente com a análise de alguns resultados da coorte, relacionados às práticas sexuais de risco, levou-nos a elaboração de uma proposta de avaliação da intervenção feita neste espaço .

### **3.4.7 Atividades Paralelas**

As atividades denominadas de Paralelas (oficinas) constituem-se num espaço coletivo de escuta e reflexão dos vários aspectos relacionados à prevenção do HIV e de outras DST, entre homens que fazem sexo com homens.

As Atividades Paralelas são desenvolvidas em encontros com periodicidade quinzenal, com duração de duas a três horas no período noturno, após horário de trabalho da grande maioria dos voluntários.

As atividades são programadas e enviadas trimestralmente a todos os voluntários da coorte, por meio de correspondência.

Além disso, promove-se divulgação ampla para atrair pessoas não pertencentes à coorte.

As chamadas ou títulos buscam despertar a curiosidade e interesse na participação. A frequência é bastante variável, oscilando entre dez e sessenta voluntários em cada atividade, que contam com uma coordenação que pode ser tanto de técnicos do próprio Projeto, quanto de profissionais externos.

No segundo caso, considera-se, principalmente, como critério de escolha do profissional, a orientação sexual, a isenção de preconceitos, o conhecimento técnico do assunto e na condução de grupos, além da criatividade.

Os principais temas abordados são, em geral, relacionados à questão da sexualidade, sexo seguro e cidadania.

#### **O objetivo das Atividades é o de propiciar:**

- Compartilhamento das mesmas dúvidas, incertezas, ansiedades e angústias;
- Percepção de opiniões e comportamentos diversos diante de uma mesma situação;
- Possibilidade de ampliação da percepção crítica como decorrência da pluralidade de opiniões;

- Percepção de opiniões e concepções universais;
- Percepção da singularidade dos sujeitos;

Diversas técnicas de dinâmica de grupo são utilizadas, entre elas: dramatização, debate, filmes seguidos de debate, exposição dialogada e outras.

### **3.5 Análise**

O registro, a entrada e a análise dos dados colhidos nas entrevistas sociocomportamentais e exames clínicos foram realizados em EPI-INFO, versão 6.04.

## **Projeto Bela Vista**

### **Equipe de Pesquisa**

#### **1. Introdução**

#### **2. Objetivos**

#### **3. Metodologia**

#### **4. Resultados**

#### **5. Discussão**

#### **6. Mudanças e Perspectivas**

## **Projeto Bela Vista**

### **Equipe de Pesquisa**

#### **1. Introdução**

#### **2. Objetivos**

#### **3. Metodologia**

#### **4. Resultados**

#### **5. Discussão**

#### **6. Mudanças e Perspectivas**

### **4. Resultados**

#### **4.1 Voluntários recrutados**

#### **4.2 Voluntários em acompanhamento**

#### **4.3 Caracterização sociodemográfica dos voluntários**

#### **4.4 Comportamento sexual**

#### **4.5 Uso de preservativo**

#### **4.6 Mudança de comportamento durante o período do estudo**

#### **4.7 Uso de preservativo no período do estudo**

#### **4.8 Prevalência de DST , HIV , Hepatites B e C e Densidade de Incidência para HIV e Hepatite B**

#### **4.9 Participação em teste de vacina**

## **Projeto Bela Vista**

### Equipe de Pesquisa

#### 1. Introdução

#### 2. Objetivos

#### 3. Metodologia

#### 4. Resultados

#### 5. Discussão

#### 6. Mudanças e Perspectivas

### **5. Discussão**

#### 5.1 Perfil socioeconômico da coorte

#### 5.2 Práticas sexuais

#### 5.3 Preservativos

#### 5.4 Incidência

## **Projeto Bela Vista**

### Equipe de Pesquisa

#### 1. Introdução

#### 2. Objetivos

#### 3. Metodologia

#### 4. Resultados

#### 5. Discussão

#### 6. Mudanças e Perspectivas

### **6. Mudanças e Perspectivas**

Desde o final do quarto ano (agosto de 1998) começamos a discutir o destino da coorte, dado que a UNAIDS não sinalizava interesse em manter financiamento para um estudo preparatório para testes de vacinas, por conta da baixa incidência apresentada no Projeto Bela Vista.

O trabalho de campo favoreceu a transformação do Bela Vista em uma espécie de "referência" para a população HSH da cidade em receber orientação para prevenção, realização de exames, atendimento para DST e também por outras razões.

Considerávamos que a continuidade da coorte era uma questão ética tanto para os voluntários como para os serviços de saúde. Do ponto de vista científico, seria um erro dissolver uma coorte com potencialidade de produzir conhecimentos importantes para um entendimento melhor da epidemia de aids em HSH.

O fato de existir uma cooperação técnica entre o Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT) e o Instituto de Saúde, responsável pela execução do Projeto Bela Vista, até 1998, e também pela UI ocupar as instalações do CRT, tornou esta relação bastante próxima, o que permitiu a passagem da coorte do Instituto de Saúde para o CRT no final daquele ano.

Para o CRT, o trabalho de prevenção era um ponto importante para manter a coorte. Além disso, interessou também a possibilidade de tornar a coorte um projeto "guarda-chuva", em que se incorporasse outros subprojetos.

Assim, a incorporação ao CRT, permitiria a continuidade da coorte, agregando a questão das ações de prevenção e avaliação como um dos objetivos do estudo, além de dar seguimento e interesse em participar de futuros testes de vacinas que está sendo submetido à aprovação da UNAIDS. Esse projeto inclui também um trabalho de pesquisa específico com os soroconvertores, do ponto de vista psicossocial, clínico, epidemiológico e laboratorial.

O Projeto Bela Vista acumula um grande banco de dados, com informações diversas dos

voluntários que participam da coorte. Há vários trabalhos apresentados em Congressos e Conferências Nacionais e Internacionais. Atualmente, estamos envolvidos na elaboração dos primeiros artigos, atualização do banco de dados e análise final.

A demora para a divulgação/publicação dos resultados pode ser justificada, em parte, pela forma como foi estruturado o trabalho, onde a equipe de pesquisadores também realiza o trabalho de campo. Dado que os recursos eram insuficientes para contratação de pessoal, não foi possível realizar plano específico para análise que não prejudicasse o trabalho de campo.

## **Projeto Bela Vista**

### Equipe de Pesquisa

#### 1. Introdução

#### 2. Objetivos

#### 3. Metodologia

#### 4. Resultados

#### 5. Discussão

#### 6. Mudanças e Perspectivas

## **Projetos Paralelos**

### **1. Introdução**

### **2. Projeto de Comunicação Social**

### **3. Parceiros fixos**

### **4. Vacinação para Hepatite B**

## **2. Projeto de Comunicação Social**

### **2.1 População de baixa renda**

### **2.2 Candomblé**

### **2.3 Caminhoneiros**

## Projetos Paralelos

### 1. Introdução

### 2. Projeto de Comunicação Social

### 3. Parceiros fixos

### 4. Vacinação para Hepatite B

## 3. Parceiros fixos

A idéia de realizar um projeto com os voluntários que mantinham parceria fixa veio atender alguns questionamentos surgidos na experiência de realização das entrevistas, no aconselhamento e na análise de alguns resultados parciais do Projeto.

A primeira questão que nos aparecia era em relação à definição de parceiro fixo. Ao elaborar o instrumento para realização da entrevista sociocomportamental, a definição de parceiro fixo e ocasional já tinha sido estabelecida a partir de discussões com profissionais especialistas da área de estudos da sexualidade\* . Entretanto, percebíamos que nem sempre os voluntários tinham a mesma compreensão sobre parceria fixa, especificamente.

O primeiro passo do projeto foi a realização de uma pergunta aberta junto aos voluntários que compareceram ao projeto no período de quase três meses ("O que é parceiro fixo, para você?"). Tais respostas foram analisadas e o resultado mostrou que as parcerias fixas eram definidas a partir da existência de algum sentimento e de algum tempo de relação (variável)

\*\* .

O segundo passo foi a realização de uma entrevista aberta com 10 voluntários que mantinham parceiros fixos. O roteiro abordava questões do significado desta parceria, da negociação do uso do preservativo com o parceiro, das situações onde o uso da camisinha era necessário, sobre a questão da confiança e outros temas. O objetivo desta entrevista era avaliar como as relações afetivas estavam estabelecidas entre os voluntários e se as parcerias fixas eram relações impeditivas para a realização do sexo seguro. Além disso, queríamos verificar se nossa realidade poderia permitir a adoção de uma estratégia diferenciada de prevenção, baseada em um trabalho australiano denominado Talk Test Test Trust. Tal trabalho estimulava e orientava o estabelecimento de um pacto de confiança entre os parceiros homossexuais que, para isso, devem realizar um primeiro teste juntos, continuar usando o preservativo e abandoná-lo depois da realização de um segundo teste, com resultado negativo, após 6 meses. Na orientação estava enfatizada a exclusividade de parceria ou o uso de preservativos nas relações extraconjugais.

Estas entrevistas estão em fase inicial de análise, a fim de gerar futuras discussões acerca de estratégias alternativas de prevenção que estejam em uma perspectiva de "redução de riscos".

\* Especialmente Richard Parker

*\*\* Os resultados deste trabalho foram apresentados na Conferência Internacional de Genebra.*

## **Projetos Paralelos**

[Introdução](#)

[Projeto de Comunicação Social](#)

[Parceiros fixos](#)

[Vacinação para Hepatite B](#)

## Projetos Paralelos

### 1. Introdução

### 2. Projeto de Comunicação Social

### 3. Parceiros fixos

### 4. Vacinação para Hepatite B

#### **4. Vacinação para Hepatite B**

A análise de dados referentes aos primeiros 3 anos da coorte mostrou uma prevalência alta (27,5%) de HVB nesta população, com uma taxa de 4,4 por cada 100 pessoas/ano.

Diante desta situação, desencadeamos uma campanha de vacinação contra HVB, utilizando a vacina "Euvax-B" coreana disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde, de São Paulo.

A estratégia utilizada foi enviar cartas pelo correio convocando os voluntários a comparecer ao Projeto, em dias estabelecidos, para receber as doses da vacina. 21 Os resultados deste trabalho foram apresentados na Conferência Internacional de Genebra.

Os voluntários foram agendados para um dos fins de semana dos meses de maio, junho e novembro para receber as 3 doses de vacina.

Dos 824 voluntários convocados, apenas 139 compareceram à campanha (17%). Destes, 2 foram excluídos por terem realizado soroconversão para o anti-HBC, no momento da primeira dose, e 14 só tomaram a 1a dose da vacina por já apresentarem anti-HBC reagente.

Dos 123 voluntários restantes, 77 completaram o esquema de vacinação com as 3 doses, 23 tomaram apenas duas doses e esse mesmo contingente apenas a primeira dose da vacina.

Dos 77 que receberam as três doses, 63 apresentaram títulos de Anti- HBs em níveis adequados, 2 foram "não-reagentes" e receberão uma 4a dose, 11 não colheram sorologia e serão reconvocados e apenas um voluntário apresentou resultado duvidoso (1 resultado reagente e 1 não-reagente) e, também, será reconvocado para nova sorologia.

Tendo em vista a baixíssima taxa de aderência ao esquema de vacinação, bastante próximo a outros estudos de cobertura vacinal encontrados a literatura, optamos por vacinar todos os voluntários na rotina, na tentativa de aumentar a cobertura vacinal.

## Projetos Paralelos

### Introdução

Projeto de Comunicação Social

Parceiros fixos

Vacinação para Hepatite B

## Anexos \*

[Anexo I](#)

[Anexo II](#)

[Anexo III](#)

## Anexo II

### Caracterização dos soroconvertores

Período	Idade (anos)	Escolaridade	Estado civil	Profissão	Cor
1º	32	3º. inc.	separado homem	professor música	branca
1º	32	2º. comp.	solteiro	operador computador	branca
1º	27	1º comp.	solteiro	desempregado	branca
1º	37	3º comp.	solteiro	professor 2º. grau	pardo
1º	29	3º comp.	solteiro	professor 2º. grau	branca
1º	31	3º inc.	separado homem	Ator	pardo
1º	19	2º comp.	casado com homem	motoboy	branca
2º	29	3º inc.	solteiro	técnico de museu	branca
2º	23	1º comp.	solteiro	desempregado	pardo
2º	38	1º inc.	solteiro	eletricista	branca
4º	29	3º comp.	solteiro	desempregado	branca
4º	21	2º inc.	solteiro	desempregado	pardo
5º	33	3º inc.	solteiro	auxiliar enfermagem	branca
6º	27	2º comp.	solteiro	caixa	negra
3º	23	2º comp.	Solteiro	promotor de eventos	Pardo
5º	27	3º incomp.	casado com homem	contabilista	Pardo

5º	27	3º incomp.	casado com homem	contabilista	Pardo
3º	28	2º comp.	solteiro	mestre de obras	negro
1º	32	2º comp.	solteiro	professor de música	branco
6º	23	2º comp.	solteiro	caixa	negro

## **Anexos \***

[Anexo I](#)

[Anexo II](#)

[Anexo III](#)

## Anexos \*

[Anexo I](#)

[Anexo II](#)

[Anexo III](#)

## Anexo III

### Quadro-síntese – Projeto Comunicação Social / Intervenção na rua

LOCAS	Nº DE PESSOAS	INTERVALO DE TEMPO ENTRE DIVULGAÇÃO E COMPARECIMENTO AO PBV			RESULTADO				
		Até 1 semana	2 a 4 semanas	Mais de 1 mês	Ingressou	HIV-Não ingr.	Não há referência		
Cine Plaza	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cine Cairo	5	3	-	2	-	2	-	2	1
Corsário	8	4	3	-	-	4	1	2	1
Xereta	1	-	1	-	-	-	-	-	1
Boate Sky	2	-	1	1	-	-	-	-	2
Burger & Beer	9	4	5	-	-	3	1	5	-
Nostro 2000	1	-	1	-	-	1	-	-	-
Caneca de Prata	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabuco	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. Marquês Itú	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chopp Escuro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grafite	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Habeas Corpus	5	-	3	1	1	2	-	1	2
Amigos q. receberam	3	-	-	2	1	-	1	1	1
Cine Saci	1	1	-	-	-	-	1	-	-

Cine Saci	1	1	-	-	-	-	1	-	-
Av. S. João	1	-	-	-	1	-	1	-	-
Bar?	2	-	1	1	-	-	1	-	1
CAEHUSP	1	1	-	-	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

## Anexos \*

[Anexo I](#)

[Anexo II](#)

[Anexo III](#)

## Projeto Horizonte

### Equipe

#### 1. Introdução

#### 2. Avaliação Geral



#### **Projeto Horizonte**

Estudo de Coorte de Homossexuais e Bissexuais Masculinos em Belo Horizonte, Minas Gerais:

Avaliação da Intervenção Comportamental e da Incidência da Infecção Pelo

HIV - Preparo Para Futuros Ensaios Clínicos com Vacinas Candidatas Anti-HIV

*Centro de Vacinas Anti-HIV de Minas Gerais - 1999*

### **Relatório do Projeto Horizonte (1994-2000)**

Estudo de Coorte de Homossexuais e Bissexuais Masculinos em Belo Horizonte, Minas Gerais: Avaliação da Intervenção Comportamental e da Incidência da Infecção pelo HIV - Preparo para Futuros Ensaios Clínicos com Vacinas Candidatas Anti-HIV.

- Centro de Vacinas anti-HIV de Minas Gerais
- Serviço DIP
- CTR-DIP (UFMG/PBH)
- Ministério da Saúde
- UNAIDS
- FUNDEP
- FAPEMIG
- CNPq - PRPq/UFMG
- CAPES

#### **Coordenação**

Dirceu Bartolomeu Greco, Carlos Maurício Antunes, Edison Oliveira

#### **Unidades participantes**

- Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR DIP - UFMG/Prefeitura de Belo Horizonte);
- Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, UFMG;
- Serviços de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Hospital das Clínicas, UFMG;
- Departamento de Parasitologia - Instituto de Ciências Biológicas, UFMG.

#### **Local de realização:**

### **Pesquisadores responsáveis**

- Dirceu B. Greco - Professor Titular, Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG - Coordenador-geral e Coordenador do Componente Clínico do Projeto;
- Carlos Maurício F. Antunes - Professor Titular, Departamento de Parasitologia do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG - Subcoordenador o Projeto e Coordenador do Componente Epidemiológico;
- Edison I. Oliveira - Psicólogo, Coordenador do Componente Psicossocial do Projeto.

### **Pesquisadores participantes**

#### **Equipe sócio-comportamental**

- Júlio Andrade - psicólogo
- Marília Greco - socióloga
- Maria José Duarte Utsch - psicóloga
- Juliana Dias Paes Nahass - psicóloga
- Marília Novais Mata Machado - socióloga

#### **Equipe clínica**

- Carmelita Rabelo
- Luiz Lignani Júnior

#### **Bolsistas da Faculdade de Medicina (iniciação científica)**

Pedro Vilaça  
Ana Flávia L. Tibúrcio  
Renata Silva Rezende  
Bernado Melo

#### **Equipe epidemiológica**

- Mariângela Carneiro - Professora-adjunta do Departamento de Parasitologia (ICB/UFMG)
- Fabíola Cardoso (estaticista)

#### **Equipe de apoio**

- Magda N. Aires
- Mauro Jerônimo
- Jerre Camargos

#### **Serviços/entidades participantes**

- Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR DIP)
- UFMG/Prefeitura de Belo Horizonte
- Serviço DIP - Hospital das Clínicas, UFMG
- Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical, UFMG
- Departamento de Parasitologia, ICB/UFMG

#### **Apoio**

- CN-DST/AIDS - Ministério da Saúde
- UNAIDS
- UNESCO
- Prefeitura de Belo Horizonte

# Projeto Horizonte

## Equipe

### 1. Introdução

### 2. Avaliação Geral

## Projeto Horizonte

### Equipe

#### 1. Introdução

#### 2. Avaliação Geral

### **2. Avaliação geral (1994-2000)**

#### **Recrutamento, perdas, seguimento e taxa de incidência (*Tabela1*)**

No período entre setembro de 1994 a setembro de 2000, 635 homossexuais e/ou bissexuais se apresentaram como voluntários ao Projeto Horizonte. Entre estes, 585 foram elegíveis e admitidos no Projeto, enquanto 57 (9,6%) apresentaram o teste HIV positivo e foram encaminhados para o Setor de Imunodeficiências do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias da UFMG, sendo acompanhados por médicos do próprio Projeto e, 50 (7,8%) não completaram o protocolo inicial. Os números e percentuais de recrutamento foram: 147 (23,1%) recrutados durante o primeiro ano, 194 (30,5%) no segundo ano, 97 (15,2%) no terceiro ano, 53 (8,3%) no quarto ano e 40 (6,2%) no quinto ano do projeto.

A fonte de recrutamento mais freqüente foi a chamada bola de neve (snow ball), sendo que 52,4% dos voluntários responderam que receberam informações sobre o Projeto através de amigos, parceiros ou de pessoas que freqüentam os mesmos bares ou saunas. As outras principais fontes incluem notícias em TV, rádio e jornais (reportagem, entrevistas ou anúncios na seção de classificados) e panfletos (13,1% e 13,5%, respectivamente), informações recebidas por profissionais do Projeto Horizonte (6,6%) e ONGs (5,0%), e informações sobre o impresso na conta de luz no ano de 1996 (5,0%) e divulgação através do Jornal do Ônibus, afixado nos ônibus que circulam na região metropolitana de Belo Horizonte durante 15 dias em 1996 (3,9%).

Os dados a seguir correspondem à análise do período setembro de 1994 a agosto de 1999:

#### **Análise de sobrevida:**

Durante este período, entre os 470 recrutados, 166 foram perdidos durante o seguimento, 18 soroconverteram. A incidência foi 1,75/100 pessoas-ano durante 36 meses de seguimento e 1,99/100 pessoas-ano para 48 meses de seguimento, com uma média de 2,2/100 pessoas-ano (1,0-2,4).

Pode-se concluir que o maior número de perdas ocorreram no primeiro ano após o recrutamento. Algumas hipóteses podem ser levantadas: (1) os voluntários vieram somente para ter acesso ao teste HIV e informações sobre HIV/AIDS ou (2) não se interessaram pelo projeto, após terem cumprido todas as etapas de recrutamento. Na verdade, estes participantes não aderiram ao Projeto já que participaram somente das visitas iniciais

(recrutamento e primeiro retorno).

## **Comparação entre os voluntários que permanecem e os que abandonaram o projeto**

Foi feita a comparação entre os participantes que estão sendo acompanhados e os participantes que abandonaram o estudo durante o seguimento. Esta é uma coorte aberta com os voluntários admitidos regularmente durante quatro anos e estratificados em dois grupos, pelo período de admissão ao Projeto:

Grupo 1 - Voluntários recrutados nos dois primeiros anos (período: 09/94 a 09/96);

Grupo 2 - Voluntários recrutados durante os dois últimos anos (período: 10/96 a 05/99).

As tabelas 2 a 6 apresentam os resultados destas comparações para algumas variáveis demográficas e comportamentais da primeira entrevista psicossocial, realizada no momento da admissão.

As tabelas 2 e 3 4 resumem as comparações entre 203 voluntários que atualmente se encontram em seguimento e 99 voluntários que abandonaram o Projeto, num total de 302 voluntários recrutados nos dois anos iniciais. Nas variáveis demográficas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que permaneceram e os que abandonaram o projeto. Somente em relação ao comportamento sexual, houve diferença significativa; 76,7% dos participantes que permaneceram se identificaram como homossexuais comparados com 64,3% dos participantes que abandonaram o projeto. Neste caso, maior percentual de bissexuais se encontrava entre os participantes que abandonaram o projeto.

Nas Tabelas 3 e 4 as mesmas comparações acima citadas foram realizadas. Comparou-se 119 voluntários que ainda se encontram em acompanhamento com 46 que foram perdidos, num total de 165 voluntários recrutados nos dois últimos anos. Entre as variáveis demográficas, houve diferença estatística em relação as seguintes variáveis: (1) ocupação: 84,8% dos participantes que abandonaram o projeto contra 69,7% dos que permaneceram relataram ter ocupação; (2) renda mensal: 24,4% entre os participantes que abandonaram apresentavam renda maior que 10 salários mínimos comparados a 9,4% entre os participantes que permaneceram no projeto; (3) conhecimento sobre transmissão do HIV: 51,4% entre os que permaneceram relataram que a transmissão poderia ser ativa comparados a 27,0% entre os que abandonaram e 52,1% entre os que permaneceram relataram transmissão passiva comparados a 26,3% entre os que abandonaram. Embora a diferença não seja significativa 53,0% entre os participantes que permaneceram reportaram que seriam voluntários em teste de vacinas comparados a 35,5% entre os que abandonaram o projeto. Entre as variáveis que medem o comportamento sexual, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os voluntários que ficaram e os que abandonaram o Projeto. É interessante observar que apesar dos voluntários que abandonaram o projeto apresentarem maior renda e um maior percentual relatarem ter alguma ocupação, este grupo apresentava menor conhecimento sobre transmissão do HIV e menor disposição em participar de possíveis testes com vacinas candidatas anti-HIV.

## **Identificação de fatores de risco para infecção pelo HIV entre os voluntários que no**

## **recrutamento apresentaram teste HIV positivo (prevalentes) comparados aos voluntários HIV negativo: Estudo caso-controle**

Com o objetivo de identificar os principais fatores de risco que independentes são associados a infecção pelo HIV, foi realizado um estudo caso-controle aninhado. A pergunta testada foi: Qual é a diferença nas situações de risco entre os voluntários que já chegaram infectados pelo HIV e os HIV negativos no recrutamento? É importante ressaltar que os indivíduos candidatos a voluntários no Projeto eram informados na entrevista inicial que um dos critérios para admissão era não estar infectado pelo HIV. Desta maneira, a hipótese primeira é que eles acreditavam não estarem infectados pelo HIV. Uma outra hipótese é que teriam se candidatado apenas para fazer o teste anti-HIV. Esta possibilidade é remota considerando ser o teste para HIV gratuito no serviços de atendimento em Belo Horizonte.

Neste estudo caso-controle, definiu-se que para cada participante positivo (casos) seriam selecionados três participantes negativos (controles) pareados por idade ( $\pm 2$  anos) e data de recrutamento ( $\pm 5$  meses). Foram selecionadas para análise algumas variáveis demográficas e comportamentais coletadas na entrevista psicossocial realizada no momento do recrutamento. A análise foi conduzida nas seguintes etapas: (1) Análise univariada para identificação das diferenças entre casos e controles. A medida de associação utilizada foi a Odds Relativa e intervalo de confiança, (2) Análise multivariada para identificação do modelo que melhor explicasse os fatores de risco nesta população. Utilizando-se o modelo logístico condicional, foram incluídas no modelo as variáveis que apresentavam associação com a infecção pelo HIV e que apresentasse plausibilidade biológica. Para definição do modelo que melhor explicasse os fatores que independentes fossem associados a infecção pelo HIV, foi testado a razão da verossimilhança. Os resultado desta análise podem ser observados nas Tabelas 7, 8 e 9.

As Tabelas 7 e 8 apresentam a análise univariada entre casos e controles para fatores demográficos e sociais. O critério utilizado para identificação das variáveis que seriam selecionadas para a análise multivariada foi o de apresentarem o valor do  $p < 0,20$ . Foram selecionadas as seguintes variáveis: cor preta (OR=3,4 ; IC 95% 1,3-8,6), ter filhos (OR=3,4 ; IC 95% 0,5-3,3), escolaridade: primeiro grau (OR=1,7 ; IC95% = 0,8-3,5), sexo anal passivo (OR=2,4 ; IC 95% 1,2- 4,9), sexo anal desprotegido (OR=3,9 ; IC 95% 0,8-3,6), parceiro sexual feminino fixo (OR=0,8 ; IC 95% 0,6-1,0), parceiro sexual ocasional (OR=0,8 ; IC 95% 0,6-1,0), usar cocaína (OR = 4,0 ; IC 95% 0,9-17,9), fumar maconha (OR=2,5 ; IC 95% 0,8-8,0).

A Tabela 8 apresenta o modelo multivariado completo, onde foram incluídas todas as variáveis selecionadas anteriormente. Usando o método passo a passo retirou-se à cada etapa a variável que não modificasse o valor da verossimilhança. A Tabela 9 apresenta o modelo que melhor explica os fatores de riscos associados a infecção pelo HIV nesta população. Entre as variáveis incluíram-se: cor negra (OR = 5,5; IC 95% = 1,8-17,2) sexo anal desprotegido (OR = 4,3; IC 95%= 1,7- 11,0) sexo anal passivo (OR = 3,0; IC 95%=1,3-6,8).

### **Avaliação da participação em ensaio clínico para vacina anti- HIV**

Com objetivo de se detectar mudanças em relação à participação dos voluntários em ensaios clínicos, analisou-se as respostas de 184 participantes em dois momentos distintos:

recrutamento e dois anos após (retorno3). Quando perguntado se participariam em testes de vacinas, as repostas foram:

Numero da visita no Projeto	SIM	NÃO	DEPENDE
Recrutamento	46,7%	22,8%	30,4%
Retorno 3	51,6%	20,3%	28,0%

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando foram comparadas as variáveis demográficas e sociais (idade, cor da pele, escolaridade, se tem ocupação, salário mensal) com os voluntários que responderam sim, não e depende quanto a participação em testes de vacinas, na entrevista realizada no recrutamento.

Principais motivos relatados pelos voluntários quanto a participação em ensaios clínicos, na entrevista realizada no recrutamento.

---

### **Sim**

---

59% afirmaram que participariam por motivos humanitários

---

29% para prevenir infecção pelo HIV

---

5% por confiança na pesquisa

---

3% para fazer sexo tranquilo

---

### **Não**

---

40% por medo de contaminação

---

24% por insegurança quanto aos efeitos colaterais

---

19% por não terem informações suficientes

---

### **Depende**

---

57% por não terem informações suficientes

---

33% por insegurança quanto aos efeitos colaterais

---

16% por medo de ser contaminado

---

A mesma análise realizada com estes voluntários dois anos após o recrutamento, não mostrou diferenças quanto a decisão em participar em ensaios clínicos e quanto aos

motivos relatados por estes voluntários. Portanto, a decisão em participar ou não de ensaios clínicos de vacinas candidatas mostrou-se independente das características demográficas e sociais analisadas e do tempo de acompanhamento no projeto.

[clique para ver as tabelas](#)

## **Projeto Horizonte**

### **Equipe**

#### **1. Introdução**

#### **2. Avaliação Geral**

## **Aspectos Clínicos (1994-1999)**

### Equipe

#### 1. A consulta clínica

#### 2. Relatório da avaliação clínica

### **1. A Consulta Clínica**

#### **Questionário**

O Protocolo de Avaliação Clínica tem por objetivo normatizar as informações colhidas durante a consulta médica dos voluntários, realizada pelos médicos e bolsistas do projeto. O questionário é dividido em nove seções. A seção I, "Queixas Principais", refere-se aos sintomas gerais comumente apresentados por pacientes infectados pelo vírus HIV e tem por função rastrear possíveis casos de voluntários infectados, além de analisar as queixas mais comuns desta população. A seção II, "História da Moléstia Atual", refere-se à evolução dos sintomas presentes no momento da consulta, sendo preenchido na presença de sintomas relacionados ou não à infecção pelo HIV. A seção III, "História Pessoal e Social", tem como objetivo a obtenção de informações sobre a história pregressa do voluntário, visando o conhecimento de doenças apresentadas previamente (hepatite, tuberculose, parasitoses intestinais, doenças sexualmente transmissíveis e outras) e hábitos de vida (etilismo, tabagismo). A seção IV, "História Familiar", refere-se à presença de doenças de caráter heredofamiliares de relevância na família do voluntário. Na seção V, "Exame Físico", é feita a descrição do exame físico. A seção VI, "Resultados de Exames Laboratoriais de Triage", é o espaço destinado à colocação dos resultados dos exames laboratoriais que fazem parte do protocolo do projeto. A seção VII, "Hipóteses Diagnósticas", refere-se às conclusões do médico frente à história clínica, ao exame físico e aos resultados dos exames laboratoriais do voluntário. A seção VIII, "Condutas", destina-se às condutas, propedêutica e terapêutica, tomadas pelo médico em face às suas hipóteses diagnósticas. A seção IX, "Lista Final de Checagem", visa rever os passos mais importantes do protocolo do projeto e dos critérios de exclusão/inclusão dos voluntários na coorte.

## **Aspectos Clínicos (1994-1999)**

### Equipe

#### 1. A consulta clínica

#### 2. Relatório da avaliação clínica

## Aspectos Clínicos (1994-1999)

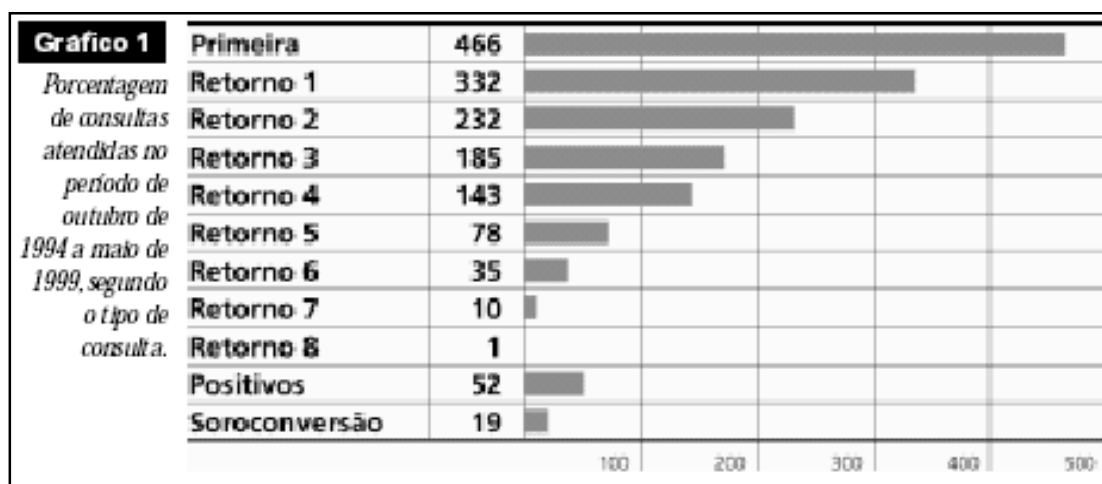
### Equipe

#### 1. A consulta clínica

#### 2. Relatório da avaliação clínica

### 2. Relatório da Avaliação Clínica

No período entre 11 de outubro de 1994 a 07 de maio de 1999, a equipe médica do projeto atendeu 466 primeiras consultas clínicas (31,7%), 332 consultas de primeiro retorno (22,4%), 232 consultas de segundo retorno (15,7%), 185 consultas de terceiro retorno (12,5%), 143 consultas de quarto retorno (9%), 78 consultas de quinto retorno (5,3%), 35 consultas de sexto retorno (2,4%), 10 consultas de sétimo retorno (0,7%), 1 consulta de oitavo retorno (0,1%), 274 consultas extras (23%), 52 primeiras consultas com resultado positivo (9%) e 19 consultas com soroconversores (3,3%). O total de consultas (primeira + retornos) foi de **1482**.

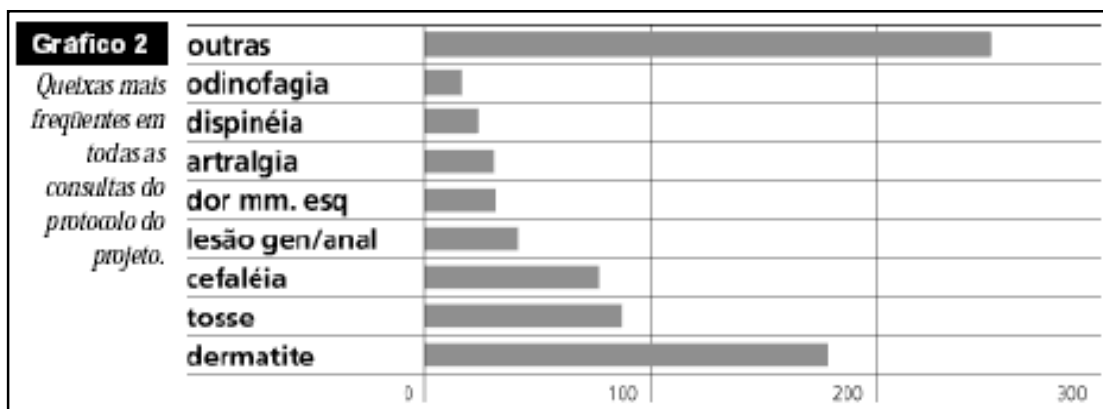


Considerando as informações de todos os questionários das consultas periódicas (n=1482), em relação à seção I, "Queixas Principais", 921 voluntários não apresentaram queixas (62,2%) e 559 apresentaram alguma das queixas (37,7%). Entre as queixas mais comuns, encontrou-se: dermatite/prurido (164 relatos / 18,1%), tosse (82 relatos - 9,1%), cefaléia (71 relatos - 7,9%), lesão genital/perianal (44 relatos - 4,9%), dor músculo-esquelética (37 relatos - 4,1%), artralgia (37 relatos - 4,1%), dispnéia (34 relatos - 3,8%) letargia (35 relatos - 3,9%), odnifagia/ amigdalite (27 relatos - 3,0%), febre (27 relatos - 3,0%), diarreia (22 relatos - 2,4%), sintomas gástricos (22 relatos - 2,4%), sudorese noturna (16 relatos - 1,8%), sintomas urinários (14 relatos - 1,5%), perda de peso (12 relatos - 1,3%), linfadenopatias (6 relatos - 0,7%) e outras queixas (254 relatos- 28,1%).

QUEIXAS	NÚMERO DE RELATOS	%
Dermatite/prurido	164	18,1
Tosse	82	9,1
Cefaléia	71	7,9
Lesão genital / perianal	44	4,9
Dor músculo-esquelética	37	4,1
Artralgia	37	4,1
Letargia	35	3,9
Dispneia	34	3,8
Odnofagia / amigdalite	27	3
Febre	27	3
Diarreia	22	2,4
Sintomas gástricos	22	2,4
Sudorese noturna	16	1,8
Sintomas urinários	14	1,5
Perda de peso	12	1,3
Linfadenopatia	6	0,7
Outras queixas	254	28,1

**Tabela 1**

*Número de relatos das queixas especificadas na seção I, "Queixas Principais", em todos os questionários (559 pacientes relataram 904 queixas).*



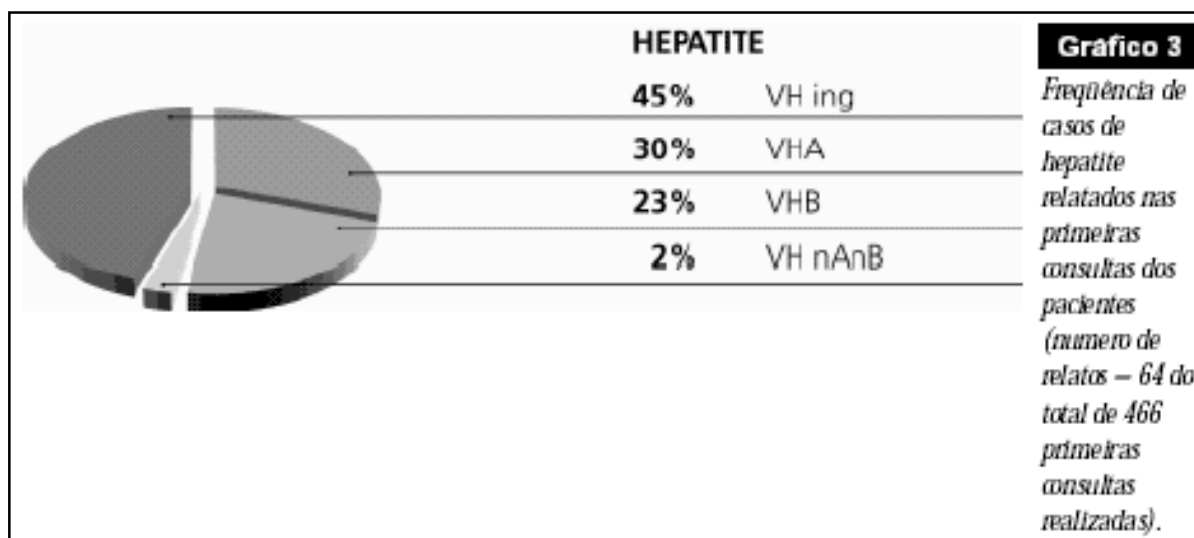
Para analisar a seção III, "História Pessoal e Social", considerou-se apenas os questionários de todos os voluntários que compareceram à primeira consulta, perfazendo um total de 466 primeiras consultas realizadas no período de 11 de outubro de 1994 a 07 de maio de 1999.

O perfil desses voluntários será discriminado abaixo.

### 1. Hepatite:

A) 64 voluntários apresentaram relato de hepatite, dos quais 19 foram causados por vírus A, 15 por vírus B, 1 por vírus não A e não B e 29 casos de hepatite de etiologia ignorada. Observou-se o caso de um voluntário que apresentou mais de um relato de hepatite por vírus diferentes (o voluntário tinha história pregressa de um episódio de hepatite por vírus B e outro de hepatite por vírus não A e não B).

<b>Tabela 3</b>	HEPATITE	NÚMERO DE RELATOS	%
<i>Número de relatos de hepatite (por vírus A, B, nAnB e ignorado) considerando os questionários de primeira consulta do projeto (n = 466).</i>	Virus A	19	30
	Virus B	15	23
	Virus nAnB	1	2
	Virus ignorado	29	45
	<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>



## 2. Herpes zoster:

A) existem 2 (0,4%) casos progressos de Herpes zoster no total de voluntários atendidos na primeira consulta (n = 466)

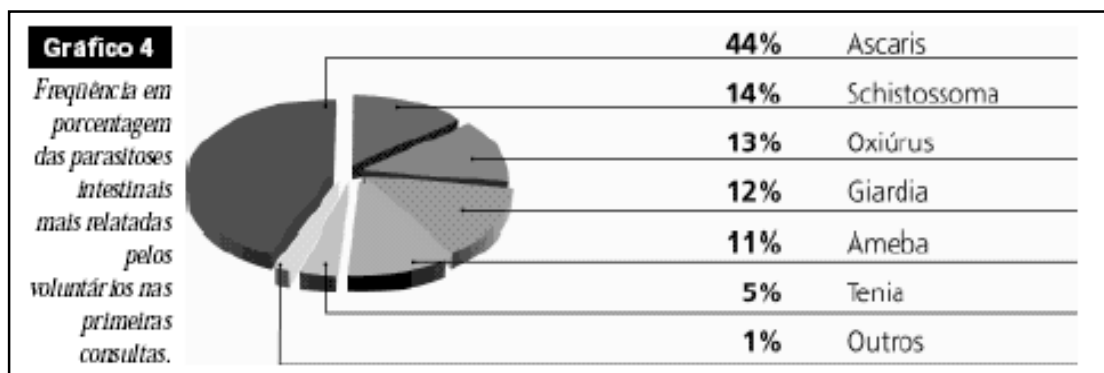
## 3. Tuberculose:

A) foram encontrados 7 casos de tuberculose (0,6%), sendo 6 pulmonares e 1 ganglionar nos voluntários atendidos na primeira consulta (n = 466).

## 4. Parasitose intestinal:

A) dos 234 voluntários (50,3%) com história de parasitoses intestinais, os parasitas mais freqüentes foram o *Ascaris lumbricoides* (143 relatos - 44%), o *Schistosoma mansoni* (45 relatos / 14%), o *Enterobius vermicularis* (43 relatos - 13%), a *Giardia lamblia* (34 relatos - 11%), a *Entamoeba sp* (37 relatos - 12%), a *Taenia sp* (17 relatos - 5%), o *Tricocephalus trichiura* (3 relatos - 1%), e o *Ancylostoma sp* (1 relato - 0%).

PARASITA	NÚMERO DE RELATOS	%	<b>Tabela 4</b>
<i>Ascaris lumbricoides</i>	143	44	<i>Parasitoses intestinais mais frequentes, relatadas pelos voluntários na primeira consulta. Do total de 466 voluntários atendidos na primeira consulta, 324 relataram história de parasitoses intestinais.</i>
<i>Schistosoma mansoni</i>	45	14	
<i>Enterobius vermicularis</i>	43	13	
<i>Entamoeba sp</i>	37	12	
<i>Giardia lamblia</i>	34	11	
<i>Taenia sp</i>	17	5	
<i>Tricocephalus trichiura</i>	3	1	
<i>Ancylostoma sp</i>	1	0	



## 5. Alergose:

A) Do total de 466 voluntários atendidos nas primeiras consultas, 223 relataram possuir algum tipo de alergose (47,9%), sendo as mais frequentes a alergia a pós domiciliares (149 relatos - 32%), asma/ bronquite (36 relatos - 7,7%), dermatite de contato (37 relatos - 7,9%), medicamentosa (27 relatos - 5,8%), alimentar (20 relatos - 4,3%) e outros (5 relatos - 1%). Ainda, 35 voluntários (7,5%) daqueles que relataram alergoses não souberam definir o tipo de alergose. (Obs: os valores percentuais são em relação ao total de primeiras consultas n = 466).

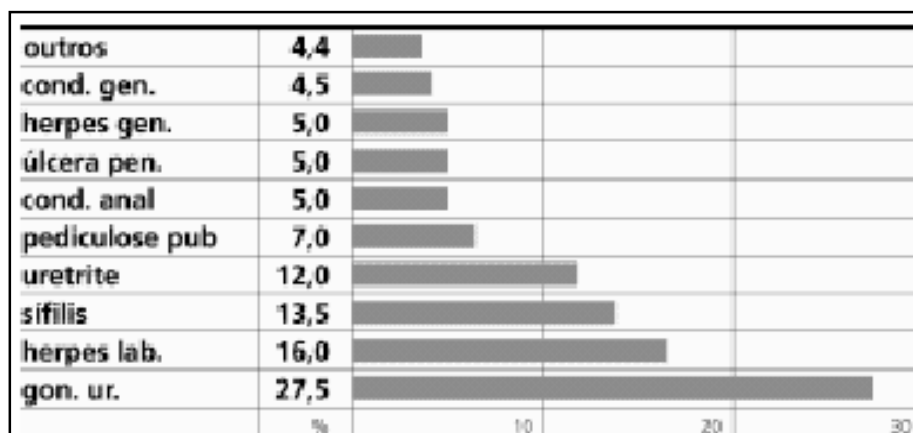
## 6. Doenças sexualmente transmissíveis:

A) 244 voluntários atendidos na primeira consulta (n = 466) apresentaram relato de, no mínimo, 1 episódio das doenças listadas no questionário (40%), sendo que as mais comumente relatadas foram a gonorréia uretral (67 relatos - 27,5%), o herpes labial (38 relatos - 16%), a sífilis (33 relatos - 13,5%), a uretrite inespecífica (29 relatos - 12%), a pediculose pubiana (17 relatos - 7%), o condiloma anal (12 relatos - 5%), as úlceras penianas (12 relatos - 5%), o herpes genital (12 relatos - 5%), o condiloma genital (11 relatos - 4,5%), gonorréia retal/anal (6 relatos - 2%), o cancro mole (6 relatos - 2%), e o linfogranuloma venéreo (1 relato). Os valores percentuais referem-se ao total de pacientes com história de DSTs (n = 244)

DST	NÚMERO DE RELATOS	%
Gonorréia uretral	67	27,5
Herpes labial	38	16
Sífilis	33	13,5
Uretrite inespecífica	29	12
Pediculose pubiana	17	7
Condiloma anal	12	5
Úlceras penianas	12	5
Herpes genital	12	5
Condiloma genital	11	4,5
Gonorréia retal	6	2
Cancro mole	6	2
Linfogranuloma venéreo	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>100</b>

**Tabela 5**

*Doenças sexualmente transmissíveis relatadas pelos voluntários nas primeiras consultas, segundo a ordem decrescente de frequência. Do total de 466 voluntários atendidos nas primeiras consultas, 244 relataram, pelo menos, um episódio de DST.*



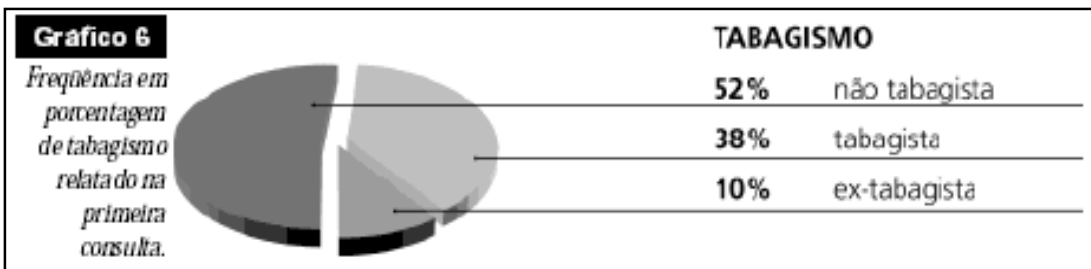
**Gráfico 5**

*Frequência em porcentagem das doenças sexualmente transmissíveis mais relatadas pelos voluntários nas primeiras consultas. Do total de 466, 244 voluntários relataram DSTs.*

## 7. Etilismo:

A) 310 voluntários (66,5%) atendidos nas primeiras consultas foram considerados como etilistas (n = 466).

**8. Tabagismo:** A) 179 voluntários são fumantes (38,4%), 240 não fumantes (51,5%) e, 38 ex-tabagistas (9%), do total de 466 pacientes atendidos nas primeiras consultas.



Na **seção V**, "Exame Físico", considerou-se todos os questionários dos voluntários, ou seja, a soma das primeiras consultas com todos os retornos (até o total de 8 retornos). Assim, nas **1480** consultas realizadas, observou-se exames físicos normais em **830** (56,1%), exames físicos alterados em **638** (43,1%) e 12 (0,8%) questionários incorretamente preenchidos. Nos 638 exames físicos alterados, foram encontradas um total de 827 alterações.

As alterações encontradas ocorreram: 332 no exame da pele (40%), 87 no exame das cadeias de linfonodos (10%), 94 no exame do aparelho cardiovascular (11%), 75 no exame do sistema digestivo (9%), 71 na ectoscopia (9%), 71 no exame do sistema genito-urinário (9%), 38 no exame do aparelho respiratório (5%), 43 no exame da região perianal (5%) e 16 no exame do sistema nervoso (2%).

APARELHO SISTEMA	NÚMERO DE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS										%	
	SEGMENTO	PRIM.	RET.1	RET.2	RET.3	RET.4	RET.5	RET.6	RET.7	RET.8		TOT.
Pele		106	63	57	57	36	18	6	3	0	332	40
Cardiovascular		17	31	16	12	13	4	0	1	0	94	11
Linfonodos		35	20	11	13	3	4	1	0	0	87	10
Sist. Digestivo		19	19	9	15	7	2	0	0	0	75	9
Ectoscopia		21	17	8	11	5	7	1	1	0	71	9
Sistema genito-urinário		19	20	7	10	7	5	3	0	0	71	9
Região perianal		8	15	4	7	1	7	1	0	0	43	5
Ap. respiratório		8	8	7	9	2	3	1	0	0	38	5
Sistema nervoso		7	3	3	1	1	1	0	0	0	16	2
<b>Total</b>		<b>240</b>	<b>200</b>	<b>122</b>	<b>121</b>	<b>75</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>827</b>	<b>100</b>

**Tabela 6**  
*Alterações no exame físico encontradas em todas as consultas, nos voluntários segundo cada aparelho e as consultas. Do total de 1480 consultas, 638 apresentavam exame físico alterado, num total de 827 alterações.*

outros	2,0				
cond. gen.	5,0				
herpes gen.	5,0				
úlceras pen.	9,0				
cond. anal	9,0				
pediculose pub	9,0				
uretrite	10,0				
sífilis	11,0				
herpes lab.	40,0				
	%		10	20	30 40

**Gráfico 7**

*Frequência em porcentagem dos achados alterados no exame físico, em todas as consultas, nos voluntários, segundo os aparelhos, sistema e segmentos.*

**Tabela 7**

*Alterações dermatológicas, em todas as consultas dos voluntários.*

Alterações	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%
Não patol. <sup>1</sup>	34	20	21	23	6	11	1	0	0	116	32
Micoses	17	15	9	6	10	3	1	1	0	62	17
S/ diag. <sup>2</sup>	12	11	7	3	12	2	1	0	0	47	13
Tu benigno	16	8	4	4	2	1	0	0	0	35	10
Acne	7	4	3	2	3	2	0	0	0	21	6
Derm. aler. <sup>3</sup>	4	2	6	2	0	0	0	1	0	15	4
Alt. fânero <sup>4</sup>	4	2	1	1	3	2	1	0	0	14	4
Feridas	3	5	1	0	1	1	0	0	0	11	3
Herpes <sup>5</sup>	2	1	2	1	2	1	0	0	0	9	2
Hematom. <sup>6</sup>	0	1	2	3	0	1	0	0	0	7	2
Pit. alba <sup>7</sup>	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1
Impetigo	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0,5
Escabiose	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,5
Outras <sup>8</sup>	9	2	3	1	1	0	0	0	0	16	4

TOTAL	113	71	60	47	41	24	4	2	0	362	100
-------	-----	----	----	----	----	----	---	---	---	-----	-----

1. Não Patológicas (cicatriz, tatuagem). 2. Sem diagnóstico. 3. Dermatite alérgica. 4. Alterações de fâneros. 5. Herpes simples. 6. Hematoma. 7. Pitíriase alba. 8. Outras inclui: seborréia, xerodermia, hiperqueratose palmo-plantar, leucodermia solar, psoríase e vitiligo.

Alterações									<b>Tabela 8</b>		
	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%
Sopro sistólico	9	15	7	6	7	0	0	1	0	45	44
Desdobra. B2	3	12	5	2	1	0	0	0	0	23	22
Alter. Pulsos	0	2	0	2	0	6	0	0	0	10	10
Desdobra. B1	2	0	1	0	3	1	0	0	0	7	7
Sopro diastólico	1	1	1	1	1	1	0	0	0	5	5
Aritmia	0	2	1	2	0	0	0	0	0	5	5
Hipof. Bulhas	0	1	1	2	0	1	0	0	0	5	5
Presença B4	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>35</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

*Alterações encontradas no aparelho cardiovascular, em todas as consultas.*

Alterações									<b>Tabela 9</b>		
	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%
Lesão oral	6	10	1	4	3	0	0	0	0	24	32
Dor abdominal	2	7	1	8	1	1	0	0	0	19	25
Cáries	3	5	3	1	1	6	0	0	0	19	25
Amigdalite	3	4	1	0	0	0	0	0	0	8	10
Hepatomegalia	2	2	0	0	1	1	0	0	0	6	8
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

*Alterações encontradas no sistema digestivo, em todas as consultas dos voluntários.*

**Tabela 10**

*Alterações encontradas na ectoscopia, em todas as consultas dos voluntários soronegativos. Nas 1480 consultas, 71 alterações à ectoscopia foram observadas.*

Alterações	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%
Alt. troficas	10	12	6	4	1	5	1	1	0	40	56
Ginecomastia	2	2	3	5	2	1	0	0	0	15	21,7
Alt. mm. esqu. <sup>1</sup>	2	5	0	0	0	1	0	0	0	8	11,2
Ictericia	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	4,2
Febre	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2,8
Baquet. digital <sup>2</sup>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2,8
Alt. Otoscopia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

*1. Alteração músculo-esquelética. 2. Baqueteamento digital.*

**Tabela 11**

*Alterações encontradas no aparelho genito-urinário*

Alterações	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%
Dermatose	5	6	0	4	2	1	0	0	0	17	29
Cistos de esmegma	1	2	0	1	0	6	0	0	0	10	17
Feridas genitais	4	1	1	0	1	0	1	0	0	8	14
Fimose	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	10
Condiloma	0	2	1	1	0	0	1	0	0	5	9
Pediculose	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4	7
Orquite	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tabela 12**

*Alterações encontradas no aparelho respiratório*

Alterações	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%
Sibilos	2	4	3	2	0	0	0	0	0	11	38
MV diminuído	4	2	1	1	0	1	0	0	0	9	31
Crepitações	1	3	1	3	1	0	0	0	0	9	31
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

**Tabela 12**

*Alterações encontradas no aparelho respiratório*

Alterações											<b>Tabela 13</b>	
	1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8	Total	%	<i>Alterações encontradas na região perianal</i>
Condiloma	1	2	1	1	0	1	0	0	0	6	19	
Pícoma	0	2	1	0	0	3	0	0	0	6	19	
Mamilo Hemorroidário	1	3	0	0	0	0	1	0	0	5	15	
Dermatoses	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4	12,5	
Úlcera/verruca	0	3	0	0	1	0	0	0	0	4	12,5	
Fissura anal	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4	12,5	
Candidíase	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	6	
Herpes	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	
Cisto pilonidal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	

<b>Tabela 14</b> <i>Alterações encontradas no sistema nervoso.</i>	Alterações											Total	%
		1ª	Ret.1	Ret.2	Ret.3	Ret.4	Ret.5	Ret.6	Ret.7	Ret.8			
	Tremores		2	2	0	1	0	0	0	0	0	5	25
	Atrofia muscular		1	1	0	1	1	0	0	0	0	4	20
	Alteração da marcha		1	1	0	0	1	0	0	0	0	3	15
	Depressão			1	1	1	0	0	0	0	0	3	15
	Perda força			1	1	0	0	0	0	0	0	2	10
	Ansiedade			1	0	0	0	0	0	0	0	1	5
	Hemiplegia			1	0	0	0	0	0	0	0	1	5
	Parestesia			0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
	<b>TOTAL</b>			<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

## Equipe

### 1. A consulta clínica

### 2. Relatório da avaliação clínica

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo II (parte 1)**

### **O Homossexual e a Aids: Análise da recorrência de condutas de risco**

*Marília Novais da Mata Machado*

*Juliana Dias Paes Nahass*

*Maria José Duarte Utsch*

pelo Projeto Horizonte

### **Identidades Homossexuais Masculinas e a Conduta de Risco**

A maneira como as pessoas se percebem enquanto seres humanos e as formas como atuam guardam entre si relações estreitas. Utilizando conceitos da teoria da representação social (MOSCOVICI, 1978, 1989, JODELET, 1989), pode-se dizer que as representações de si articulam-se a condutas específicas, criando, dessa forma, uma realidade comportamental que, embora mutável, é passível de ser observada empiricamente, para um dado momento.

No contexto da pesquisa relacionada à AIDS, realizada em três estados brasileiros, com homossexuais e bissexuais do sexo masculino, foi possível encontrar, na amostra de Minas Gerais (PROJETO HORIZONTE), correlações significativas entre, de um lado, os termos utilizados por esses sujeitos/voluntários para se denominarem e, de outro, suas preferências e práticas sexuais, formas de encarar e experimentar a vida e condutas de risco.

Portanto, se o objetivo final da pesquisa ampla é chegar a formas de prevenção contra HIV/ aids - medicamentosas e comportamentais -, esse resultado parcial, relatado a seguir, mostra-se útil, pois aponta também para abordagens preventivas mais diretas. Assim, pode-se construir metodologias de intervenção específicas para prevenção contra HIV/ aids,

considerando as identidades homossexuais masculinas construídas por esses sujeitos, pois elas se relacionam a práticas sexuais de risco reais, vividas de formas diferentes, em diferentes lugares, motivadas por razões diversas.

## **Coleta de dados**

Entre as perguntas do questionário sócio-comportamental utilizado na pesquisa, uma delas foi fundamental para o estudo aqui relatado: "Que palavra você usa para descrever sua sexualidade?"

Tratando-se de questão aberta, houve inúmeras respostas: ambígua, ativo, ativo liberal, atraente, bicha, bissexual, bofe, bonita, coisa boa, confuso, desejo, diferente, doentio, entendido, entendido ativo, entendido passivo, feliz, feminina, feminino, florzinha, frio, frio homem, Gay, gostoso, hetero-homo, homem, homem muito macho, homoerótico, homossexual, homossexual ativo, homossexual passivo, homoternurista, indefinida, intensa, liberado, liberdade, libidinoso, livre, mulher, normal, o máximo, pansexual, passivo, polisssexual, prazer, relacionamento, responsável, sentimental, sexuado, sexual, tarado, ternura, tímido e metódico, travesti, veado, versátil, voraz, além de outras do tipo: não sei me categorizar, não me ocorre nada, não sei, não gosto de rótulo e isto parece um rótulo, não quero responder, nenhuma, num ambiente careta sou hetero.

A análise do conteúdo das respostas dadas à questão (ver anexo a este relatório) levou ao estabelecimento de nove categorias (homossexual, entendido, Gay, bissexual, homoerótico, gírias, respostas evasivas, outras respostas, sem resposta). A distribuição de frequência dessas categorias, obtida após a codificação de 446 questionários, mostrou que as quatro primeiras categorias (homossexual, entendido, Gay e bissexual), compreendendo 367 sujeitos, estavam bem delineadas, permitindo, assim, análises relevantes.

A primeira categoria - homossexual - é a mais numerosa (227 sujeitos) e a mais difícil de ser interpretada: não mostrou características específicas que, ao mesmo tempo, a diferenciasse claramente das outras e lhe desse uma peculiaridade. Suspeita-se que esta resposta seja convencional e, em grande parte, induzida pelo contexto da pesquisa - oferecida a voluntários homossexuais e bissexuais do sexo masculino, o termo "homossexual" englobando uma diversidade de representações de si. As análises anteriormente realizadas para validar o código estabelecido para a questão em pauta, e para estabelecer a sua fidedignidade (ver anexo a este relatório), mostraram que há superposição grande entre as autodenominações "entendido" e "homossexual". Boa parte das interpretações aqui oferecidas para a categoria "entendido" pode, talvez, ser estendida à categoria "homossexual".

## **Análises estatísticas**

Tendo em vista caracterizar as quatro autodenominações, realizou-se uma série de cruzamentos de variáveis. As tabelas correspondentes são apresentadas no final deste capítulo. As identidades ditas "entendido", "gay" e "bissexual", respostas menos convencionais, menos induzidas, mais relacionadas a uma autodenominação espontânea e mais claramente diferenciadas são tratadas, a seguir, de forma privilegiada. Elas trazem informações relevantes a respeito do grupo de voluntários e a respeito da questão da

homossexualidade. A resposta "homossexual", mais usual, está igualmente incluída nas tabelas. Como nos testes de validade e fidedignidade, observa-se, examinando-se os dados das tabelas, a semelhança entre os que se dizem homossexuais e os que se dizem entendidos. Porém, os entendidos mostram peculiaridades que são apenas deles e que serão apontadas.

## Interpretações

Quem é o entendido? Quem é o gay? Quem é o bissexual? O que faz com que os voluntários da pesquisa se denominem de uma ou de outra forma? Que condutas e práticas se relacionam a essas diferentes autoidentificações? Em que essas identidades construídas podem ajudar na criação de dispositivos de intervenção anti-HIV/aids?

Entendidos, gays e bissexuais privilegiam - embora em diferentes graus de intensidade - relações sexuais com homens. Essa característica não os distingue uns dos outros, tendo sido um dos pré-requisitos para a participação na pesquisa.

Não os distingue também a idade de iniciação de relações sexuais, a maioria (66,1%) tendo iniciado relações com homens antes dos 18 anos ([Tabela 1](#)). Entre os que iniciaram relações também com mulheres, 60,9% o fizeram antes dos 18 anos ([Tabela 2](#)). Porém, é importante atentar para a diferença de 134 sujeitos nos totais (N) das duas tabelas mencionadas (331 e 197, respectivamente), casos de "não se aplica" da segunda tabela. A idade na qual são iniciadas as relações sexuais aponta para a necessidade de intervenções preventivas sobretudo entre jovens, independentemente da identidade sexual que se atribuem.

Outras semelhanças podem ser apontadas: a maioria responde ter tido parceiro fixo (mais de 51%) e parceiro ocasional (mais de 62%) nos últimos seis meses ([Tabelas 10 e 11](#)); a maioria tem prática de sexo anal passivo (mais de 62%) e ativo (mais de 69%) com parceiro fixo ([Tabelas 12 e 13](#)); a maioria responde não ter tido conduta de risco praticando sexo anal passivo (mais de 53%) nem ativo (50% e mais), sem uso de camisinha, com parceiro ocasional, nos últimos seis meses ([Tabelas 17 e 19](#)); a maioria não frequenta saunas (mais de 51%), cinemas (mais de 58%), locais de pegação (mais de 69%) e outros locais (mais de 54%), em busca de parceiros sexuais.

## O entendido

Nessa categoria estão sujeitos/voluntários cujas respostas são bastante semelhantes às dos que se denominam homossexuais. Mas alguns atributos os caracterizam, distinguindo-os dos homossexuais, e, mais ainda, dos gays e bissexuais:

(a) mantêm com o outro (outras pessoas, amigos, parentes, parceiros) uma relação maior de confiança e cumplicidade ([Tabela 6](#));

(b) tendem - e, nisso, à semelhança do bissexual, embora por motivos diferentes - a ignorar discriminações (categoria sem resposta, na [Tabela 7](#));

(c) mais que os outros grupos, não se importam com discriminação e buscam manter em sigilo suas relações homossexuais - "ninguém sabe" ([Tabela 8](#));

(d) e, sobretudo, tendem a ter mais parceiros fixos que os outros: 69,0% o tiveram nos últimos seis meses; apenas 3,4% nunca o tiveram ([Tabela 10](#)); é o grupo que, a partir do que relatam, teve menos parceiros ocasionais, quer como experiência de vida, quer nos últimos seis meses ([Tabela 11](#));

(e) como os que se denominam gays, mantêm práticas de sexo anal passivo com parceiro fixo mais que os outros grupos ([Tabela 12](#));

(f) e são eles que apresentam a maior porcentagem de prática de sexo anal ativo com parceiro fixo ([Tabela 13](#));

(g) praticam, comparados aos outros, a menor porcentagem de sexo anal passivo com parceiro ocasional ([Tabela 14](#));

(h) são eles que, comparados com os outros, mais incorrem em conduta de risco - medida pela prática de sexo anal passivo, sem uso de camisinha - com parceiro fixo ([Tabela 16](#)); esse resultado, possivelmente, pode ser associado à confiança e cumplicidade que têm no relacionamento com o outro;

(i) igualmente, na prática de sexo anal ativo com parceiro fixo, são os que mais incorrem em risco, comparados aos outros grupos - novamente, a confiança e cumplicidade ([Tabela 18](#));

(j) freqüentam boates proporcionalmente mais que os outros (embora esse seja o local preferido de busca de parceiro sexual para os quatro grupos da amostra); junto aos que se denominam homossexuais, são também grandes freqüentadores de bares; finalmente são os que menos procuram parceiros em "outros locais" ([Tabelas 20, 21 e 25](#), respectivamente).

## **O gay**

Nesta categoria estão sujeitos/ voluntários que, comparados com os outros:

(a) mais claramente optaram, desde as primeiras experiências sexuais, preferencialmente por parceiros do sexo masculino ([Tabela 3](#));

(b) que, no momento, transam, em 91,0% dos casos, somente com homens: a maior porcentagem, entre os grupos analisados, de transas apenas com parceiros do mesmo sexo ([Tabelas 4](#));

(c) são também o grupo que mais relata tesão apenas por homem ([Tabela 5](#));

(d) são os que mais dizem assumir publicamente a identidade homossexual ([Tabelas 6 e 8](#)),

- (e) mas também os que mais se sentem menosprezados e excluídos, quando reconhecem ser discriminados ([Tabela 7](#));
- (f) escolhem gay como autodenominação alegando que esta é a palavra mais adequada, argumento utilizado também pelos que se denominam entendidos e homossexuais, embora em menor porcentagem (72,2%, no caso dos gays) ([Tabela 9](#));
- (g) tendem a ter mais parceiros ocasionais que fixos ([Tabelas 10 e 11](#));
- (h) como os entendidos, apresentam alta porcentagem de sexo anal passivo com parceiro fixo, devendo-se ressaltar que têm menos parceiros fixos que os entendidos ([Tabela 12](#));
- (i) formam o grupo que menos faz sexo anal ativo com parceiro ocasional ([Tabela 15](#));
- (j) e que menos incorre em conduta de risco (medido pela prática de sexo anal passivo sem uso de camisinha) com parceiro fixo ([Tabela 16](#));
- (k) mas, são os que mais incorrem em risco - sexo anal passivo, sem camisinha -, com parceiro ocasional ([Tabela 17](#));
- (l) são os que mais relatam não ter incorrido em risco, praticando, nos últimos seis meses, sem uso de camisinha, sexo anal ativo com parceiro fixo ([Tabela 18](#)) ou com parceiro ocasional ([Tabela 19](#));
- (m) não freqüentam, em busca de parceiros sexuais, na mesma proporção que os três outros grupos, as boates ([Tabela 20](#)) nem os bares ([Tabela 21](#)); são os que mais relatam não ir a saunas ([Tabela 22](#)), a cinemas ([Tabela 23](#)) e a locais de pegação ([Tabela 24](#)), em busca de parceiros, preferindo "outros locais": festas, ruas, praças, casas de amigos, escolas, colégios etc. ([Tabela 25](#)).

## **O bissexual**

Nesta categoria estão os sujeitos/voluntários que diferem dos outros grupos sobretudo porque:

- (a) escolheram, desde as primeiras experiências sexuais, parceiros tanto do sexo masculino quanto do feminino, 26,7% tendo escolhido igualmente homens e mulheres, e 42,2% principalmente homens, ocasionalmente mulheres ([Tabela 3](#));
- (b) na escolha do parceiro atual, mantêm a mesma tendência: 17,8% transando igualmente com homens e mulheres e 56,6% transando preferencialmente com homens e ocasionalmente com mulheres, havendo ainda 11,1% transando principalmente com mulheres, ocasionalmente com homens ([Tabela 4](#));
- (c) além disso, 31,1% - bem mais que nos outros grupos - relatam sentir tesão igualmente

por homens e mulheres; 55,6% relatam sentir tesão principalmente por homens e ocasionalmente por mulheres e 6,0% principalmente por mulheres ([Tabela 5](#));

(d) expõem pouco sua identidade sexual, apresentando, quando comparados com os outros grupos, a maior porcentagem relatando que sua identidade sexual só é conhecida porque "foi descoberta" ([Tabela 6](#)); formam também o grupo que mais deixa de responder sim à questão: "As pessoas sabem de sua orientação sexual? Por quê?" ([Tabela 6](#));

(e) têm, mais que os outros, o sentimento de serem censurados ([Tabela 7](#));

(f) relatam, mais que os outros, não se sentirem discriminados e isso porque não deixam transparecer sua identidade bissexual ([Tabela 8](#));

(g) usam como marco referencial para o estabelecimento da identidade, o "objeto", ou seja, o fato de escolherem como parceiros sexuais homens e mulheres (58,2%) e "fatores eróticos", ou seja, atração pelos dois sexos (30,2%) ([Tabela 9](#));

(h) tendem a ter menos parceiros fixos que todos os outros grupos, tanto em termos de experiências passadas, quanto nos últimos seis meses ([Tabela 10](#));

(i) formam o grupo que mais tem parceiros ocasionais ([Tabela 11](#));

(j) é o que relata, comparado aos outros grupos, menor prática de sexo anal passivo com parceiro fixo ([Tabela 12](#));

(k) o que mais diz não praticar sexo anal passivo com parceiro ocasional ([Tabela 14](#));

(l) e o que mais relata prática de sexo anal ativo com parceiro ocasional ([Tabela 15](#));

(m) incorre menos, com parceiro fixo, em conduta de risco, medida pela prática de sexo anal passivo sem uso de camisinha, 48,9% nunca incorrendo nesse risco, com parceiro fixo ([Tabela 16](#));

(n) 73,3% relataram não ter praticado sexo anal passivo sem uso de camisinha, com parceiro ocasional, nos últimos seis meses (além de 15,6% que dizem nunca incorrer nessa prática); incorrem em risco (11,1%), mas menos que os que se denominam gays e homossexuais, sendo bom lembrar que os bissexuais formam o grupo que mais tem parceiros ocasionais ([Tabela 17](#));

(o) mas formam o que mais incorreu em risco, nos últimos seis meses, praticando sexo anal ativo com parceiro ocasional, sem uso de camisinha, sendo que são os que mais têm parceiros ocasionais ([Tabela 19](#));

(p) embora freqüentem bares e boates, são os sujeitos/voluntários que, proporcionalmente, menos vão a estes lugares ([Tabelas 21 e 22](#)); mas são os que, em comparação com os outros, mais freqüentam saunas ([Tabela 22](#)), cinema ([Tabela 23](#)) e locais de pegação

(Tabela 24).

## **Entendidos, gays e bissexuais**

O entendido, além de parceiros ocasionais, tem uma vida a dois, com parceiro do mesmo sexo, pública, mas discreta. Suas estratégias - errôneas - de prevenção contra HIV/aids com parceiros fixos, conhecidos, baseiam-se, aparentemente, na confiança e na cumplicidade, incorrendo, com eles, em importantes condutas de risco.

O gay tem sobretudo parceiros ocasionais e quase que apenas do mesmo sexo. Assume publicamente sua homossexualidade, como estratégia contra a discriminação. É o grupo mais desprotegido contra HIV/aids, quando se trata de conduta de risco definida pela prática de sexo anal passivo, sem camisinha, com parceiro ocasional. Porém, no cômputo das quatro situações de risco aqui analisadas, é o que menos incorre em risco.

O bissexual define-se pela prática de sexo com homens e com mulheres e pela atração pelos dois sexos. Esconde sua homossexualidade. Busca parceiros em lugares mais escondidos, escuros (saunas, cinemas, locais de pegação). Seus parceiros são ocasionais. Defendem-se contra HIV/aids evitando a prática de sexo anal passivo sem uso de camisinha, mas incorrem em riscos importantes na prática de sexo anal ativo com parceiro ocasional. Comparado aos outros grupos, é o que mais incorre em risco, medido pelas práticas sexuais com penetração, sem camisinha.

## **Comparação com outras pesquisas**

COSTA (1992), trabalhando no estado do Rio de Janeiro, utilizando o método de entrevistas, chegou a uma classificação da diversidade de práticas, condutas e desejos homoeróticos e respectivas conseqüências para a prevenção contra a aids:

a) Proteção pelo preconceito. Essa característica predomina entre indivíduos identificados com as regras da moral sexual oitocentista, que são, entretanto, uma minoria. Eles temem sobretudo que sua "identidade homossexual", representada como um problema, seja revelada socialmente pela contração da aids; introjetaram o preconceito contra o homossexualismo, sentem-se culpados por experimentarem desejos homossexuais e fazem tudo para evitar a contaminação.

b) Proteção contra o preconceito. São as identidades gay, militantes ou não, que se aceitam e se valorizam contra o preconceito. Nesse grupo, condutas racionalizadas como o uso da camisinha é introduzido no jogo afetivo-sexual, sem abolir o prazer. É um grupo minoritário.

c) Privatização moral na avaliação do risco de infecção. Nessa classificação estão os indivíduos que não dispõem de modelos de identidade publicamente discutíveis e partilháveis. É o grupo majoritário, que incorre em risco de contração da aids, usando condutas como: aposta em sua timidez ou pudor e no comportamento do parceiro para se prevenir; prefere o risco a privar-se de relações afetivas; apela imaginariamente para a sua capacidade de controlar racionalmente sua excitação sexual, etc.

Ressaltadas as diferenças de abordagens metodológicas entre o estudo de Costa e a pesquisa aqui relatada, algumas semelhanças e diferenças nos resultados merecem menção:

a) O primeiro grupo da classificação de Costa assemelha-se bastante ao grupo que, na presente pesquisa, se denominou bissexual, no que diz respeito ao receio de ver sua identidade revelada e ao sentimento de ser censurado. Mas incorre muito em risco porque parece se fiar, erroneamente, na prática do sexo ativo (evitando passivo) como prevenção.

b) O segundo grupo guarda semelhança com os que, em nossa amostra, se denominaram gays, especialmente no que diz respeito à aceitação da própria identidade, que se torna pública. De forma geral, são os gays que menos incorrem em risco, mas se expõem - bem mais que os outros grupos -, através da prática de sexo anal passivo com parceiro ocasional.

c) O terceiro grupo da classificação de Costa não foi coberto em nossa amostra, formada por voluntários que desejavam participar em um projeto de estudo e prevenção contra HIV/ aids.

d) O grupo que se denomina entendido não apareceu em pesquisas anteriores. Na amostra mineira, apresenta características de interesse no que diz respeito à prevenção: privilegiando parceiros fixos reduz momentos de risco, mas "confiando", incorre em importante falta de prevenção.

### **Abordagens preventivas específicas**

Os dados aqui relatados apontam para a necessidade de intervenções sobretudo junto a jovens; para a necessidade de discutir amplamente e questionar o pacto de confiança estabelecido entre parceiros fixos (tendose, sobretudo, em vista que "fixo" pode ser daquele mês); para a necessidade de discutir a questão da auto-estima, da segurança em si mesmo e ofertar abordagem terapêutica para tratamento de problemas relacionais; para a necessidade de esclarecer que a prática de sexo ativo está longe de ser uma prática preventiva; para intervenções em lugares escondidos, como cinemas e saunas - criação, por exemplo, de vídeoclipes preventivos para serem apresentados antes da projeção de filmes, nas salas de cinema.

Como locais de busca de voluntários: bares e boates, em busca de casais homossexuais masculinos; escolas, festas escolares, locais de encontro para grande público - praças, feiras, saunas e cinemas.

continuação: [O discurso do risco](#) >>

### **Anexos \***

#### Anexo I

-

[Anexo II \(Parte I\)](#)

[Anexo II \(Parte II\)](#)

[Anexo II - Bibliografia](#)

[Anexo III - Summary](#)

[Anexo III - Introduction](#)

[Anexo III - Metododology](#)

[Anexo IV - Summary](#)

[Anexo IV - Metododology](#)

[Anexo IV - Results](#)

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo II (parte 2)**

### **O Discurso do Risco**

#### **O problema, a teoria, o método**

Informações limitadas sobre como evitar HIV/aids nas relações sexuais e/ou falta de recursos para prevenção são responsáveis por número relevante de infecções. Não nos detemos nesses casos. Buscamos saber por que, mesmo com conhecimento suficiente e formas de prevenção à mão, ainda assim há quem incorra em risco de se contaminar.

Ouvimos, para isso, homossexuais e bissexuais do sexo masculino, não infectados, não usuários de drogas intravenosas e com condutas de risco recorrentes. Foram sujeitos voluntários, participantes do PROJETO HORIZONTE, programa que tem em vista a realização de ensaios clínicos com vacinas anti-HIV/aids.

Voluntários do projeto têm atendimento clínico e psicossocial a cada seis meses e recebem, gratuitamente, camisinhas para a prevenção.

Sendo nós próprios membros da equipe comportamental que realiza o acompanhamento semestral, sabíamos quem apresentava condutas recorrentes de risco. Alguns voluntários nessa situação, respondendo a convite para participar de nossa pesquisa, se dispuseram a nos falar de suas vidas sexuais, suas relações com parceiros e parceiras, suas paqueras e transas.

O nosso desejo de escutá-los despertou neles o desejo de serem ouvidos e engendrou o discurso aqui analisado.

Embora nossa comunidade discursiva tenha sido tão delimitada, adiantamos que as informações por nós obtidas ultrapassam o caso de homossexuais e bissexuais do sexo masculino: ajudam a compreender por que tantas mulheres e tantos jovens estão se contaminando. Possivelmente, ajudam também na formulação de modelos preventivos eficazes.

Sempre com base na teoria psicanalítica - nosso referencial teórico -, em um primeiro momento, antecipamos que as condutas de risco se articulariam a acontecimentos traumáticos na infância, inadequação da representação de normas e regras sociais, individualização elevada, autoestima reduzida, modelos identificatórios enganosos, introjeções inconscientes.

À medida que a prática de pesquisa avançava, ela incidia sobre a construção teórica, sugerindo mudanças e complementos. Num segundo momento, passamos a dar maior importância à constituição do psiquismo de nossos sujeitos, às suas subjetividades e lógicas próprias de funcionamento e, especialmente, aos lugares imaginários que criam para si e para o outro, o(a) parceiro(a). O risco surge sempre articulado à resposta que se dá à questão: Quem sou eu para ele, quem é ele para mim? (FLAHAULT, 1978).

Afetos, desejos, angústias, medos, insegurança, fantasias, denegações e suposições atravessam as trocas intersubjetivas e são elementos da decisão final, vital, de se prevenir ou não.

A sujeição ao desejo do outro surgiu cada vez mais como conceito fundamental para compreender as instâncias de risco, pois tudo depende do lugar imaginário no qual nosso sujeito voluntário se insere e se vê reconhecido pelo parceiro e do lugar complementar que atribui ao outro. Enquanto é senhor de seu lugar, e nele se realiza, é capaz de evitar o risco, pois sabe como fazê-lo e tem os recursos. Caso contrário, fica a mercê do parceiro e/ou da situação.

As entrevistas não diretivas e semi-estruturadas foram minuciosamente transcritas, lidas e relidas, a fim de compreender cada detalhe do discurso de nosso sujeito voluntário. Buscávamos informações sobre a constituição de seu psiquismo, sua lógica de funcionamento, suas relações e interações com o outro, os lugares imaginários em que colocava si próprio e o outro.

As entrevistas não foram apenas instrumentos de pesquisa. Foram também intervenções da equipe junto a sujeitos voluntários com condutas de risco. Parafraseando LÉVY (1994), foram um momento em que os entrevistados refletiram em voz alta, para si próprios, sobre suas práticas de risco e suas dificuldades, suas histórias e seus destinos, na presença de uma interlocutora supostamente neutra e atenta. Puderam assim elaborar sobre os riscos em que incorriam, trabalhar sobre suas enunciações e lhes dar novo sentido. Se o nosso objetivo teórico era responder a uma questão de pesquisa, preenchendo lacunas de conhecimento, cumprimos também o objetivo prático de colaborar na prevenção contra o HIV/aids.

O discurso construído na situação de diálogo representada pelas entrevistas tem características próprias. Todo ele é uma resposta - mesmo que indireta - ao pesquisador e é a ele endereçado. No nosso caso, as entrevistas foram conduzidas pelas duas bolsistas de aperfeiçoamento em pesquisa, membros do PROJETO HORIZONTE. São mulheres,

psicólogas, cientistas. Duas vezes por semana trabalham atendendo voluntários. Para o entrevistado, cada uma é alguém com uma identidade clara, pois, a cada seis meses, ele se encontra com ela no contexto do projeto, responde a um questionário sobre suas práticas sexuais e é aconselhado. Ela tem, para o sujeito voluntário, uma situação sócioinstitucional definida. A entrevista se passa no mesmo ambulatório no qual ele é sempre atendido, dentro do consultório médico. Dessa vez, ele está presente em caráter especial, a pedido da pesquisadora que o havia convidado para uma entrevista aprofundada, versando sobre os riscos em que incorria.

São estabelecidos contratos e convenções tácitos para trocas em nível lingüístico, seguindo um rito preestabelecido. O Sujeito Voluntário (SV) espera que sua fala ficará sob a égide do sigilo e que não será usada contra ele, mas em seu benefício e em benefício do conhecimento científico. A Pesquisadora (P) conduz a entrevista, facilita a fala de SV, coleta informações.

Cada um dos interlocutores - P e SV - espera um ganho. P, ao convidar SV à fala, quer, para sua pesquisa, dados que lhe permitam inferências, ou seja, a partir dos enunciados de SV, descobrir sentidos novos, não necessariamente os mesmos que são enunciados. Interagindo com P, SV entra em situação de resposta e tenta colaborar, agradando a P, mesmo sem saber exatamente qual é a sua demanda, embora esta tenha sido explicitada. Mas visa sobretudo um ganho pessoal que será o motor de sua fala, o que estruturará o discurso que produz.

Fizemos quatro entrevistas. Em todas ocorreram elaborações sobre o risco e a explicitação da certeza de que a oportunidade de discuti-lo mais profundamente era uma necessidade. Mas as localizações subjetivas foram diferentes, articuladas ao ganho pessoal visado. Cada SV se posicionou em relação ao que disse de forma própria. SV1 construiu seu discurso em torno da indagação inconsciente se ele seria capaz de agradar aos homens tanto quanto ele supõe que as mulheres o fazem; SV2, imaginando-se HIV+ em decorrência de suas últimas práticas sexuais, preparava-se para enfrentar a sua nova situação; SV3 demandava da entrevistadora o que ela não poderia dar - a segurança para fazer sexo oral sem uso de camisinha, sem risco e sem mudar as próprias práticas sexuais e, concretamente, o ganho gratuito, no PROJETO HORIZONTE, de camisinhas especiais para sexo oral; SV4 queria resolver o que apresentou como seu conflito básico, ou sua confusão - ser homossexual ou heterossexual.

As interações de P e SV se passaram, assim, em meio a opacidades e ambigüidades que, na medida do possível, foram desveladas na análise. Outra fonte de opacidades: ao enunciarem, os SVs provocavam efeitos imprevistos sobre seus próprios discursos, pois ao falarem de suas vidas e práticas de risco já realizavam mudanças, justamente porque falavam.

Para a análise, indagamos a respeito do que unia as entrevistas, o que atravessava os diversos discursos pessoais, o que os articulava como um todo.

O motor estruturante do discurso de cada sujeito voluntário - o ganho pessoal - envia as diferenças. Mas há também semelhanças que dão um sentido ao conjunto das entrevistas: os SVs compartilham uma certa representação da homossexualidade, do HIV e da camisinha; compartilham um certo meio que tem uma linguagem própria, um código, onde a paquera é regida por regras, entre as quais a necessidade antecedente de negociar um sexo seguro e a

tentativa de antecipar o estado de saúde e a prática sexual preferida pelo parceiro (ativa ou passiva); todos negociam, com maior ou menor sucesso, todos realizam cálculos de risco, acertados ou errados.

A análise das regras de paquera, das negociações, dos cálculos e das instâncias de risco envia, assim, a alguma coisa diferente do relato, ou da enumeração de representações; aponta para um modelo teórico do risco que pretende ser abrangente, não restrito a homossexuais e bissexuais do sexo masculino.

Dissemos que os discursos foram produzidos nas trocas face a face com as pesquisadoras e que elas estavam interessadas em analisar não apenas estas trocas verbais (interloquções com as entrevistadoras espelham as interações de SV com seus parceiros) mas, sobretudo, compreender as instâncias de risco de infecção por HIV/aids. O risco, ocorrendo na relação sexual com parceiros, envia a análise do discurso justamente aos relatos das interações e das relações do sujeito voluntário (eu, sujeito enunciador, homossexual ou bissexual do sexo masculino) e seu parceiro (ele, sujeito enunciado). Evidentemente, se o olhar das analistas avalia a relação eu/ele, a partir da fala de eu, avalia sobretudo o espaço interno de eu, sujeito que fala, supondo que, a partir dessa fala será capaz de apreender as instâncias reais de risco de infecção por HIV/ aids. Esse fato - não ouvimos ele, o outro - certamente coloca limites a qualquer generalização irrestrita de nosso modelo teórico.

Nosso arquivo (MAINGUENAU, 1991) para a análise do discurso do risco foi formado pelas quatro entrevistas. Dentro dele, foram selecionadas seqüências discursivas relativas ao objeto de estudo (o risco). O corpus, unidade empírica de análise, foi a interloqução marcada pelo início da fala do entrevistado após uma intervenção da entrevistadora e a próxima fala desta última (para finalidade de escrita, a interloqução é marcada, aqui, por parágrafo ou barra). Especial atenção foi dada às interloquções nas quais os dois marcadores eu e ele ocorriam duas ou mais vezes.

### **Os sujeitos voluntários: infância, juventude, representações construídas**

Aos 11 anos, SV1 já sentia curiosidade, atração e tesão por homens. Relata sua primeira experiência sexual, nessa idade, como tendo sido um tanto pavorosa e traumática, meio animalesca, sem o carinho que esperava. Foi com um vizinho, sete anos mais velho, que o levou para o mato, acompanhados por um outro par, também do bairro. Poucos anos 155 depois (aos 14-15 anos) teve outra experiência, descrita como maravilhosa: o irmão do mesmo vizinho o leva a um lugar mais afastado, depois de um baile, e o despe para verificar se ele era realmente um homem. Decepcionado por não encontrar no corpo nu uma mulher, diz que não é possível dois homens manterem relações. Memórias de infância registram também as bichas que o esperavam, no caminho da escola (queriam enturmar? pergunta-se), se dependuravam na janela e esmurravam seu ônibus, gritavam nomes. E ainda as mulheres (sapatões, como relata) que mexiam com ele por causa dos óculos que usava.

SV2 cresceu em uma cidade pequena do interior de Minas Gerais. No pasto, buscando boi e vaca, arrumando cerca, nadando no rio, começou a olhar a beleza dos outros meninos. Enquanto esses olhavam as meninas, SV2 os olhava. Descobertos os seus primeiros relacionamentos sexuais com os meninos, a mãe o aconselha: "herda ou deserda" - não herdou, continua hoje olhando os meninos; deserdou para a cidade grande.

Aos 13-15 anos, SV3 já havia ficado com muitas meninas, mas aceitou como sendo muito mais forte o seu lado homossexual, reconheceu sua atração muito grande pelos homens.

SV4 teve experiências sexuais com homens aos 13-14 anos, uma delas tendo chegado ao conhecimento de seus pais que, do interior, o levaram à capital, para testes psicológicos. Teve o diagnóstico de normal. Lembra-se daquela experiência sexual (ou de outra?) como tendo sido uma relação muito selvagem que deixou nele o sentimento de ter sido estuprado. Passou a evitar lugares com muitos homens - bares, clubes, banheiros masculinos. Teve várias namoradas, foi noivo. Aos 28 anos, convivendo com uma parceira fixa, reiniciou suas práticas homossexuais.

Todos os SVs representam as experiências homossexuais na infância, juventude e idade adulta, como corriqueiras: "A maioria faz, sai com outro homem." (SV1); "50% já teve relação homossexual." (SV3); "Ninguém é heterossexual convicto." (SV4, que relata, também, ter tido experiências com homens na adolescência "como todo mundo tem"). SV3 atribui à natureza a preferência por homens, o que, segundo ele, não é defeito nem doença, mas sentimento, sendo que "ninguém pediu para nascer homossexual"; ressentido o preconceito que é atribuído também (e sobretudo) a outros homossexuais ("essas pessoas que têm preconceito também já tiveram relacionamento com homossexual"), opinião que é compartilhada por SV1. Ser ativo ou passivo é um crivo problemático (será tratado adiante).

Todos reconhecem a importância da camisinha na prevenção contra HIV/aids, mas todos vêem nela alguma desvantagem: dificulta o tesão de alguns (SV1), incomoda (SV2), reduz o prazer e não pode ser usada para sexo oral porque tem lubrificante e gosto ruim (SV3), é difícil (SV4).

O fato de ser HIV negativo pode dar uma sensação de poder e status (SV1). SV2, que se prepara para a eventualidade de estar positivo, elabora: "se eu tiver 'o babado', eu acho que é mais uma doença, uma gripe" / "se um dia eu tiver, eu vou encarar em uma boa" / "a gente pode imaginar, mas não pode realmente saber como vai ser" / "acho que não vou ter reação nenhuma" / "para me livrar dele [o HIV], para retardá-lo, acho que vou ser racional o bastante" / "qual é a reação de uma pessoa quando ela vê o exame HIV+?"

No que diz respeito ao preconceito contra os que adquiriram o vírus, SV1 confessa: "minha cabeça entra na onda também; digo: 'Nossa, tão bonito, mas é soropositivo'. Como se não fosse usar camisinha..." SV3 comenta uma festa particular na qual todos cochicham: "Esse cara tem aids" e a pessoa, rejeitada, sai inteiramente desnorteada.

## **A paquera**

Paquerar é um momento de descontração, uma brincadeira, um jogo sem cartas marcadas. Paquerando, atraindo, os sujeitos voluntários se realizam, localizando-se e o outro de igual para igual. Já ser objeto de paquera e atração, às vezes, pode provocar maus momentos.

A paquera se passa, normalmente, em lugares públicos - festas, bailes, bares, botecos, trabalho, rua, ônibus. SV3 descreve os pontos em Belo Horizonte, boates e "lugares entendidos" onde se procura sexo mais fácil, onde se conhece pessoas e onde, quando se "é novo no pedaço, o pessoal voa em cima".

Um anunciador, geralmente um amigo de SV, aparece em muitos relatos de paquera. É o amigo quem declara: "Tem um ali que não para de te olhar, está apaixonado por você". SV1 olha, o outro olha. Bela Vista e Horizonte:

A cena é leve, às vezes divertida. Um colega de trabalho conta a SV2 que falam dele, mas que ele, colega, não acha que SV2 tenha cara de "boiola". Recebe como resposta: "Realmente, eles estão mentindo para você, é tudo mentira. Vamos fazer o seguinte: vai lá em casa hoje à noite que a gente conversa melhor e a gente vê de onde está saindo esta fofoca." SV1 relata que ele (o outro), colecionador de revistinhas de sacanagem, começa a ir muito à sua casa. SV1 lhe diz: eu tenho só revista de homem com homem. Ele (o outro) quase morre.

No jogo da paquera, as coisas acabam acontecendo. SV1 e um amigo, indo de uma festa para outra, no bairro, pegam uma carona. SV1 está interessado no chofer do carro, o amigo paquerando o quarto personagem presente. SV1 senta-se ao lado do chofer; o amigo, atrás, passa a mão na perna do companheiro de viagem que declara, alto e bom som, apontando o chofer: "Eu estou a fim é dele". / Paquera frustrada, SV1, na segunda festa, vê um conhecido. Aproximam-se, conversam, lembram velhos tempos. / Ele (o outro) fala como as pessoas vêem SV1. / Mais tarde, reencontram-se em um bar, ficam juntos, se tocam com carinho, o outro convida SV1 para um passeio de moto. SV1 recusa ("outro dia a gente sai"), mas se abraçam, sarram. SV1 coloca a mão sob a camisa do outro, que diz: "Você tem a mão mais delicada que a da minha noiva. Você consegue me excitar mais do que ela." "Será que é a minha mão", pensa SV1, "ou porque é a mão de um homem?"

SV4 fala que é a primeira conversa, o encontro, o conhecimento, os primeiros contatos, o atrair e ser atraído que o satisfazem e o excitam.

Depoimentos análogos são dados por SV2: "Você olha para uma pessoa que você nunca viu e, de repente, você se sente curioso a respeito dela." / "Você a olha, você se interessa, assim, pela sua estrutura física."

SV2 está atento a uma pessoa que tem visto: "ele chega na boate, ele roda, roda, não fica com ninguém, me deixa intrigado, eu vou ter que saber o que ele quer, eu vou ter que conferir".

Um sente o cheiro do outro. SV3 está saindo da casa da menina com quem estava ficando. Ele (o outro) parou o carro, pedindo uma informação de caminho. SV3 diz que estava indo naquela direção e é convidado para entrar no carro. Entra, ele (o outro) olha "daquele jeito". SV3 "saca". Ele pergunta se SV3 é entendido. Ainda sem conhecer a expressão (embora "sacando"), SV3 diz que sim. SV1 e o outro entram no ônibus, à meia noite. SV1 pensa: "Esse aí vai ser meu" e senta-se a seu lado, dizendo: "Você está com a cara triste. O que aconteceu?" Ele (o outro) desaba, conta tudo. Ficam de mãos dadas.

A paquera pode esperar, às vezes, anos. SV1 está atento ao outro, pessoa diferente, calada. Sempre que necessário, um anunciador se faz de intermediário entre eu (SV1) e ele (o outro). Um dia, em uma festa, ele (o outro) conta a SV1 que tinha tido experiência com um homem e tinha gostado mais que com mulher. SV1 lhe diz: "Sou louco para te dar um beijo" e o outro responde: "Eu também".

Passa-se o tempo, o anunciador dá as notícias: ele (o outro) estava morando com uma mulher que ele tinha engravidado, estava estranho e mexendo com drogas.

Passados três anos, SV1, andando no bairro onde ele mora, o vê em um bar. Param em frente um do outro, sem saber o que falar: -"Você sumiu"; -"Você sumiu". SV1 faz o que tinha a fazer na região e, mais tarde, volta ao bar. Conversam, relembram coisas. O anunciador aparece, aparece o pai dele (do outro) convidando para uma festa em casa, casa que também era dele, da mulher e da filha. SV1 e ele passam o dia conversando, bebendo cerveja. No final do dia SV1 diz: "Ah, eu vou embora". O outro: "Eu vou descer com você até o ponto do ônibus". Em outro bar, ele (o outro) desabafa: "Olha, eu não dou conta de falar nada, eu não sei expressar verbalmente o que estou sentindo". SV1 "coloca a questão da atração que um sente pelo outro".

Ele fica calado, nada fala. SV1 ressentida a complicação da paquera, acha que ele é manipulado pela família, que as pessoas definem as coisas para ele. Insiste: - "Como vamos fazer? Não posso te tirar daqui. Você vai para o centro e a gente se encontra lá." O outro: - "Ah, tá muito tarde." SV1: - "Mas eu quero ficar com você e você comigo. Conheço um lugar..." O outro: -"Não." "Conheço esse outro lugar..."

Algumas paqueras vêm com problemas. SV1 fala a respeito do outro, uma pessoa que saía com um cara riquíssimo, dono de um apartamento e de um chalé, mansão cheia de empregados, deslumbrante, onde o outro era recebido sem ser desprezado. Ele (o outro) ganhava, mesmo sem pedir, dinheiro desse cara que, entretanto, parecia que não queria mais saber dele. Ele chora com SV1, diz que gosta do cara, que não havia nada a ver com dinheiro. SV1 e ele começam a sair juntos com certa frequência. Um dia, ele (o outro) liga para SV1, convidando-o para sair e começa com a "história da geladeira estragada" [pedindo dinheiro].

Outras paqueras são definitivamente desagradáveis. SV2 rejeita as pessoas que "ficam no pé", que o colocam como um santo, um milagre, independente, inteligente, coisa inatingível. SV1, conversando no balcão de um bar no qual trabalha um amigo, vê chegando uma turma de supostos heterossexuais. Um deles começa a contar SV1: "Você mora aqui?" "Vou te contar, fiquei com um gay lá em Sergipe"; acrescenta que se masturba e que tem pau grande./ Ele (o outro) passa ao ataque: "Vocês são muito bandeirosos, dão manota". SV1 solta o cabelo e dá um escândalo. Explica à entrevistadora: "Não agüento cantada de papo furado, querendo que eu faça a linha bofe".

## **A negociação**

Os sujeitos voluntários têm de negociar um sexo seguro. Aprendem sobre isso no PROJETO HORIZONTE, têm dicas e macetes. Há outra negociação a ser feita, o papel ativo ou passivo na transa. Ambas são difíceis de serem faladas, tanto para a entrevistadora quanto com o(a) parceiro(a). Por isso, as negociações são freqüentemente escamoteadas, substituídas por cálculos de risco e cálculos relativos à prática sexual predileta do outro. A dúvida não solucionada pode desembocar no abandono da transa; o cálculo mal feito pode desembocar em risco.

Negociações de sexo seguro são, paradoxalmente, mais difíceis com parceiros fixos.

Sensação de perda de vínculo, de quebra de pacto de confiança, medo de magoá-los, hábitos já estabelecidos tornam custosa a negociação. Parceiros ocasionais, desconhecidos, representam sempre um risco. Assim, com eles, SV1 não tem problema: "Eu dou a camisinha. Não tem essa coisa de ficar conversando muito." / "Se não tem camisinha, o negócio é sarrar mesmo". SV3 afirma que, sem camisinha, "não rola mesmo", um masturba o outro, se beijam, mas não há penetração: é só pegação. SV1 fala a respeito do parceiro ocasional que lhe pergunta: - "Quanto você me dá para eu transar com você sem camisinha?" - "Não tem jeito", responde. - "A camisinha incomoda, não consigo." - "Pois tem que se acostumar."

SV1 ensina como colocar a camisinha e o lubrificante dentro dela, mas o parceiro não consegue ereção. SV1 comenta com a entrevistadora: "Não sei se ele não consegue mesmo ou se ele estava a fim era do dinheiro"... "porque isso é muito comum." Quando se trata do parceiro fixo ("fixo" pode equivar a um ou dois meses; não é exclusivo nem único enquanto "fixo"), a situação muda. SV1 já saía há algum tempo com o parceiro. Passam a fazer sexo e, por três vezes, sem camisinha. Entre uma vez e outra conversam sobre o risco. Mas na hora, ele (o outro) fala: "Nossa, estou sem camisinha." (sendo que SV1 carregava consigo, como sempre, camisinhas que recebe do PROJETO HORIZONTE).

Contrapondo a essa negociação falha, SV1 se lembra de outro parceiro fixo com quem sempre usou camisinha. "Coisa da dupla", diz, "quando os dois pensam em usar, se um fala que não quer, não há sexo". Atribui àquele parceiro a disciplina na prevenção.

SV2, em um momento de confessada insegurança, quando o parceiro fixo propõe o uso da camisinha, faz a negociação errada, de risco, ou, nas suas palavras: "um pacto, nada pacto". Ele (o outro) propõe: "A gente podia começar a transar de camisinha" - "Por quê?", questiona SV2. - "Acho certo, a gente não deve se arriscar; eu não sei com quem você anda, você não sabe com quem eu ando." E SV2 replica: - "Não dá para continuar o negócio nosso da forma que está. Eu e você ficamos em uma boa; com os outros a gente transa de camisinha".

Porém, SV2 é perfeitamente capaz de negociar a prevenção. Por exemplo, propõe o uso da camisinha. Ele (o outro, o parceiro) pergunta: - "Você acha que tem necessidade?" - "Se ainda não tem, vamos começar a educar, um dia a gente pode terminar." Em outra ocasião, também com parceiro fixo cujos hábitos conhece, SV2 colocou as camisinhas na gaveta da cômoda. Como de hábito, o parceiro abre a gaveta para guardar chaves e documentos e vê as camisinhas. - "Que é isso?", pergunta. - "Camisinha, camisinha." "Cama, cômoda, camisinha."

SV3 encontra um parceiro fixo. Submetem-se a testes de HIV. Constatado que ambos têm resultado negativo, passam a transar sem camisinha. Mas SV3 lê a respeito de outras doenças sexualmente transmissíveis. Diz ao parceiro: "Não rola a gente transar mais sem camisinha." SV3 relata que ele (o outro) "ficou grilado, pensando que eu estava desconfiado dele, ou ele desconfiado de mim". Explica a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e o parceiro concorda: - "Você está certo".

Para SV4, "esse negócio de negociar não passa muito por minha cabeça". Diante dessa dificuldade, é capaz apenas de imaginar: "a não ser que a gente combine antes: 'eu sou passivo, você é ativo', 'você quer ser passivo?', 'quero'; 'você tem camisinha?' Mas, quando é uma coisa assim, que vai rolando, vai rolando"... / "Se a coisa for para negociar antes, aí

sim - é passivo/ativo - então os preservativos têm que estar [presentes]."

SV4 imagina, também, o parceiro assumindo a prevenção, decidindo quem será passivo e o uso da camisinha: "Já sei e tenho que me preparar. É assim que o parceiro quer. Mas não é assim que acontece".

## O cálculo

É sobretudo no cálculo que se realizam as localizações imaginárias do sujeito voluntário com relação ao outro, o parceiro. Alguns exemplos: Quem sou eu para ele? "Eu queria saber o que as pessoas enxergam, quando elas me olham." (SV1) "Será que ele estava achando que eu estava na zona para transar com mulher?" (SV1) Quem é ele para mim? "Se eu souber a sorologia da pessoa, vou ter a coragem de ir para a cama com ela? Não sei." (SV1)

Cálculos de localização de si próprio e do outro podem resultar corretos. Mas se isso não ocorre, os sujeitos voluntários incorrem, fatalmente, em alguma situação de risco. Como na negociação, há mais de um tipo de cálculo: relativo ao risco de infecção por HIV/aids, à preferência sexual do parceiro (ativo ou passivo), ao envolvimento grande com o parceiro, o uso da camisinha, ao PROJETO HORIZONTE.

No primeiro caso, observa-se que raramente há uma menção direta ao vírus da aids, mas a palavra fica subentendida, transformada em ele = HIV, "babado" etc.

SV1 fala: "às vezes você sabe a sorologia da pessoa, às vezes supõe pela quantidade de garotos de programa com quem sai. Você então taxa: 'aquele não serve, saiu com fulano'. Você cria um rótulo." / "Fulano não dá, porque saiu com sicrano, com beltrano." / "As pessoas sondam, questionam, têm interesse em saber quem é e quem não é [HIV+]." / "Se ele se sente à vontade de não usar camisinha comigo, por que com o outro não vai fazer a mesma coisa? Não duvido muito." / "Acho super legal a pessoa [HIV+] estar vivendo a sexualidade dela, mas a gente fica pensando: 'Será que vai usar camisinha?' Fico meio neurado com aquilo." / "Se ele precisa gozar fora com mulher, é porque ele não usa camisinha [com ela]" / "Com mulher eu tenho certeza que ele não usa." / "Se tem um tanto de mulher que fala que está grávida dele, é porque ele não usa camisinha."

SV1 conquistou, no ônibus, um parceiro. Combinam ir para um motel, mas SV1 passa, antes, em um caixa eletrônico na Praça Sete, a fim de pegar algum dinheiro. A Praça Sete, à noite, é um dos pontos principais de encontros homossexuais. SV1 observa o parceiro e considera: "esse cara conhece o pedaço, não tem como". Pergunta a ele: "-Com quem você estava conversando?" - "Com ninguém, o cara não parava de olhar." - "Estou achando você muito familiar com o lugar..." (sonda, calcula).

SV2 relata: "tenho um rolinho ou outro por fora, mas já é com preservativo, já é uma coisa mais consciente. Uma pessoa que não conheço me traz uma certa insegurança." / "Com todos [os parceiros ocasionais] eu transo com camisinha numa boa." / "porque não conheço a pessoa" / "não tenho vínculo com ela, não sei de onde a pessoa vem."

SV3 faz cálculos quantitativos e outros: "O risco de sexo oral está aumentando." / "Acho que

99% do pessoal não transa sexo oral com camisinha." / "Sem camisinha, é a carne na carne, mas não rola, não dá, sem camisinha não convém de forma alguma."

SV4: "Pode ser que a minha parceira fixa tenha encontros que eu não sei. Acho também que ela não iria falar. Então, mesmo com ela, que é fixa, eu acho [necessário] o preservativo."

A segunda grande fonte de cálculos diz respeito à prática sexual do parceiro. Quem sou eu para ele? Ativo? Passivo? Quem é ele para mim? Posso me arriscar? Entrar nessa transa? Esse é um território de enorme opacidade nas interações homossexuais.

SV4 se diz ativo, mas essa questão provoca em seu discurso todo tipo de lapso de língua: troca de gênero ("já tive noivo"; referência à mulher no masculino); troca da palavra ativo por passivo e vice versa; de homossexual por heterossexual e vice versa. (Vale aqui mencionar os cálculos de SV3 que imagina uma sondagem, em uma boate, na qual alguém perguntaria: "Quem é passivo? Quem é ativo?" No primeiro caso, dois levantariam a mão e, no segundo, 500. SV3 finaliza: "No fundo, no fundo, a maioria é passivo.") SV1 tem, basicamente, preferência por sexo passivo.

As escolhas vividas por SV4 e SV1 são diferentes, mas ambas complexas e sérias. SV4 deve aprender a se precaver contra a fantasia recorrente no meio homossexual e inconscientemente compartilhada por ele de que sexo ativo não leva à infecção por HIV/ aids. SV1 tem que se precaver contra os que nutrem a mesma fantasia, os que o enganam não usando camisinha, os que se recusam a usá-la, os que esperam dele sexo ativo, os que, preferindo serem passivos, frustrados, podem agredilo.

SV4 diz: "Nunca tive muitos comportamentos de risco com homossexuais; minhas relações não são muito com penetração, nem de minha parte nem de meu parceiro, mesmo o fixo." / "Pouquíssimas histórias que tive foram de relação anal; busco prazer de outra forma, imagino, acho, penso que as pessoas que conheci, que eram muito mais passivas, uns até já foram embora [morreram]; então é muito mais fácil dessa forma." / "Essa forma [sexo passivo], na relação [sexual], sem preservativo, ela é muito mais propícia [à infecção por HIV] do que outras maneiras: masturbação, só contato de corpos..." / "Com o parceiro fixo, quando a transa não se dá a nível de penetração, não precisa de preservativo." / "Se eu tivesse tido mais contato de risco sendo passivo, [teria corrido mais risco] como os que conheci, que gostavam de sexo passivo e que já se foram [morreram]."\*

SV1 desconversa um pretenso parceiro que paquera e considera: "ele me quer como ativo; ele está procurando um homem, sexualmente falando. E, de repente, eu não vou satisfazer isso."

Com relação à mesma transa, SV1 diz: "Sou muito doido. Ele marcou encontro às 11:30 da noite, porque ele tem que namorar primeiro. Ele disse: 'A gente sai para dar uma volta de moto'. Mas, se o negócio não for do jeito que ele quer, ele me larga onde eu estiver e vai embora. Eu não sei como a pessoa vai reagir, não o conheço, só de vista. Eu falo: o que realmente ele está querendo?"

Cálculos de SV1 sobre outras paqueras: "Tenho até interesse [por ele]. Mas, o que vai acontecer? Ele vai querer que eu coma ele? Se na zona ele transa com mulher, comigo vai

querer o que? Ele vai querer me comer?" / Rejeitando a paquera desagradável do suposto heterossexual, comenta: "ele quer que eu faça a linha bofe e, quando não é isso, quer que eu saia para ser ativo, o que é pior ainda."

Um terceiro tipo de cálculo, importante porque aproxima os SVs do risco, diz respeito ao envolvimento emocional e afetivo grande, gerador de confiança irrestrita no parceiro e idealização deste.

SV1 lembra a importância da parceria numa transa e rememora um antigo caso, no qual não houve risco: "se um está em dúvida e outro não quer [usar camisinha], acabou, não se vai usar mesmo." / "eu gostava muito dele; se ele falasse comigo que ia transar sem camisinha, eu transaria." / "eu não pensaria duas vezes, apesar de saber de toda a doideira dele, da vida dele," / "transaria sem camisinha."

Relatando um caso recente de risco, no qual esteve envolvido com o parceiro, embora "não tão envolvido assim", SV1 calcula o que ocorreria no seu caso atual, descrito como de grande investimento afetivo, se houvesse transa: "Eu fiquei pensando, se a gente não transou, como é que teria sido com ele, se eu fosse..., se a gente fosse transar." (...) "E com esse então, como seria? Foi o que eu comecei a pensar. Será que foi por ter sido essa coisa mais forte com ele, né? Aconteceria? Só que não me vejo transando com ele, não me vejo..."

SV2 fala: "é complicado lidar com isso com uma pessoa que você gosta, talvez mais do que de você mesmo, porque você imagina as pessoas frágeis." / [Agora, a estabilidade do relacionamento fixo] "deixou de ser estabilidade e passou a ser sentimentalismo" / [Eu imagino:] "Eles são incapazes de fazer isso comigo" [sexo de risco]. / "Até hoje eu penso, acho que se fizeram [sexo de risco] foi por uma, sei lá, querendo justificar, né?, uma fatalidade." / "Nenhuma das duas pessoas [parceiros fixos] seria capaz de fazer isso comigo." / "Porque a gente gosta dos outros, não gosta da gente. Todo mundo questiona: mas você gosta primeiro do outro, depois de você? Não. Simplesmente gosta. Não importa se é do outro, ou se é de você... E, de mais a mais, tem o lance também do tesão, do prazer."

(Esses são bons exemplos do caso da idealização do objeto do amor descrita por Freud em Psicologia de Grupo e Análise do Ego (1921, p. 142-145). Há uma sujeição humilde ao objeto amado: o eu se torna cada vez mais desprezencioso e modesto e o objeto cada vez mais sublime e precioso, até obter a posse de todo o amor do eu. Tudo o que o objeto faz e pede é correto e inocente. Auto-sacrifício, humildade, danos a si próprio são conseqüências naturais: o objeto do amor consumiu o eu. A cegueira é levada ao diapasão do crime, desenvolvimento tão extremo do estado de estar amando que pode ser descrito como fascinação ou servidão.

SV2 é capaz, entretanto, de se criticar: "Confiar no ser humano é complicado. A prova disso é que eu estou aí, com medo de quebrar a cabeça." / "Tem alguém sobrando nessa história, e quem sabe não sou eu?"

Sobrando: a polissemia da palavra, no contexto, é grande. Pode significar HIV negativo, correspondendo a uma esperança de SV2 de não ter se contaminado, apesar das sérias práticas de risco em que incorreu. Pode significar que está fora da vida de seus parceiros, tanto do que ele chama de namorado quanto do que ele chama de amante. Ou que está

sendo rejeitado pelos parceiros e pelo meio em que vive ou está rejeitando todos. Provavelmente, tem todas estas significações, ao mesmo tempo.

Quanto à relação de extrema confiança no parceiro, SV4, elaborando sobre a possibilidade de se converter à monogamia fala: "Como eu vou garantir e como ele vai garantir os dois lados? Eu posso falar: - 'Eu tive uma história, saí, conheci, fui para a cama.' - 'Usou preservativo?' - 'Usei'. Mentira. Posso falar e não usei. Ele também, não é?"

Em outro extremo, há interações SV/parceiro nas quais não existe a menor confiança. Mas, nelas, quase não ocorrem riscos. São sobretudo as relações que envolvem dinheiro. SV1, depois da transa na qual o parceiro não teve ereção, pensa: "ou não tem nada a ver com ele, veio pela onda mesmo, ele queria alguma coisa, ou então ele é veado"/ "Veado se posiciona como machão. Diz: eu transei com ele porque ele me pagou. Eu sou homem, eu sou ativo."/ "Se você paga, você não tem vínculo. É 'tchau e bença". Você não tem que procurar, não é? 'Eu não vou te procurar, você não vai me procurar e tudo bem.' " Mas a divisão nunca é clara. SV1 pensa: "Qual era a dele? Por que ele não queria usar camisinha? Se o lance é dinheiro, por que ele não fica com o outro? Ele sabe que o outro é podre de rico." / "Comigo não vai, né? Ele está sem dinheiro. Por que ele não procura o outro? Ou ele está procurando as duas coisas [ficar com quem gosta e dinheiro]?"

Há cálculos, também, com relação ao uso da camisinha: "Eu fico pensando, na verdade, até que ponto as pessoas confiam na camisinha?" (SV1)

SV2 algumas vezes sente que não consegue transar de camisinha. Trava diálogo consigo mesmo: - "É, como você conseguiu ontem?" "Ontem, minha cabeça estava legal, hoje não." "[Ontem] me perguntei: porque não tentei isso antes?" / "[A camisinha] é uma coisa que, apesar de diferente, é igual, é uma coisa diferente porque você está com ela; mas é igual, porque você consegue, você goza no final."

Finalmente, há cálculos relativos ao PROJETO HORIZONTE, demandas à entrevistadora: "Quando falo com você que tenho prática de risco, acho que você tem de me acompanhar mais de perto." (SV1) "A vida lá fora do homossexual... de seis em seis meses, eu acho... acho que deveria ser de três em três meses, porque, em um mês, o cara sai, no mínimo, doze vezes. Sexta feira, sábado, domingo." (SV3).

SV4 dá o seguinte depoimento: "A preocupação [com a prevenção], nesses três anos que estou no projeto, aumentou muito." Mas como SV4 incorre em risco, sobretudo quando alcoolizado (outro cálculo: "Se eu estivesse sóbrio, jamais faria ato sexual hetero ou homo sem preservativo."), evita fazer, para a entrevistadora, má figura, monologando: "Imagina, você que faz parte de um projeto como voluntário agiu, nessa noite passada, dessa forma. Imagina quem não faz."

## **O risco**

De repente, [os métodos de prevenção] são abandonados por uma série de outros fatores. (SV1)

A falta de informação quanto à necessidade do uso de camisinha como única forma de

prevenção contra HIV/aids nas relações sexuais não existe para os nossos sujeitos voluntários. Mas existiu no passado.

"Eu como homossexual nunca ouvi falar em camisinha até os 18 anos. Eu tinha visto e tal, mas não sabia a finalidade, não sabia que existiam doenças transmissíveis. Nem a própria escola me passou essa informação." / "Até os [meus]18 anos (eu já tinha o segundo grau) não se falava em doenças sexualmente transmissíveis." / "Falava-se de gonorréia e tal, mas não se falava de como se prevenir." (SV2)

SV3 relata uma iniciação de risco: "Sexo oral não rolou, ele que fez em mim sem camisinha, entendeu? Eu assim... Não tinha dado nenhum de como era a vida do homossexual." / "Um amigo comentou comigo que no 145 dava muita gente entendida. Aí, eu liguei para um rapaz e ele falou: 'Eu quero te conhecer'. Nós saímos para nos conhecer. Foi a primeira vez que eu transei, que houve penetração, mas tudo com camisinha. Agora, sexo oral, dessa primeira vez, eu não fiz sexo oral com camisinha. Primeiro, fazer sexo oral com a camisinha convencional não dá - elas têm lubrificante, então ninguém gosta, o gosto não é legal. O problema de sexo oral é a camisinha de gosto que ninguém compra. É raro você ver uma pessoa com [ela]. Você pode pegar 100 pessoas, nenhuma vai com camisinha."

O álcool é apresentado como outro fator para a falta de prevenção. Com álcool, aí vai tudo por água abaixo. (SV4) De fato, a pessoa fica inteiramente à mercê do parceiro ou da situação.

Entre nossos entrevistados, SV4 é o mais exposto a esse risco. Fala sobre ele de forma muito desarticulada, tornando difícil a compreensão de seu discurso. Deduzimos que ele bebe durante a paquera até quase apagar; sai com um parceiro desconhecido, sujeita-se inteiramente a ele na relação sexual e apenas no dia seguinte se pergunta sobre o que ocorreu. Literalmente:

"que eu tivesse que as vai, mas num, vai, mas eu mesmo num agüento, apago ou acontece na manhã seguinte e já tá ali, depende muito assim... não é uma coisa assim... eu não sei agir assim..., sabe prá mim seria uma coisa assim... de tá. Deveria ser assim, mas não é assim, mas existe agora a preocupação desse tempo desses três anos que eu estou dentro do projeto aumentou e muito. Não só comigo como a outras pessoas que eu passo informações, até os próprios preservativos, então... fica... meio difícil." / "Pois é, o dia seguinte é assim... Quando acontece eu falo: 'Nó, o que eu fiz, o que aconte...' (...) Agora, eu fico achando que é inadmissível, eu mesmo fico falando para mim, é inadmissível você ter um comportamento desse. (...) Ah, não sei o que acontece na hora. Na hora... entrego mesmo. Já me entreguei muito, mas eu acho que sempre me resguardava um pouco, eu sempre me resguardava um pouco, eu tinha o contato e tal, mas é..., tantas as vezes, né?, eu mesmo... isso quando eu não bebo, porque quando eu bebo, aí no outro dia é que eu vou saber onde é que eu parei, com quem que eu tô, isso já aconteceu."

SV1, igualmente, relata ter incorrido em risco alcoolizado: "Com o C. foi aquela coisa de doideira mesmo, a gente tinha bebido muito todas as duas vezes, nem preoquepei." Na primeira relação sexual de risco, além de terem bebido, o parceiro não quis usar camisinha. A cena: o parceiro se levanta da mesa de um bar e vai ao banheiro; SV1 o segue; esquece, entretanto, sua pasta, na qual estão as camisinhas, no balcão do bar e não tem como voltar, pois um terceiro envolvido na situação perceberia; no banheiro, o parceiro goza fora e explica que é para não perder o costume, pois quando transa com mulheres tem que fazer a

mesma coisa. SV1 volta a esse assunto com ele. Explica que a camisinha resolve as duas coisas (DST/aids e gravidez).

Na segunda vez que incorre em risco com o mesmo parceiro, SV1 está em um clube, tem camisinha no bolso do short, mas, como "foi aquela fissura", não houve como o parceiro usá-la. Dessa vez, o outro perguntou se podia gozar dentro. SV1 estranha, porque já haviam conversado sobre esse assunto.

O tesão incontrolável é relatado como outro fator de risco. Não dá tempo e clima para a prevenção. "Na hora da excitação, o preservativo passa longe." (SV4).

SV2 fala: "[a camisinha] atrapalha, quebra o clima" / "parar prá colocar uma camisinha, sei lá, não quebra e tal, mas desgasta" / "eu sinto que estou parando, mas não queria parar, eu quero continuar, há uma quebra" / "quebra um pouco, é desagradável, é desagradável" / "eu insisto em ter esses dois relacionamentos, insisto em transar sem camisinha" / "é esse negócio mesmo de tesão, eu acho, o tesão que eu tenho nas duas pessoas."

SV3: "Você está na casa de um cara, ou vai para um motel, isso [camisinha com sabor] não vai estar à mão". / "É complicadíssimo esse lance de sexo oral com camisinha." A essas falas, SV3 apresenta os contrapontos, antídoto ao risco: "Com sexo penetração está rolando camisinha; ninguém mais fala: 'eu transo sem camisinha'. Todo mundo [pergunta]: 'Você tem camisinha?'. Têm e, quando não têm, não rola a transa - um masturba o outro, só se beijam, não há penetração." / "Riscos muito grandes - que não frequento - são sauna e banheiro de boate. Álcool influencia muito a transa. Se você bebe com juízo, você fica legal. Se não, com a primeira pessoa que canta você cai no conto do vigário. Já me aconteceu uma vez, mas mesmo assim foi com camisinha."

Ainda SV3: "Tento não fazer sexo oral: - 'Ah, não vai rolar sexo, tá?' - 'Mas por que, pá?' Então, é aquele negócio ali, o tesão não permite você tentar segurar, é muito mais forte que a gente." / "Tem transa que você se arrepende [dela]. No dia seguinte, [você] fala: 'Não podia ter rolado isso', mas já rolou. Aconteceu no momento. Você viu que fez errado, mas o tesão era mais forte que você."

SV4 ignora que entrou em risco, desconsidera o parceiro, atribui o risco ao tesão e imagina um antídoto, no contraponto: "[Sem camisinha] não tem ejaculação. Nunca foi na minha boca, nem na boca do meu parceiro. Aliás, na boca do meu parceiro já deve ter ido, principalmente se eu estava...[alcoholizado?]. É, depende muito da excitação da própria pessoa que está envolvida comigo." / "Envolvido numa circunstância, de repente você se vê na cama, talvez não se fale de preservativo, mas também não tem penetração não."

Uma inferência feita a partir dos discursos de nossos entrevistados nos permite afirmar que a confiança no parceiro é um outro fator importante de risco. Normalmente, trata-se de um parceiro fixo.

SV2 marca pontos e contrapontos, deixando claro, entretanto, que tem práticas de risco: "Ainda assim, hoje, [quando tenho informação], eu tenho a prática irresponsável." / "Tenho um namorado e um amante e pra gente é tudo muito liberal, cabeça muito aberta, são pessoas saudáveis e a gente transa sem camisinha." / "Com as duas pessoas [HIV+] que conheço, eu vi que não é bem isso. Há um ano atrás, um dos meus amigos pegou aids de

um namorado de dois anos. Quer dizer, há três anos, ele pensava que conhecia a pessoa e não conhecia. O meu medo vem dessas irresponsabilidades minhas, hoje, com os dois parceiros fixos." / "Com os parceiros fixos, nem sempre foi também dessa forma irresponsável. Já tive parceiros fixos de seis, oito meses e durante todo o relacionamento foi com preservativo, foi com segurança."

E aqui, um ponto importante do discurso de SV2, esclarecedor da dificuldade de prevenção com parceiros fixos: "Talvez a ausência dela [camisinha] me desse um vínculo maior com a pessoa." / "Como um casal usa uma aliança para mostrar um casamento" / "A finalidade da aliança não é mostrar que tem um casamento? A falta da camisinha seria para mostrar que tem [um vínculo]" / "Da mesma forma que a aliança faz pensar que a outra confia nela, talvez na falta da camisinha eu pense: 'eu confio'".

SV3, igualmente, entrou em risco tendo como base a confiança: "Fizemos o teste e vimos que não havia problema nenhum. A partir desse dia, nós começamos a transar sem camisinha. Uma forma de segurança." / "Ele não tinha aids, eu não tinha aids, então a gente podia transar tranquilo, sem problema." / "Sexo oral com ele nunca foi de camisinha - foram poucas as pessoas com as quais transei sexo oral com camisinha."

SV4 não se previne sempre, quando se trata de parceiros fixos, seja o homem ("A gente já manteve relações com e sem preservativos - varia muito, dependendo do dia, da cabeça." / "Eu falo: 'Nós temos que usar [camisinha]'. Às vezes, [a gente] acaba de manter uma relação e fala assim: 'Ah, não posso fazer isso, tem que fazer assim.' 'Enquanto você estiver fazendo o teste de 6 em 6 meses e der negativo, eu estou seguro', ele fala isso para mim."), seja com a mulher ("Com minha parceira fixa, não uso camisinha, mas com outra sim").

Envolvimento afetivo grande vem a ser outro fator de risco. SV1 descreve seu caso com H. como um "momento de fantasia sexual". "Eu estava envolvido com H. Se não fosse por isso... Mas eu não era tão envolvido assim, era tão envolvido com H. que eu aceitei fazer sem camisinha."

Por duas vezes, SV1 incorreu em risco com esse parceiro. Na primeira vez, já estavam nus na cama, quando H. falou: "Nossa! Estou sem camisinha." E na seqüência disse: "Eu confio em você." Sujeitado, SV1 não calcula o seu próprio risco, mas o do parceiro: "Eu fiquei pensando: se eu já sabia que ele saía com fulano (ele mesmo tinha me contado), ele faz ponto esporadicamente, por que confiar em mim? O que ele tinha de especial para confiar, se não tinha tanto tempo assim que a gente saía? A gente tinha saído algumas vezes. Mas sair duas, três vezes, já é o suficiente para ter confiança em mim e não usar camisinha? Com essa tranquilidade toda?" Na segunda vez, "ele não queria usar, falou que não ia conseguir transar de camisinha", "ele que tinha bebido - demora mais tempo para poder ejacular mesmo".

Não foram apenas a "fantasia sexual" e o álcool que fizeram com que SV1 se sujeitasse ao outro. Segundo ele, com esse parceiro específico há "perfumaria" (antecedentes à penetração), poses, o olhar de um para o outro. Em resumo, é diferente dos outros com quem "chegou, tirou a roupa, pronto, transou e vão embora prá casa".

Mas, parece-nos mais importante que toda a fantasia e toda a "perfumaria" é o lugar no qual SV1 se coloca diante desse parceiro que é também namorado do cara "podre de rico", "riquíssimo", que podia lhe dar muito dinheiro. SV1 explicita o lugar em que se colocou: "eu

me senti, eu não sei por que, eu me senti inferior".

Com esse mesmo parceiro, SV1, na situação de risco, volta a ser senhor de seu lugar. Sem o dinheiro do namorado, com o qual aparentemente estava rompido, ele procura SV1 insinuando precisar de ajuda. Com a transa atrelada ao dinheiro (e, conseqüentemente, à falta de vínculo afetivo), SV1 a coordena: "É, vamos deitar..." A "fantasia" e a "perfumaria" encontram um contraponto na lembrança de uma transa anterior, na qual não se sentia inferior nem se sujeitou: "a gente ficou um tempo junto e tal e tinha perfumaria e tinha envolvimento, fui apaixonado por ele e tudo, e nunca fizemos sem camisinha".

O estado de desamparo, de total dependência do outro, gera angústia e sujeição ao outro. SV2 tenta explicar por que depende tanto dos parceiros, especialmente do "namorado", com quem mantém práticas de risco: "Uma pessoa não fica do meu lado 24 horas por dia, ninguém pode." / "Se [uma pessoa só] conseguisse ficar do meu lado, eu ficaria satisfeito." / "Eu tenho necessidade de uma pessoa do meu lado sempre, para eu ficar conversando." / "Sempre falo com esse namorado meu: 'Olha, eu não lido bem com a solidão, você fica três dias sem vir aqui, a minha cabeça entra em parafuso'. Eu estou tentando falar com ele para ele se aproximar mais de mim, porque se ele não se aproximar eu vou continuar traindo. Eu só não falo: 'enquanto você não vem dois, três dias, eu estou te traindo com outra pessoa'. Eu só falo com ele: 'eu não quero ficar sozinho, eu não quero me sentir só'."

### **Modelo teórico do risco**

É apenas a falta de informação a respeito das possibilidades de transmissão do HIV nas relações sexuais que leva, sem nenhuma mediação possível, as pessoas a incorrerem no risco de infecção. Nesse caso, contrair ou não o vírus é uma questão de azar ou de sorte. Com conhecimentos, as pessoas podem se prevenir, mas nem sempre o fazem. Mediando todas as situações de queda em risco atua um processo de sujeição ao(à) parceiro(a).

Algumas situações são mais objetivas, como aquelas nas quais as pessoas consumiram álcool a ponto de não saberem mais o que fazem, onde e com quem estão. É claro que se pode perguntar a respeito dos componentes subjetivos relacionados ao uso excessivo do álcool em situações de paquera, lembrar as inseguranças, angústias, ansiedades, dúvidas, medos. Mas, no caso de risco de infecção por HIV, tudo resulta em uma sujeição impensada ao(à) parceiro(a). As pessoas perdem as rédeas do seu destino, deixam prazerosamente que a situação as leve.

Guardando semelhanças com as ocorrências movidas pelo álcool está o risco devido ao tesão incontrollável. Ele não dá tempo de se pensar em camisinha, de negociar sexo seguro, de calcular riscos. Tudo é irrefreável e, sobretudo, a sujeição.

Processo mais complexo é o do risco devido à confiança irrestrita no outro, partícipe do próprio destino. Confia-se no(a) parceiro(a). Delegase a ele(a) a prevenção. Negocia-se pouco o sexo seguro porque isso pode criar insegurança ou desconfiança no outro, ou magoá-lo. Negociase errado, no sentido da falta de precaução, porque se esperara do outro a mesma confiança que se tem nele. A confiança obscurece a situação de tal forma que a pessoa sequer percebe que ela pode ser o risco do outro. No limite, o risco (que é a falta de uso de preservativo), nessa situação de enorme sujeição ao outro, é simbolicamente associado à aliança, ao casamento, ao compartilhamento de um único destino.

Ainda mais perigosa que a situação de confiança irrestrita está a do envolvimento afetivo alucinado, a paixão que cega e retira da pessoa toda capacidade de reflexão e cautela, freqüentemente acompanhado pela idealização do(a) parceiro(a). Resulta, para a pessoa, em cálculos de risco inteiramente errados e em uma sujeição de tal ordem que, acompanhado Freud (1921, p.145), pode ser comparada à situação de estar hipnotizada. A pessoa se perde no objeto amado, é consumida por ele. Torna-se pequena, enquanto o outro é sublime. Aqui, a servidão é o risco. No limite, entrega-se, sem qualquer prevenção, a um(a) parceiro(a) sabidamente infectado(a).

O estado de desamparo (FREUD, 1926, 1930) guarda semelhanças com a do envolvimento extremo. Impotente como um recém-nascido, a pessoa delega ao outro seu comportamento, depende dele (como a criança da mãe); angustiada, sente-se incompleta. O outro, que pode protegê-la dos perigos do mundo (como o útero materno protegia), é idealizado, torna-se, aqui também, sublime. A sujeição é total, a prevenção é abandonada.

Depois de incorrer em risco, a pessoa recupera o controle de si, volta - ao menos momentaneamente - a ser senhora de seu destino. Discute com o(a) parceiro(a) a situação que viveram, tenta mudar o futuro. Pode ser capaz - sobretudo se tem oportunidade de conversar com um terceiro - de elaborar sobre o risco, lembrar-se de situações semelhantes nas quais ele não ocorreu. O outro, a quem se sujeitou, perde, por um tempo, um tanto do fascínio e do domínio que exercia.

## **Para Finalizar**

### Algumas palavras sobre o PROJETO HORIZONTE

Quando entrevistamos sujeitos voluntários do PROJETO HORIZONTE, com a finalidade de obtermos o discurso do risco, solicitamos também uma avaliação do projeto. Embora os entrevistados tenham se localizado subjetivamente de formas diferentes, todos prestaram um testemunho positivo do programa.

No seu depoimento, SV1 disse que chegou a ele a fim de cumprir um número, isto é, completar a cota de voluntários necessária ao bom andamento do projeto. Teve um ganho pessoal, pois representa seu lugar de voluntário como uma posição que lhe confere um certo status, funcionando quase como um atestado público de saúde. No reverso da moeda, isso quer dizer que sair do projeto é igual a estar infectado, situação de exclusão e perda de status.

SV2 chegou ao programa a partir da leitura de um folder colocado em uma boate. Entende que se trata de um projeto de prevenção, de controle de aids, no qual é a informação o principal ganho.

SV3 tomou conhecimento do projeto através de um colega de trabalho. Na época, freqüentava muitos locais de risco, um primo morrera de aids e ele temia por si próprio. Testemunha: "Tudo o que aconteceu aqui para mim influenciou demais a minha vida sexual. Eu soube o que é uma prevenção." Considera muito bom os atendimentos psicossocial e médico ("A consulta com o médico é boa, bem atrativa. O questionário que ele faz também é

bom. Nunca tinha ido a um médico que fizesse um check up geral nisso aí."). SV3 aprendeu, no projeto, a negociar sexo seguro com seus parceiros e, na hora da paquera, tem em mente as falas da psicóloga.

SV4 procurou o PROJETO HORIZONTE por sugestão de sua parceira. Reconhece que o projeto o tem ajudado bastante e que, desde quando começou a participar como voluntário, pensa mais na prevenção.

Pelos depoimentos, pode-se dizer que esse programa tem um efeito preventivo. Podemos dizer que ele atua promovendo a retificação subjetiva dos voluntários, a cada seis meses. A noção de retificação subjetiva, formalizada por LACAN (1998), em 1958, a partir do estudo dos casos clínicos de Freud, postula que, depois de uma primeira localização de sua posição, o sujeito, em situação de análise, realiza dialeticamente a retificação subjetiva diante de seus próprios dizeres retornados a ele na interpretação do analista.

A noção foi precisada por MILLER (1988) que afirma serem as entrevistas preliminares a uma análise as responsáveis pela constituição da retificação subjetiva. Após a avaliação clínica, quando um diagnóstico inicial é feito, "o passo seguinte é questionar a posição que toma aquele que fala, em relação a seus próprios ditos". (p. 103). A partir dessa localização subjetiva, as intervenções irão no sentido da retificação subjetiva, ou seja, a passagem do fato de queixar-se dos outros para queixar-se de si mesmo, ou, em outras palavras, consiste em implicar o sujeito naquilo de que se queixa. Dessa forma, o sujeito tem a chance de aprender sobre a sua responsabilidade no que ocorre à sua volta, podendo tornar-se agente da sua própria vida.

Atesta a atuação da retificação subjetiva uma metáfora musical utilizada por nossos sujeitos voluntários, o refrão a se repetir regularmente (no discurso, na vida): "vamos começar a bater aqui no piano de novo para você poder ouvir a música, porque você ouvindo a música, você vai aprender o coro e do coro, com certeza, você vai passar lá na frente" (SV2); "você, psicóloga, aqui, me ajuda muito a pensar em coisas que não passavam pela minha cabeça. Tipo o que você passa aqui, na hora bate uma tecla lá, você lembra coisas [ditas] aqui." "Se bater uma teclinha aqui dentro, falo: sexo oral pode transmitir vírus."(SV3); "o projeto, para a gente que está participando de uma coisa assim, é claro que sempre fica na cabeça." (SV4). SV1 repete como um refrão: "de seis em seis meses" ("você faz o teste"; "colhe o sangue etc. etc."; "eu faço o meu teste.")).\*\*

Vemos assim que, no momento de uma prática sexual com risco de contaminação pelo vírus HIV, são rememoradas intervenções feitas pelas equipes do projeto, intervenções que tiveram efeito de interpretações para o sujeito. Tal processo possibilita a retificação subjetiva necessária perante o risco. O sujeito assume a responsabilidade por sua exposição ao HIV. Apropriando-se do risco, tomará decisões independentes, quando estiver com seus(suas) parceiros(as).

Se calcularmos o custo financeiro dessa forma de prevenção (uma consulta médica, um atendimento psicológico, um teste de sangue e camisinhas a cada seis meses), certamente vamos verificar que é bem menor que o do tratamento de doentes de aids, fora o ganho social e pessoal em termos de saúde.

Fica aqui, pois, registrada a sugestão de ampliar essa forma de atendimento. Já existe a figura do banco de horas para soropositivos e seus próximos (ver a publicação PonteS. Aids

e Assistência. Banco de Horas. IDAC., publicada com o apoio da Coordenação Nacional DST/ aids e W. K. Kellog's Foundation): uma rede de profissionais de saúde mental voluntários oferece psicoterapia gratuita nos seus consultórios privados.

Talvez seja possível coordenar, no âmbito do PROJETO HORIZONTE, a formação de um grande banco de horas para o estado de Minas Gerais, funcionando no mesmo molde do projeto. É possível também pensar em uma pequena contrapartida para os profissionais de saúde (desconto em impostos municipais ou equivalente, por exemplo).

### **Previendo novas pesquisas tendo em vista a prevenção**

No decorrer desta pesquisa, pudemos chegar a informações precisas e compreender o por que da ocorrência de risco de infecção por HIV nas relações sexuais.

O estudo quantitativo, com uma amostra de 446 indivíduos, demonstrou que há relações estatisticamente significativas entre, de um lado, os termos utilizados pelos sujeitos/voluntários para se denominarem e, de outro lado, preferências e práticas sexuais, experiência de vida e, especialmente, condutas de risco.

Assim, a categoria autodenominada entendido, mesmo tendo parceiros ocasionais, privilegia uma vida a dois, com parceiro do mesmo sexo, pública, mas discreta. Incorre em condutas de risco importantes com seus parceiros fixos, conhecidos, supostamente confiáveis.

Os que se denominam gay têm sobretudo parceiros ocasionais e quase que apenas do mesmo sexo. Assumem publicamente sua homossexualidade e sentem-se menosprezados e excluídos. São os que mais se protegem contra HIV/aids, mas se expõem seriamente aos parceiros ocasionais.

O bissexual define-se pela prática de sexo com homens e com mulheres e pela atração pelos dois sexos. Esconde sua homossexualidade. Busca parceiros em lugares mais escondidos, escuros (saunas, cinemas). Seus parceiros masculinos são ocasionais. Defende-se contra HIV/aids evitando a prática de sexo anal passivo sem uso de camisinha, mas se expõe, bem mais que os outros grupos, na prática de sexo anal ativo. É a categoria que, no cômputo geral das quatro situações de risco aqui analisadas, mais se expõe ao perigo de infecção por HIV.

A teoria da representação social (MOSCOVICI, 1978, 1989; JOULET, 1989) auxilia a compreensão desses dados: representações de si são acompanhadas por condutas específicas, criando uma realidade comportamental empiricamente mensurável. No caso, a identidade sexual construída pelos sujeitos/voluntários aparece junto a práticas sexuais diferentes e a condutas de risco específicas.

As análises do discurso realizadas a partir de entrevistas não diretas e semi-estruturadas, feitas com alguns sujeitos/voluntários que apresentam recorrência de condutas de risco, mostraram que os sujeitos/voluntários realizam negociações de sexo seguro ou cálculos de risco com relação ao parceiro sexual. Negociações e cálculos podem resultar certos ou errados, do ponto de vista da contaminação pelo HIV.

Dependendo da resposta encontrada para a questão: "Quem sou eu para ele, quem é ele para mim?" ocorre ou não a conduta de risco. Supomos que existem possíveis articulações entre autodenominações (identidades) e processos interativos de negociação e cálculo, o que não foi pesquisado no presente trabalho.

Podemos apreender mais precisamente as diversas instâncias de risco se considerarmos as diferentes identidades construídas pelos sujeitos/ voluntários, o que requer um número maior de entrevistas e a consideração de outras identidades, como travestis.

A hipótese de trabalho seria a de que a lógica que preside a construção e organização das identidades sexuais articula-se ao funcionamento e estruturação dos discursos dos sujeitos/ voluntários. Se pesquisamos diferentes identidades, ampliamos o leque de lógicas pesquisadas e atingimos com precisão uma gama maior de processos interativos relacionados a condutas de risco e, conseqüentemente, podemos atingir mais diretamente nosso objetivo final, que é a prevenção contra HIV/ aids.

Conhecimentos mais precisos relacionados às instâncias de contaminação pelo HIV por diferentes homossexuais do sexo masculino ajudarão a atingir o objetivo prático de criar metodologias de intervenção específicas para prevenção junto a essas pessoas. Por exemplo: fóruns de discussão do pacto de confiança; abordagem terapêutica para os que se colocam em risco por causa de problemas relacionais, insegurança afetiva, baixa auto-estima, idealização do parceiro, desamparo, sujeição; fórum de discussões sobre a questão de sexo ativo vs. passivo, a fim de destruir o mito de que sexo ativo evita a contaminação; criação, em Minas Gerais, de um banco de horas terapêutico; campanhas preventivas nas quais as negociações e cálculos de risco errôneos identificados por nós são usadas em cartazes, video clipes, curta metragens, a fim de esclarecer e prevenir o risco.

Um excelente exemplo de cartaz para campanha preventiva, utilizando um cálculo errado, foi dado pelo Grupo Gay da Bahia. Impresso com o apoio da área de saúde da prefeitura municipal de 9 Salvador, o cartaz apresenta dois corpos masculinos nus e enlaçados. O parceiro passivo pensa:

*"Ele não botou a camisinha... Acho que ele é soropositivo como eu!"*

O parceiro ativo pensa:

*"Ele não sugeriu a camisinha... Acho que ele é soronegativo como eu!"*

*Agradecimentos Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), FUNDEP, Ministério da Saúde, UNAIDS, CTRDIP*

## **Notas**

*\* Interlocução literal: "Depois que começou a surgir tudo isso, com a possibilidade de vir participar do projeto, muita coisa modificou, por circunstância, a própria atração mesmo de querer ser daquele jeito, cru mesmo, sem... sem..., talvez se eu tivesse mais, eu acho o seguinte, se eu tivesse tido mais, o que eu acho mais é... contato de risco sendo passivo, por exemplo, que todos os que eu conheço que foram já, ou que tão ainda, mas...é, gostam de sexo passivo, mas, pode ser que tenha uma, né, que num, num tenha essa prática de sexo, de sexo passivo no caso, e ter se infectado de outra forma, até mesmo o sexo oral ou*

vaginal."

*\*\* Essa metáfora do refrão parece explicar como atua a localização (e a retificação) subjetiva dos voluntários no intervalo de seis meses entre um conjunto e outro de consultas médica e psicossocial. Por essa razão, transcrevemos a seguir as interlocuções nas quais detectamos o refrão. É bom lembrar também que o refrão volta após uma ocorrência em risco de infecção (ver o capítulo: O discurso do risco). SV1: "Falando francamente, eu cumprio um número. O pessoal que participa, de seis em seis meses, faz o teste e tudo. / Eu chego aqui, eu tenho um questionário para responder, né? / Me leva a refletir depois? Leva. Você me pontua algumas coisas? Pontua. / De seis em seis meses colhe o sangue etc etc / Eu sou soronegativo e faço parte do projeto, de seis em seis meses eu faço o meu teste." SV2: "Acho que é aquele negócio, vamos começar a bater aqui na [bate na mesa] no piano de novo procê ouvir a música, porque você ouvindo a música cê vai aprender o coro e do coro com certeza você vai, cê vai passar lá na frente." SV3: "Foi assim estabilizando na minha cabeça, quanto na cabeça de várias outras pessoas. Ah!, transar sem camisinha num rola, transar... aí, foi debatendo em cima disso que eu consegui, né?, ver o que tava certo dentro do projeto prá mim. / você psicóloga aqui me ajuda muito a pensar em coisas por exemplo que não passavam pela minha cabeça. Tipo o que você passa aqui para a gente, aqui, uma hora bate uma tecla lá que você lembra coisas que aqui (...) na hora que, assim que pintar alguma coisa em falo: opa, pera aí, a MJ comentou alguma coisa sobre isso, é legal. / prevaleceu o tesão, prevalece, prevalece. Cê não consegue, acho que muita gente, mas se bater uma teclinha aqui dentro, tá, eu falo, porra, sexo oral pode transmitir vírus, né?" SV4: "É claro que o projeto, prá gente que tá participando de uma coisa assim, é claro que sempre fica na sua cabeça... aqueles preservativos que estão lá, assim você fala: pô, afinal de contas eu tenho que fazer alguma coisa. Então, eu sou um voluntário lá. / falo: Nó, o que que eu fiz. Eu fico falando: Mas você? Imagine, você que faz parte de um projeto como voluntário..."*

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)



## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo II**

### **BIBLIOGRAFIA**

AUSTIN, John L. Quando dizer é fazer. Palavras e ações. Trad. Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1990. 136p. Tradução de: How to do things with words, Harvard: Havard College, 1962, 1965.

BENVENISTE, Emile. Problemas de Lingüística Geral. Trad. Maria da Glória Novak, Maria Luiza Neri; rev. do Prof. Isaac Nicolau Salum. São Paulo: Pontes; Campinas: Ed. UNICAMP, 3a ed., 1991. 387p. Tradução de: Problèmes de linguistique générale. Paris: Gallimard, 1966.

BENVENISTE, Emile. Problemas de Lingüística Geral. Trad. Eduardo Guimarães et al. São Paulo: Pontes; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 3a ed., 1991. Vol. 2. 287p. Tradução de: Problèmes de linguistique générale. Paris: Gallimard, 1974.

BLANCHET, Alain. Dire et faire dire. L'Entretien. Paris: Armand Colin, 1991. 173 p.

CHARAUDEAU, P. Une théorie des sujets du langage. Langage et société. Paris: Maison des Sciences de l'Homme. 28, 1984.

CHARAUDEAU, P. L'interlocution comme interaction de stratégies discursives. Verbum. Nancy. T. VII, Fasc. 2-3, 1984.

CHARAUDEAU, P. Le dispositif socio-communicatif des échanges langagiers. Verbum. Nancy. T. XII, Fasc. 1, 1989.

CHARAUDEAU, P. La conversation entre le situationnel et le linguistique. Connexions. A.R.I.

P., Paris: Éditions Érès, No 53 (La conversation), p. 9- 22, 1989 /1.

COSTA, Jurandir Freire. A inocência e o vício. Estudos sobre o homoerotismo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 196p.

DUCROT, Oswald. Provar e dizer. Leis lógicas e leis argumentativas. Trad. Maria Aparecida Barbosa, Maria de Fátima Gonçalves Moreira, Cidmar Teodoro Pais. São Paulo: Global Ed., 1981. 264p. Tradução de: La preuve et le dire. Paris: Mame, 1973.

DUCROT, Oswald. Dire et ne pas dire. Principes de sémantique linguistique. Paris: Hermann, 2a ed., 1980, 311 p.

FESTINGER, Leon e KATZ, Daniel. A Pesquisa na Psicologia Social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1974. 646p.

FLAHAULT, François. La parole intermédiaire. Paris: Seuil, 1978. 237p.

FLAHAULT, François. Le fonctionnement de la parole. Remarques à partir des maximes de Grice. Communications/École Pratique des Hautes Études, 30: 73-79, 1979.

FOUCAULT, Michel. A Arqueologia do Saber. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 3a ed., 1987. 239p. Tradução de: L'Archéologie du Savoir.

FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, Sigmund. Psicologia de Grupo e Análise do Ego (1921). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII, p.89-179.

FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX, p. 95-201.

FREUD, Sigmund. O Futuro de uma Ilusão (1927). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XXI p.13-71.

FREUD, Sigmund. O Mal-estar na Civilização (1930 [1929]). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIII, p.75-171.

GADET, Françoise, HAK, Tony (orgs.). Por uma análise automática do discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. B. S. Mariani et al. Ed. UNICAMP, 1990. 319p.

GELAS, Nadine. La notion d'intersubjectivité en linguistique. Connexions. A.R.I.P., Paris: Épi, No 47 (Intersubjectivités), p. 137-148, 1986.

GOFFMAN, Erving. The presentation of self in everyday life. New York: Doubleday Anchor Books, 1959. 259p.

GOFFMAN, Erving. Interaction ritual. Essays on face-to-face behavior. New York: Pantheon Books, 1967. 270p.

GOFFMAN, Erving. Strategic interaction. Philadelphia: Univ.of Pennsylvania Press, 1969. 145p.

GOFFMAN, Erving. Façons de parler. Trad. Alain Kihm. Paris: Minuit, 1987. 271p. Tradução de: Forms of Talk.

GOODE, William J. e HATT, Paul K. Métodos em Pesquisa Social. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1968. 488p.

GRICE, H. P. Meaning. The Philosophical Review, Cornell Univ,v. LXVII ( 3):377-388, 1957.

GRICE, H. P. Logique et conversation. Communications/École Pratique des Hautes Études, 30: 57-72, 1979.

HARRIS, Zellig S. Discourse Analysis. In: FODOR, Jerry A., KATZ, Jerrold J. The structure of language. Readings in the Philosophy of language. New Jersey: Prentice Hall, 1964. p. 355-383.

HENRY, Paul. Os Fundamentos Teóricos da 'Análise Automática do Discurso' de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, Françoise, HAK, Tony (orgs). Por uma análise automática do discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. Bethania S. Mariani et al. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990. p. 13-38.

HERVÉ, Guibert. Para o amigo que não me salvou a vida. Trad. Mariza Campos La Paz. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995. 142 p. Tradução de: À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie.

JODELET, Denise. Les représentations sociales. Paris: PUF, 1989. 424p. KAES, René. Psychanalyse et représentation sociale. In JODELET, Denise. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. ps. 87-114.

KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine. Les interactions verbales. Paris: Armand Colin, 1990. Tome I. 318p.

LACAN, Jacques. Escritos. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 937 p.

LÉVY, André. Conjunção, na empresa, de um projeto pessoal e familiar, com a história de uma região: o processo de criação institucional. In MATA-MACHADO, Marília N. et al (orgs). Psicossociologia. Análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994. 247p., p. 84-96.

MAINGUENEAU, Dominique. Novas tendências em análise do discurso. Trad. Freda Indursky. Campinas: Pontes Editores, 1989. 198p. Tradução de: Nouvelles tendances en Analyse du Discours.

- MAINGUENEAU, Dominique. L'Analyse du Discours. Introduction aux lectures de l'archive. Paris: Hachette, 1991. 268p.
- MAINGUENEAU, Dominique. Les termes clés de l'analyse du discours. Paris: Seuil (Mémo), 1996. 94p.
- MAINGUENEAU, Dominique. Aborder la linguistique. Paris: Seuil (Mémo), 1996. 60p.
- MATA-MACHADO, Marília N. Entrevista de pesquisa. A interação pesquisador-entrevistado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1991. 180p. Tese (Professor Titular) - Faculdade de Filosofia, Universidade Federal de Minas Gerais, 1991.
- MATA-MACHADO, Marília N., DESLANDES, Keila, ALFANO, Marta E. G. Análise de uma entrevista de pesquisa. Psicologia e Sociedade. ABRAPSO, Belo Horizonte, 6(9): 183-190, nov. 1990/mar. 1991.
- MILLER, Jacques-Alain. Seminário do Campo Freudiano. Falo Revista Brasileira do Campo Freudiano, 2: 87-135, jan./ jun. 1988.
- MOSCOVICI, Serge. A representação social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOSCOVICI, Serge. Des représentations collectives aux représentations sociales. In: JODELET, Denise. Les représentations sociales. Paris: PUF, 1989. p.62-86.
- PECHEUX, Michel. Análise automática do discurso (AAD-69). Trad. E.P. Orlandi. In GADET, Françoise, HAK, Tony (orgs.). Por uma análise automática do discurso. Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. B. S. Mariani et al. Campinas: Ed. UNICAMP, 1990. p. 61-162.
- PECHEUX, Michel. Semântica e Discurso. Uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni Pulcinelli Orlandi et al. Campinas: Editora da UNICAMP, 1988. 317p. Tradução de: Les vérités de la Palice. Paris: Maspero, 1975.
- PETIT, Jean-Luc. L'action dans la philosophie analytique. Paris: P.U.F., 1991. 359p.
- SAUSSURE, Ferdinand de. Curso de Linguística Geral. Trad. Antônio Chelini, José Paulo Paes, Isidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 3a ed., 1971. 279 p.
- SEARLE, John. R. Os actos de fala. Um ensaio de Filosofia da Linguagem. Trad. Carlos Vogt. Coimbra: Livraria Almedina, 1981. 270p. Tradução de: Speech Acts. An Essay in the Philosophy of Language. Cambridge: Cambridge University Press.
- TORRES LIMA, Maria Emília A. A construção discursiva do povo brasileiro. Os discursos de 1o de maio de Getúlio Vargas. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990. 211 p.
- TROGNON, Alain. Passages à l'acte dans les entretiens d'enquête. Connexions. A.R.I.P., Paris: Éditions Érès, No 52 (L'entretien. Lieux et méthodes), p. 67-80, 1988/2.

TROGNON, Alain, RETORNAZ, Annick. Clinique du rationnel. Psychologie cognitive et analyse des conversations. Connexions. A.R.I.P., Paris: Éditions Érès, No 53 (La conversation), p. 69-90, 1989/l.

WITTGENSTEIN, Ludwig. Investigações filosóficas. Trad. J. C. Bruni. S. Paulo: Abril Cultural, 2a ed., 1979. 223p (Os pensadores). Tradução de: Philosophische Untersuchungen.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo III**

### **Journal of AIDS**

**Vol. 25 : 182-187, 2000**

### **Design, Implementation, and Evaluation at Entry of a Prospective Cohort Study of Homosexual and Bisexual Hiv-1 Negative Male in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte)**

Mariângela Carneiro(1) - Carlos Maurício de Figueiredo Antunes(1,2) - Marília Greco(3) - Edson Oliveira(3) - Júlio Andrade(3) - Luiz Lignani Jr.(3) - Dirceu Bartolomeu Greco(3) for the Project Horizonte\*

*(1) Departamento de Parasitologia, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais*

*(2) Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte*

*(3) Departamento de Clínica Médica, Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias e Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais*

UNESCO-Brazilian Ministry of Health - agreement no. 296/99, currently funds this project

## **Summary**

**Background and objectives:** Project Horizonte, an open cohort of homosexual and bisexual HIV-1 negative male, is a component of the Minas Gerais AIDS Vaccine Program of the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil. Its objectives included the evaluation of seroincidence of HIV, to ascertain the role of counseling on behavior modification and to assess their willingness to participate in future HIV vaccine trials.

**Methods:** A variety of recruitment modalities were used, including pamphlets, notices in community newspapers, radio, and television, at anonymous testing centers and by word of mouth.

**Results:** From October 1994 to May 1999, 470 volunteers were enrolled. Their mean age was 26 years and over 70% of them had high school or college education. During the follow-up, they were seen every six months, when they received counseling, condoms and HIV testing was done. Eighteen seroconversions were observed, and the incidence rates estimates were 1.75/100 and 1.99/100 person-years, for 36 and 48 months of follow-up, respectively. During the entire period, 139 volunteers were lost to follow-up. Among them, 59 (42.4%) never returned after the initial visit and 51 (36.7) came only once after their initial visit. No losses were observed for those followed for more the three years. At enrollment, 50% of participants said they would participate in a vaccine trial, and 30% said they might participate.

**Conclusions:** The results obtained up to this moment attest the feasibility of following this type of cohort for an extended period, estimating HIV incidence rate and evaluating counseling for safe sexual practices in preparation for clinical trials with candidate HIV vaccines in Brazil.

**Key words:** HIV, HIV incidence, Homosexual and bisexual, Open cohort, Vaccines

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo III**

### **Journal of AIDS**

**Vol. 25 : 182-187, 2000**

### **Design, Implementation, and Evaluation at Entry of a Prospective Cohort Study of Homosexual and Bisexual Hiv-1 Negative Male in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte)**

#### **Introduction**

In Brazil, 179,541 cases of AIDS have been reported to the Ministry of Health between 1980 and November 1999, a cumulative incidence of 124.2 cases per 100,000 inhabitants, ranging from 0.1 to 20.0 per 100,000 per year. Homosexual and bisexual transmission represented 23.6% of all new adult cases reported in the last two years (1). The AIDS epidemic is still expanding in Brazil and no prospective studies to estimate HIV infection incidence rate and to identify risk factors were carried out prior to 1994.

To prepare for possible trials of preventive HIV vaccines in a population at high risk of infection, the Brazilian Ministry of Health established in October 1992 centers to participate in an HIV Vaccine Program. Among the centers objectives were the establishment and follow up of an open cohort to (a) evaluate the feasibility of following such a cohort for extended period of time; (b) determine the HIV infection incidence rate and to investigate risk factors for infection; (c) evaluate the impact of preventive programs in the HIV incidence; (d) ascertain the efficacy of counseling and of educational interventions in reducing HIV risk practices; (e) evaluate the possibility of conducting clinical trials of preventive HIV candidate vaccines with volunteers recruited among cohort members and (f) discuss ethical and technical aspects of clinical trials conducted with preventive HIV candidate vaccines. In April 1994, three Vaccine Centers were established in the States of Minas Gerais, Rio de Janeiro and São Paulo, funded by the Ministry of Health and the United Nation's AIDS Control

Program (UNAIDS). These centers initiated close collaboration in designing and implementing the study and following cohorts of HIV negative homosexual and bisexual male, in order to conduct a similar investigation, including data collection and analysis, characterizing a multi center study (2). During the first semester of 1994, the project teams developed the study protocol, data collection forms and manuals. After a pilot test and data collection instruments definition, each Center began, in September of the same year, to recruit volunteers.

This paper describes the design and data collection methods of the Project Horizonte, which is located in Belo Horizonte, Minas Gerais State, including (a) selected characteristics of participants at enrollment visit; (b) HIV infection incidence rate during the first four and a half years of follow-up; (c) an evaluation of losses to follow-up during the same period and d) an appraisal of their willingness to participate in future vaccine trials.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo III**

### **Journal of AIDS**

**Vol. 25 : 182-187, 2000**

### **Design, Implementation, and Evaluation at Entry of a Prospective Cohort Study of Homosexual and Bisexual Hiv-1 Negative Male in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte)**

#### **Methodology**

#### **Study Protocol**

The Project Horizonte site coordinated by the Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) is established at the Infectious and Parasitic Diseases Service (CTR DIP) and Graduate Program in Tropical Medicine in Belo Horizonte, Brazil.

The study protocol was divided in two phases: the selection process (recruitment and enrollment) and the follow-up. The objective of the recruitment phase was to identify HIV-1 negative homosexual or bisexual male, which would consent to participate in a cohort study. Eligibility criteria for enrollment included sexually active homosexual or bisexual male, age between 18 and 59 years, consenting to do an HIV test and being negative for HIV-1 infection. Methods for recruitment were tailored to the resources of each study site and, as it was devised as an open cohort, recruitment was initially planned for four years. A variety of recruitment modalities were used, including pamphlets, notices in community newspapers, radio, and television, at anonymous testing centers and by word of mouth.

The objective of the follow-up phase was to monitor the participants semiannually, to detect HIV incidence, to investigate risk factors for infection and to counsel to reduce these risk

factors. All negative volunteers were scheduled for every six months visits, which included: interview using the same psychosocial and epidemiological form, blood collection for HIV and other laboratory tests and clinical consultation. Preventive interventions implemented during the follow-up period included free condom distribution, HIV infection and AIDS information, opportunity to participate in discussion forums addressing questions as sexuality, HIV vaccine trials, safe sexual practices and others. Medical assistance was provided to all volunteers; those who became HIV infected during the follow-up received medical and psychological care, by the same health team, at the CTR DIP outpatient clinic.

The Project Horizonte proposal was submitted to and approved by the Committee on Human Research of the Universidade Federal de Minas Gerais.

## **Data Collection**

*Core Interview:* A standardized form, applied to all volunteers, was composed of five modules: (a) current demographic characteristics; (b) history of sexual behavior; (c) other risk factors for HIV infection; (d) knowledge about HIV/AIDS; (e) knowledge about HIV vaccines and willingness to participate in future trials. The psychosocial team conducted a face-to-face interview, lasting around one hour, at each visit. Whenever possible the follow-up interviews were conducted by the same professional who enrolled the volunteer. At each visit participants were encouraged to make an appointment for their next visit.

*Blood Collection and Laboratory Tests:* Two blood samples were obtained, the first for anti-HIV serological tests, complete blood count, VDRL and CD4/CD8 lymphocyte cells counts (flow cytometry) and the second to be stored at -20 °C. A standardized clinical interview form was applied at each clinical visit. The volunteers were asked about their health status, current illness, including specific questions related to sexually transmitted diseases. A complete physical examination was performed and laboratory tests were done accordingly.

## **Statistical Methods**

The sample size (500 participants) needed to estimate HIV incidence within 25% (relative precision) was calculated based on a 8/100 per year underlying seroconversion rate, obtained by backcalculation (3-4) based on 1987-1992 seroprevalence in UFMG Immunodeficiency Clinic. Incidence rates were calculated using the person-time function method. To investigate whether the group of participants who came only once differed from those who remained in the Project, they were compared (demographic, social and behavioral characteristics) using multivariate logistic regression(5).

## **Results**

The results being presented refer to volunteers recruited during the initial four and a half years of Project Horizonte. Interim analysis of selected data have been presented elsewhere (6-13).

From October 1994 through May 1999, 567 volunteers were screened; 46 did not complete

the initial protocol and 51 were considered ineligible (ELISA and Western blot for HIV positive at entry). The remainder 470, were included after signing the informed consent: 140 (30%) were recruited in the first year, 178 (38%) in the second year, 86 (18%) in the third year and 66 (14%) in the last year and a half.

Word of mouth was the most frequent response given by the volunteers (52%) when asked "How did you find out about this study?". In this case, the majority reported that they received information from partners/friends or persons frequenting the same bars, restaurants and saunas. Other responses included newspaper notes (advertisement in the personal add section), TV and radio news (interviews given by members from the study team) and pamphlets (13.1 and 13.5%, respectively).

The demographic and behavioral characteristics at entry for the 470 enrolled men are shown in [Table 1](#). The mean age was 27 years; 52% were mulattos, 41% whites and 7% blacks; 73.6% had either high school or college education; 77% were currently employed, and 52% received monthly more than three Brazilian minimum wages (that is the average for the region or circa US\$250.00). Approximately 60% reported practicing anal receptive intercourse and among those 41% reported having anal intercourse with occasional partners without using condoms. Among the volunteers, 60% identified themselves as homosexuals and 40% as bisexuals.

### **Project Horizonte HIV infection Incidence Rates**

During the follow-up period, 18 seroconversions were observed, eight of them in the first 18 months of follow-up. The incidence rates estimated using the person-time function (95% CI) were 1.34 (0.58-3.64), 1.75 (0.98-2.89) and 1.99 (1.18-3.14) per 100 person-years for 18, 36 and 48 months of follow-up, with 7167, 10269 and 10866 person-months denominators, respectively.

### **Losses to follow-up**

During the entire study period, 139 volunteers were lost to followup. Among them, 59 (42.4%) never returned after the initial visit and 51 (36.7%) came only once to the Project. No losses were observed for those followed for more than three years.

### **Characteristics of Those that Came Only Once Versus Followed Participants**

[Table 2](#) shows the results obtained comparing participants who made only a single visit with those being observed on a long-term basis (at entry data). In univariate analysis, significant differences were observed for age, having health insurance, sexual identity, knowledge about AIDS vaccine and willingness to participate in vaccine trials. These variables, except for knowledge about AIDS vaccine, remained in the multivariate final model.

### **Discussion**

The decision to start an incidence cohort with men who have sex with men (MSM) and in a

multicenter fashion was a sound one. The reasons for starting with MSM were multifold: even with increasing prevalence of AIDS in other groups they still comprise a considerable number of cases; they are usually more organized as a group and in certain ways more homogeneous. To do it as multicenter project (Belo Horizonte, Rio de Janeiro and Sao Paulo) was necessary to grant the findings more power and reliability. Also, the exchange of ideas and expertise will help in setting up other cohorts (e.g. women, commercial sex workers) by the same or other groups, using the acquired experience.

The main objective of the Project Horizonte was to evaluate the feasibility of implementing and maintaining a cohort of homosexual/ bisexual HIV negative men for extended periods of time and to appraise their willingness of participating in future HIV vaccine trials.

The capability of the cohort team in recruiting participants can be analyzed by the percentage of volunteers yearly entering the study: 0.28, 0.36, 0.23 and 0.13, from the first to the fourth year, respectively. Budgetary constraints were undoubtedly responsible for the smaller number of volunteers admitted in the last year and half. However, the initial goal of enrolling 500 volunteers was achieved and the capability of maintaining this open cohort for extended periods of time has been demonstrated.

Word of mouth was the most efficacious recruitment technique. Similar results were reported in other longitudinal studies on the natural history on HIV infection (14-16). As gay groups are not as well organized in Belo Horizonte as previously expected, it was difficult to reach different segments of this population. This is reflected in the small number of transvestites and sex professionals who have been enrolled. In view of these considerations, the Project Horizonte participants, due to a possible selection bias, may not be representative of Belo Horizonte homosexual /bisexual population. In addition, it was observed that a higher proportion of volunteers who remained in the Project were older, reported having health insurance, identified themselves as homosexuals and were more willing to participating in future vaccine trials. Nonetheless, this group probably represents the population that would volunteer in future vaccine trials.

The results are encouraging in relation to the follow-up retention rates, considering those volunteers that returned for two or more visits, as more than 80% of losses occurred in the first 12 months after enrollment. It should be noted that the characteristics of those who came only once to the Project revealed that a large proportion of them probably never had the intention of participating in the cohort: it is possible that the initial enrollment had to do with the possibility of getting a free HIV test, as many of them did not have health insurance. If these volunteers are excluded, the retention rate achieved during this period was higher than 90%. Similar results were reported from other studies: MACS retained 88.5% of participants after 9.5 years of follow-up and Project Praça Onze (Brazil) 97%, 91% and 88% at 6, 12 and 18 months, respectively (17-18).

In spite of the high level of counseling, condom distribution and the participation in the discussion groups, a proportion of the volunteers still engage in high risk practices and this is reflected by the 18 seroconversions that occurred in the four years of follow-up. A higher proportion of seroconversion happened among those followed less than two years (56%) when compared with those followed more than two years. It may be affirmed that even knowing the risks for infection, the observed changes in behavior were still unsatisfactory; as an example, they diminished the number of occasional partners and increased the usage of condoms, but the level of unsafe sexual practices continued unacceptably high (19).

The HIV infection incidence rate observed in this study were 1.34 (0.58-2.64), 1.75 (0.98-2.89) and 1.99 (1.18-3.14) per 100 person-years, for 18, 36 and 48 months of follow-up, respectively. These results are similar to the incidence rate found in the USA MACS project, (1.0 to 1.8/ 100 persons-years from 1984 to 1989) and for homosexual men enrolled in a vaccine study in three US cities, (2.3/100 persons-years from 1993 to 1995) (20,21). The higher incidence (3.1/100 person years) reported at the Project Praça Onze (18) was at least partially due to the inclusion of commercial sex workers in this cohort.

In relation to the possibility of participating in future HIV vaccine trials, about 50% of participants at admission reported that they would enroll as volunteers and 30% said they were insecure and needed more information on the subject before their definite decision. Our results were similar to Project Praça Onze, were 69% of participants at admission reported their willingness to participate in a vaccine trial (18). Another cohort study conducted in the USA showed that at entry, 37% of the men reported that they would be definitely willing to participate in an HIV vaccine efficacy trial but this proportion dropped to 21% at 12 months and remained stable at 18 months (22).

In conclusion, the results presented attest the feasibility of following this type of cohort for extended periods of time, estimating HIV infection incidence and evaluating counseling for safer sexual practices. These volunteers will certainly be capable of autonomously decide to participate in future HIV vaccine trials, although it will be necessary to further discuss this issue with them. Moreover, the research team is ready to engage in the implementation of a vaccine trial when a suitable candidate is available.

## **Acknowledgments**

Brazilian Ministry of Health, UNAIDS, FAPEMIG, FUNDEP, CNPq, CAPES, Belo Horizonte Health Secretary.

\*Project Horizonte: Toledo Jr AC, Tupinambás U, Machado LG, Pádua CAJ, Ribeiro FA, Ferreira FGF, Ferraz RM, Câmara G, Oliveira W, Ribeiro MA, Oliveira MR, Fonseca JJ, Dominguez RC, Matta-Machado M, Nahass JDP, Utsch MJD, Cardoso FA, Gouveia L.

## **REFERENCES**

1. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Boletim Epidemiológico - Aids, Ano XI, nº 3, 1998.
2. Greco DB, Carvalheiro JR, Suttmoller F, Castilho EA, Chequer P. Feasibility of clinical trials with candidate HIV/AIDS vaccines in Brazil [abstract 33217]. Presented at the XII International Conference on AIDS, Geneva, June 28-July 3, 1998.
3. Brundage JF, Burke DS, Gardner LI, McNeil JG, Goldenbaum M, Visintine R, Redfield RR, Petterson M, Miller RN. Tracking the spread of the HIV infection epidemic among the young adults in The United States: Results of the first four years of screening among civilians applicants for U.S. military service. JAIDS, 1990, 3:1168-1180.
4. Rosemberg PS, Levy ME, Brundage JF, Petterson LR, Karon JM, Tears TR, Gardner LI,

Gail MH, Goedert JJ, Blattner WA, Ryan CC, Vermund SH, Biggar RJ. Population based monitoring of an urban HIV/AIDS epidemic: magnitude and trends in the District of Columbia. JAMA, 1992, 268:495- 503.

5. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 6.0. College Station, TX: Stata Corporation, 1999.

6. Andrade J, Greco M, Machado A, Antunes CMF, Oliveira EI. Volunteer recruitment strategies in a male homo/bisexual open cohort in Belo Horizonte, Brazil [abstract 1120]. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 1996.

7. Breta MBAS, Vaz PBF, Santos GJ, Fonseca CG, Guimarães MM, Antunes CMF, Greco DB. Communication strategy for recruiting volunteers for and AIDS-related program. [abstract 1392]. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 1996

8. Carneiro M, Oliveira WK, Oliveira MR, Andrade JC, Greco DB, Antunes CMF. Agreement of a psychosocial questionnaire used in a homo/bisexual cohort study in Belo Horizonte, MG, Brazil [abstract 214]. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 1996.

9. Fonseca JJ, Greco M, Domingues RC, Oliveira MR, Greco DB, Antunes CMF, Oliveira EI. Knowledge and motivation for participation in HIV vaccine trials: preliminary results from a Brazilian cohort of men who have sex with men [abstract 3748]. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 1996

10. Oliveira EL, Greco M, Fonseca JJ, Oliveira MR, Domingues RC, Greco DB, Antunes CMF. Cohort of men who have sex with men in Belo Horizonte, Brazil: some characteristics of the initial study group [abstract 1115]. XI International Conference on AIDS, Vancouver, July, 1996.

11. Viana L, Toledo AC, Antunes CMF, Greco DB. Laboratory status of homo/bisexual men from a cohort study in Belo Horizonte, Brazil [abstract 4294]. XI International Conference on AIDS, Vancouver, 1996.

12. Greco M, Domingues RC, Antunes CMF, Oliveira E, Greco DB. Increasing the risks for the female partner. Perception and decisions related to risk for HIV infection among bisexual men in a cohort for incidence and preparation for HIV vaccine clinical trials in Belo Horizonte, Brazil [abstract 23448]. XII International Conference on AIDS, Geneva, 1998.

13. Lignani Jr L, Oliveira EI, Carneiro M, Greco M, Andrade J, Antunes CMF, Greco DB. Sexually transmitted disease in homosexual and bisexual males from a cohort of human immunodeficiency virus negative volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil. Mem Inst O Cruz (in press)

14. Kaslow RA, Ostow DG, Detels R, Phair JP, Polk F, Rinaldo CR & The Multicenter AIDS Cohort Study Group. The multicenter AIDS cohort study: rationale, organization, and selected characteristics of the participants. Am J Epidemiol, 1987, 126:310-318.

15. Vlahov D, Antony JC, Munoz A, Margolick J, Nelson KE, Celentano DD, Solomon L, Polk BF. The ALIVE Study: a longitudinal study of HIV-1 infection in intravenous drug users:

description of methods. J Drug Issues. 1991, 21:759-776.

16. Smith DK, Warren DL, Vlahov D Schuman P, Stein MD, Greenberg BL, Holmberg SD & Human Immunodeficiency Virus Epidemiology Research Study Group. Design and baseline participant characteristics of the human immunodeficiency virus epidemiology research (HER) study: a prospective cohort study of human immunodeficiency virus infection in US women. Am J Epidemiol, 1997, 146:459-469.

17. Dudley J, Jin S, Hoover D, Metz S, Thackeray R & Chmiel J. The multicenter AIDS cohort study: retention after 9 1/2 years. Am J Epidemiol, 1995, 142:323-330.

18. Harrison LH, Lago RF, Friedman RK, Rodrigues J, Sabtos EM, Melo MF, Moulton LH, Schechter M. Incidence HIV infection in a high-risk homosexual, male cohort in Rio de Janeiro, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol, 1999, 21:408-412.

19. Greco M, Oliveira E, Domingues RC, Andrade JC, Antunes CM. Feasibility and results of a HIV incidence cohort of homo/bisexual men in Belo Horizonte, Brazil - 3 years report for the Project Horizonte [abstract 33225]. XII International Conference on AIDS, Geneva, 1998.

20. Kingsley LA, Zhou SYJ, Bacellar H, Rinaldo Jr CR, Chmiel J, Detels R, Saah A, VanRaden M, Ho M, Munoz A. Temporal trends in human immunodeficiency virus type 1 seroconversion 1984-1989. Am J Epidemiol 1991, 134:331-339.

21. Buchbinder SP, Douglas JM, McKirnan DJ, Judson FN, Katz MH, MacQueen KM. Feasibility of human immunodeficiency virus vaccine trials in homosexual men in the United States: risk behavior, seroincidence and willingness to participate. J. Infect Dis, 1996, 174:954-961.

22. Bartholow BN, MacQueen KM, Douglas JM, Buchbinder S, McKirnan D, Judson FN. Assessment of a changing willingness to participate in phase III HIV vaccine trials among men who have sex with men. J Acquir Immune Defic Syndr and Hum Retrovirol, 1997, 16:108-115.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)



## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo IV**

**Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**

**VOL. 95 (b) : 783 - 785, 2000**

### **Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Homosexual and Bisexual Males from a Cohort of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Negative Volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil**

L Lignani Jr\*, El Oliveira, M Carneiro, M Greco, J Andrade, CM. Antunes, DB Greco.

*\* Setor de Imunodeficiências, Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina e Departamento de Parasitologia, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais Av. Alfredo Balena 190, 3 a andar 30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil*

## **Summary**

Sexually transmitted diseases (STD) are very frequent in the whole world. Males who do not use a condom during their sexual relations are at great risk. We report cases of STDs during six months of observations, among homosexual/bisexual males who participate of the Projeto Horizonte. There were 16 cases of genital warts, 6 cases of HIV infection, 24 cases of unspecific urethritis, 28 cases of herpes simplex virus (HSV) infection, 30 cases of syphilis, 58 cases of gonorrhea, 84 cases of pediculosis. We concluded that condom must be used in all sexual relations and new counseling techniques are needed, helping to change this picture.

Key1 words: sexually transmitted diseases-homosexual-bisexualcondom- counseling

Sexually transmitted diseases (STD) are highly prevalent throughout the world, especially among males between 15 and 29 years old, who do not use condom during their sexual relations. It is well known that the higher the number of sexual partners the greater the risk to acquire a STD, independently of sexual option (Rocha et al. 1998). In Minas Gerais, Brasil, there are more than one million new cases of STDs per year.

The STDs, especially syphilis, chancroid and genital herpes, facilitate HIV infection, increasing this risk by; at least, ten fold (Schechter & Marangoni 1998). This fact has been clearly demonstrated in studies that took place in Africa (Landesman 1991) and in the USA (Diaz et al. 1994). Gonorrhea and Chlamydia infection also increase this risk (Ward et al. 1988). In Canada, researchers from Vancouver have shown that, in a cohort of homosexual males, rectal gonorrhea was an independent risk factor for the acquisition of HIV infection (Blattner 1991, Craib et al. 1995).

In this paper we report the frequency of STDs cases among homosexual/bisexual men, not infected with HIV, that participate in Projeto Horizonte. This project recruited sexually active homosexual/ bisexual male, in an open cohort, in order to: a) evaluate the actual possibility of maintaining such a cohort for long period of time; b) determine the incidence of HIV infection; c) evaluate the impact of prevention programs in the incidence of HIV infection; d) carry on behavior research related to future vaccine trials to understand the social representation of the HIV infection, aiming to answer some questions: how to evaluate the motivation for participation in such trials; how to guarantee and check the behavior trends that are important to lower the incidence of HIV infection; how to acquire skills to enable the offer of a proper informed consent; how to inform about the rationale of management of double-masked placebo-controlled vaccine clinical trials.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo IV**

**Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**

**VOL. 95 (b) : 783 - 785, 2000**

## **Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Homosexual and Bisexual Males from a Cohort of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Negative Volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil**

### **Methodology**

This is a retrospective study, in which the data was obtained from the records of the volunteers of the Project Horizonte, from February 1998 to March 1999.

The volunteers recruited in Project Horizonte were homosexual/ bisexual men, between 18 and 59 years old. The mean age was 26.9 years ( $\pm$  6.8). Fifty two percent were mulatto, 40,8% were white and 7,2% were black. The education level of the volunteers was like this: 26.4% completed elementary school, 42.1% high school and 31.5% college. Seventy seven percent were employed. The mean monthly income was R\$272.00 (2.2 Brazilian Minimum Wages). They were initially attended by a psychosocial team and then by a physician. All of them signed an informed consent, in agreement with the resolution 196/96 of the Brazilian *Conselho Nacional de Saúde*. At the beginning they received information about the Projeto Horizonte, then the HIV serology was performed. Those who were HIV positive at entry were referred to the Universidade Federal de Minas Gerais Infectious and Parasitic Diseases Service. The HIV negative were admitted to the project and followed up every six months by the project's psychosocial and clinical teams.

Standardized questionnaires were used. In the work up, the investigators looked for specific information about STDs (in the last six months or anytime previously). A complete physical

examination was performed looking for signs of STDs. At each visit, the results of the serologic tests (HIV, syphilis, and hepatitis B) were checked. The volunteers also received high level counseling about prevention of STDs.

The last questionnaire of each volunteer was analyzed, looking for data about STDs, such as pediculosis, gonorrhea and other causes of urethritis, hepatitis B, syphilis, genital and oral warts, HSV infection and HIV infection. Only in the cases of HSV infection the possibility of recurrence was considered. Two hundred and seventy nine questionnaires were consulted.

The monthly incidence of the STDs was calculated for the last six months among the volunteers who answered the questionnaire, according to the following formula:

$$I = n/N \times 6$$

Where n represents the number of cases of STD in the period and N the number of volunteers.

For hepatitis B only the prevalence was calculated.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

-

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexos \*\***

### [Anexo I](#)

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Anexo IV**

**Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**

**VOL. 95 (b) : 783 - 785, 2000**

**Sexually Transmitted Diseases (STDs) in Homosexual and Bisexual Males from a Cohort of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Negative Volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil**

## **Results**

In the previous six months there were 298 cases of STDs among them: 84 cases of pediculosis; 58 cases of gonorrhea; 40 cases of hepatitis; 30 cases of syphilis; 28 cases of HSV infection; 24 cases of unspecific urethritis; 6 cases of HIV infection; 16 cases of genital and anal warts (Table).

During the follow-up a change in the volunteer's behavior was observed, with an increase in condom use, decrease in unsafe anal sex. However, there was a reported increase in unprotected oral sex.

## **Discussion**

The incidence of STDs was higher than expected among the volunteers of the Projeto Horizonte and this finding is worrisome because the volunteers always receive condoms and high level counseling. Undoubtedly, these measures are important and albeit they are not enough to significantly decrease the incidence of STDs, it is safe to hypothesize that these numbers would be higher without these interventions.

The relatively high numbers of HIV infections in this cohort (six or 0.358/100 persons-months) follow, as expected, a similar pattern of other STDs: there was a significant decrease in the

number of partners, but this decrease was not sufficient and the use of condoms was not regular, especially during oral sex.

In this study there was a smaller number of cases of genital or anal warts and HSV infection when compared to the data from the Ministry's of Health Boletim Epidemiológico, 97/98 (Boletim Epidemiológico1998). These smaller numbers occurred even with the reported irregular use of condoms among the volunteers.

Syphilis also was also a common STD among the volunteers, especially at the cohort formation.

Unspecific urethritis was a common finding, especially at the beginning to cohort recruitment, when the tools for serological diagnosis were not available. As these became available, more episodes of Chlamidia spp, Mycoplasma spp, Ureaplasma urealyticum and Trichomonas spp cases were diagnosed.

The high prevalence of hepatitis B cases was another worrisome finding. This prevalence was almost three times higher than that reported in the general population of São Paulo, in which the estimated value was 4.9%, according to Focaccia et al. (1998). This emphasizes the previous high-risk behavior of this population. Diagnosis was made through serology, as there were no symptomatic cases. The majority had only the anti-HBcAg IgG, suggesting previous contact with the hepatitis B virus. This contact was probably sexual, because there was no blood recipient and no reported drug addiction among the volunteers. There was no reliable information related to the possibility of vertical transmission. This fact highlights the need for condoms in all sexual relations, especially when the partner is unknown, and the need to increase the availability of hepatitis B vaccine in public health services.

In conclusion, even with all the counseling and the discussions about safe sex practice, the incidence of STDs in this cohort shows that the risk to acquire HIV infection is still present. New counseling techniques are needed in order to change this picture.

**TABLE**

*Number of episodes, incidence and prevalence of Sexually Transmitted Diseases among volunteers of Project Horizonte (February 98-March 99)*

Disease	N	Person-Month	Prevalence(%)
HIV infection	6	0,358/100	2,1
Genital Wards	16	0.956/100	5,7
Unspecific urethritis	24	1.434/100	8,6
HSV infection	28	1.673/100	10
Syphilis	30	1.792/100	10,6
Hepatitis B	40	0.119/100 <sup>a</sup>	14,3
Gonorrhea	58	3.464/100	20,7
Pediculosis	84	5.018/100	30

*a: There were 40 cases of hepatitis B diagnosed in the 6 months period (anti-IgG positive), but actually only two were characterizes as new cases (anti-IgM positive).*

*\* Corresponding author. Fax: 31-221-4285. E-mail: [luizlg@net.em.com.br](mailto:luizlg@net.em.com.br)*

*Project Horizonte participants: Fabíola Adriani, Luciana G. Machado, Flávia G. Faleiro Ferreira, Rodrigo M. Ferraz, Flávia Andrade Ribeiro.*

## References

Blattner WA 1991. HIV epidemiology: past, present and future. *Faseb J* 5: 2340-2348.

Boletim Epidemiológico 1998. . Ministério da Saúde, Brasília, IV, n.2.

Craib KJP, Meddings DR, Strathdee SA, Hogg RS, Montaner JRS, O'Shaughnessy MV, Schechter MT 1995. Rectal gonorrhea as an independent risk factor for HIV infection in a cohort of homosexual man. *Genitourin Med* 71: 150-154.

Diaz T, Chu SY, Conti L, Sorvill F, Checko PJ, Hermann P, Fann AS, Frederick M, Boyd D, Mokotoff E, Reitmeyer CA, Herr M, Samuel MC 1994. Risk behaviors of persons with heterosexually acquired HIV in United States: results of a Multistate Surveillance Project. *JAIDS* 7: 958-963.

Focaccia R, Conceição OJG, Sette Jr H, Sabino E, Bassit L, Nitrini DR, Lomar AV, Lorenço R, Souza FV, Kiffer CRV, Santos EB, Gonzales MP, Sáez- Alquézar A, Riscal JR, Fisher D 1998. Estimated prevalence of viral hepatitis in the general population of the municipality of São Paulo, measured by a serologic survey of a stratified, randomized and residence-based population. *BJID* 2: 269-283.

Landesman SH 1991. The HIV-positive health professional: policy options for individual

institutions, and states. Arch Intern Med 151: 655-657.

Rocha MOC, Pedroso ERP, Fonseca JGM, Silva AS 1998 Terapêutica Clínica, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 1309pp.

Schechter M, Marangoni DV 1998 Doenças Infecciosas: Conduta Diagnóstica e Terapêutica, 2. ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 674pp.

Ward J, Holmberg SD, Allen JR, Cohn DL, Critchley SE, Kleinman SH, Lenes BA, Ravenholt O, Davis JR, Quin MG 1988. Transmission of human immunodeficiency virus (HIV) by blood transfusions screened as negative for HIV antibody. N Engl J Med 318: 473- 478.

## **Anexos \***

### [Anexo I](#)

### [Anexo II \(Parte I\)](#)

### [Anexo II \(Parte II\)](#)

### [Anexo II - Bibliografia](#)

### [Anexo III - Summary](#)

### [Anexo III - Introduction](#)

### [Anexo III - Metododology](#)

### [Anexo IV - Summary](#)

### [Anexo IV - Metododology](#)

### [Anexo IV - Results](#)

## **Créditos**

### **Edição**

Coordenação Nacional de DST/Aids  
Coordenador: Paulo R. Teixeira  
Assessoria de Comunicação (ASCOM)  
Responsável: Eliane Izolan

Editor: Dario Noletto  
Revisora: Ana Paula Magalhães Penha e Nágila Rodrigues Paiva  
Capa, projeto gráfico: Masanori Ohashy  
Diagramação: Lúcia Helena Saldanha

### **Versão para a Internet**

Direção: Daniel Lavenere  
Web Design: Eduardo Erthal