

**LORRUAN ALVES DOS SANTOS**

**Homens heterossexualmente ativos e gerenciamento do risco de infecção pelo HIV  
no contexto da Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEPsexual): experiências em  
cinco cidades brasileiras**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo  
como requisito para a obtenção do título de  
Mestre em Ciências.

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo – SP  
2019**

**LORRUAN ALVES DOS SANTOS**

**Homens heterossexualmente ativos e gerenciamento do risco de infecção pelo HIV  
no contexto da Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEPsexual): experiências em  
cinco cidades brasileiras**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo  
como requisito para a obtenção do título de  
Mestre em Ciências.

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo – SP  
2019**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Lorruan Alves dos  
Homens heterossexualmente ativos e gerenciamento  
do risco de infecção pelo HIV no contexto da  
Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEPsexual) :  
experiências em cinco cidades brasileiras / Lorruan  
Alves dos Santos. -- São Paulo, 2019.  
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Saúde Coletiva.  
Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Masculinidade  
2.Heterossexualidade 3.Saúde do homem 4.Gestão de  
risco 5.HIV 6.Profilaxia pós-exposição

USP/FM/DBD-031/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

**Aos meus,**  
por terem me ajudado a conjugar o verbo poder

## AGRADECIMENTOS

À **Luz** que permitiu existir e confiou à mim a qualidade de resiliência e de determinação. Agradeço por todo amor que em mim foi derramado e pelas joias preciosas que foram colocadas em meu caminho. Quando as pernas estavam cansadas de andar em terreno árido, foram os meus **guias espirituais** que me seguraram e a eles eu dedico cada vitória.

À família que, mesmo sem entender muito a minha ânsia por aprender, me apoiou e me incentivou. Percebo a cada dia que ser o primeiro da família a ter essa conquista não me fez melhor, mas sim na obrigação de fazer com que eu não seja o único. Agradeço especificamente a Zenildo (**Biro**) e a **Sérgio** e sua família por me acolherem em São Paulo e por me preservarem nos momentos de estudo e concentração. Agradeço às mulheres de minha vida. **Sonia**, por ser mãe; **Luiza**, por ser irmã; **Railda (Gal)**, por também ser mãe e a **Irene**, por ser avó-espelho.

Sou muito grato pelos amigos que tenho. Grato por aqueles que passaram, marcaram e se foram; aos que passaram e me levaram junto; aos que ainda estão e vão ficar. Amo vocês! Do meu jeito, mas amo ;D Alguns nomes, no entanto, precisam ser ditos com todas as letras: **Adne, Inês, Marcos, Bia** e sua família, **Augusto, Felipe, Josevan, Jackeline, Jeferson** e **Ivan**, muitíssimo obrigado por existirem.

Essa conquista não seria possível se não tivesse o acolhimento e carinho do Departamento de Medicina Preventiva e de todos/as do Programa de Saúde Coletiva da FMUSP, em especial para **Lilian, Gorete** e **Tiago**. Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado e

incentivo à pesquisa no Brasil. Agradeço também a todos do recém-nascido Grupo de Estudos em Saúde, Interseccionalidades e marcadores sociais da diferença (SIMAS).

Um agradecimento mais que especial vai para a melhor orientadora que poderia ter: <3 **Marcia Thereza Couto** <3. Hoje eu entendo que as recusas que recebi foram estrategicamente posicionadas no meu caminho para que eu te encontrasse. Mais que orientadora, conheci uma pessoa em quem podia confiar por ser confidente e honesta. Em nossos encontros sempre sobravam gritos de gargalhadas e sussurros de segredos e, entre um polo e outro, cultivamos uma belíssima parceria. Entre o “*visse*” e o “*oxente*” sempre houve bastante alegria, né mesmo?

Agradeço a **Alexandre Granjeiro** por ser extremamente cuidadoso e paciente. Aos professores/as **Maria Fernanda, Aluísio Segurado** e **Maria Amélia Veras** pelos preciosos comentários e sugestões no texto de qualificação e nas propostas de ajustes para a versão final dessa dissertação.

A todos os outros e outras que sabem e entendem que eu fujo da tarefa de listar todo mundo, mas que ainda assim eu não esqueço de nenhum deles/as.



“Agradecer os senhores que acolhem e aplaudem esse milagre.

Agradecer,  
Ter o que agradecer.  
Louvar e abraçar!”

**Maria Bethânia**

“Eu sou a dama da noite que vai te contaminar com seu perfume venenoso e mortal. Eu sou a flor carnívora e noturna que vai te entontecer e te arrastar para o fundo de seu jardim pestilento. Eu sou a dama maldita que, sem nenhuma piedade, vai te poluir com todos os líquidos, contaminar teu sangue com todos os vírus. Cuidado comigo: eu sou a dama que mata, boy. Já chupou buceta de mulher? Claro que não, eu sei: pode matar. Nem caralho de homem: pode matar. Já sentiu aquele cheiro molhado que as pessoas têm nas virilhas quando tiram a roupa? Está escrito na sua cara, tudo que você não viu nem fez está escrito nessa sua cara que já nasceu de máscara pregada. Você já nasceu proibido de tocar no corpo do outro. Punheta pode, eu sei, mas essa sede de outro corpo é que nos deixa loucos e vai matando a gente aos pouquinhos. Você não conhece esse gosto que é o gosto que faz com que a gente fique fora da roda que roda e roda e que se foda rodando sem parar, porque o rodar dela é o rodar de quem consegue fingir que não viu o que viu. O boy, esse mundo sujo todo pesando em cima de você, muito mais do que de mim e eu ainda nem comecei a falar na morte”.

ABREU, Caio Fernando. **Os dragões não conhecem o paraíso**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em português)
<b>Anti-HBs</b>	Teste laboratorial para anticorpo do vírus da Hepatite B
<b>Anti-HCV</b>	Teste laboratorial para anticorpo do vírus da Hepatite C
<b>ARVs</b>	Antirretrovirais
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EAAP</b>	Efeitos Adversos Associados à PEPsexual
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HBV</b>	Vírus da Hepatite B
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana (em português)
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano (em português)
<b>ISTs</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>LGBT</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
<b>PEPsexual</b>	Profilaxia Pós-Exposição Sexual (em português)
<b>PrEP</b>	Profilaxia Pré-exposição sexual (em português)
<b>PVHA</b>	Pessoa Vivendo com HIV/aids
<b>SAE</b>	Serviço de Atendimento Especializado
<b>STI</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis (em português)
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TS-HIV</b>	Testagem Sorológica ao HIV
<b>UDI</b>	Usuário/a de Drogas Injetáveis
<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## RESUMO

Santos LA. *Homens heterossexualmente ativos e gerenciamento do risco de infecção pelo HIV no contexto da Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEPsexual): experiências em cinco cidades brasileiras* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

**Introdução:** As representações coletivas que alicerçam os ideais de masculinidade hegemônica distanciaram os homens heterossexualmente ativos das respostas à epidemia de HIV ao longo das últimas décadas, o que resultou no aumento da vulnerabilidade desses indivíduos em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Entretanto, a partir do paradigma da prevenção combinada, a Profilaxia Pós-exposição Sexual (PEPsexual), bem como outros métodos baseados no uso de antirretrovirais, torna possível novas formas de gerir os riscos de infecção pelo HIV, ao mesmo tempo em que traz novas questões a serem enfrentadas. **Objetivos:** O objetivo desta pesquisa é caracterizar os homens heterossexualmente ativos e seus comportamentos sexuais, considerando risco e prevenção à infecção pelo HIV, e explorar os significados atribuídos ao risco de contrair HIV e às formas de gerenciamento de risco entre homens heterossexualmente ativos que buscaram a PEPsexual em serviços em cinco cidades brasileiras. **Metodologia:** O perfil e o comportamento dos homens foram descritos utilizando a abordagem quantitativa, com dados obtidos das consultas iniciais de PEPsexual registradas em prontuários clínicos. Foram analisados todos os homens atendidos nos serviços nos anos de 2014 e 2015, sendo realizada análise descritiva. O significado do risco e o gerenciamento das vivências foram analisados utilizando a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas em profundidade (16) com usuários dos serviços, com foco na situação que levou ao uso do método, bem como as experiências com o uso da PEPsexual. Para a análise dos dados empíricos empregou-se o método de interpretação de sentidos, de acordo com os princípios hermenêuticos-dialéticos. **Resultados:** Com base nas características descritas no eixo quantitativo, os participantes são, em sua maioria, adultos jovens, com idade média de 31 anos, altamente escolarizados, brancos e sem uso prévio da PEPsexual. A maioria das exposições aconteceu com parceria casual. O uso da camisinha foi mencionado pela maioria dos participantes, no entanto, a falha do preservativo foi o principal motivo pela busca da profilaxia. A maioria dos usuários relatou não conhecer a sorologia da parceria envolvida na exposição sexual, além disso as frequências de testagem sorológica para HIV, Hepatites B e C, Sífilis e Anti-HBs anteriores ao episódio da exposição sexual foram baixas. A análise dos dados qualitativos mostra que a camisinha é o principal e mais acessado método de prevenção à infecção pelo HIV, mas sua efetiva utilização foi condicionada a diversos fatores subjetivos e contextuais. As relações sexuais com parceria estável oferecem maior sensação de proteção, enquanto que a percepção de risco aumenta quando as relações são com parcerias casuais ou em ambientes associados às populações mais vulneráveis à infecção, como profissionais do sexo ou casas de swing. Evitar ou reduzir, ao máximo, o número de relacionamentos extraconjugais, utilizar mais consistentemente o preservativo e buscar informações especializadas emergiram como estratégias amplamente utilizadas pelos participantes. A PEPsexual consistiu numa oportunidade de reflexão acerca da forma de pensar e fazer prevenção não só ao HIV, mas também às outras ISTs. O estigma relacionado ao uso de antirretrovirais e a necessidade de esconder a medicação dos amigos e familiares foram elementos disparadores de autorreflexão acerca das vulnerabilidades pessoais frente à epidemia. Os participantes que planejaram ações concretas e detalhadas de prevenção após uso da PEPsexual foram também aqueles que relataram maior autopercepção do risco individual. **Conclusão:** As características dos usuários PEPsexual nos cinco serviços investigados revelam que os homens heterossexualmente ativos brancos, altamente escolarizados e jovens são



maioria entre aqueles que buscam a profilaxia. No entanto, grande esforço deve ser direcionado às ações de prevenção à infecção pelo HIV entre diferentes segmentos dos homens heterossexualmente ativos, considerando os marcadores sociais de classe, cor, raça e geração. Os ideais de masculinidade hegemônica permearam os discursos de percepção e gerenciamento de risco à infecção pelo vírus. Ações de sensibilização devem ser direcionadas para que tais padrões de masculinidade sejam ressignificados a fim de diminuir a vulnerabilidade dos homens em geral e, mais especificamente, entre os segmentos dos heterossexuais.

**Descritores:** masculinidade; heterossexualidade; saúde do homem; gestão de risco; HIV; profilaxia pós-exposição.

## ABSTRACT

Santos LA. *Heterosexually active men and risk management of HIV infection in the context of Post-Exposure Prophylaxis (PEPsexual): experiences in five Brazilian cities* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

**Introduction:** The collective representations that support the ideals of hegemonic masculinity have distanced the heterosexually active men from the responses to the HIV epidemic over the last decades, which has resulted in the increased vulnerability of these individuals in several countries around the world, including Brazil. However, from the new prevention paradigm, Sexual Post-exposure Prophylaxis (PEPsexual), as well as other methods based on the use of antiretrovirals, make possible new ways of managing the risks of HIV infection, while bringing new issues to be addressed. **Objectives:** The objective of this research is to characterise heterosexually active men and their sexual behaviours, regarding risk and prevention of HIV infection, and to explore the meanings attributed to the risk of contracting HIV and the forms of risk management among heterosexually active men who sought PEPsexual in services in five Brazilian cities. **Methodology:** The profile and behaviour of the men were described using the quantitative procedure, with data obtained from the initial consultations of sexual PEPs documented in clinical reports. All the records from the men who have searched the services in the years 2014 and 2015 were analysed, and a descriptive analysis was performed. The meaning of risk and the management of the experiences were interpreted using the qualitative approach, through in-depth interviews (16) with users of the services, focusing on the situation that led to the use of the method, as well as the experiences with the use of PEPsexual. For the analysis of the empirical data, the sense interpretation approach was used, according to the hermeneutic-dialectic principles. **Results:** Based on the characteristics described in the quantitative component, the participants are mostly young adults, with a mean age of 31 years, highly educated, white and without previous use of PEPsexual. Most of the sexual HIV risk behaviours happened with a casual partnership. The use of condoms was mentioned by most of the participants; however, condom failure was the main reason for searching the PEPsexual prophylaxis. Most participants reported not knowing the serology of the partner involved in the sexual encounter and the frequency of serological testing for HIV, Hepatitis B and C, Syphilis and Anti-HBs before the episode of sexual exposure was low. The analysis of qualitative data shows that condoms are the main and most widely used method of HIV prevention, but their effective use has been conditioned by diverse subjective and contextual factors. Stable sexual relations offer a greater sense of protection, while the perception of risk increases when the relationships are with casual partnerships or in environments associated with populations most vulnerable to HIV infection, such as sex workers or swing houses. Avoiding or minimizing the number of extramarital relationships, using condoms more consistently, and seeking specialized information emerged as strategies widely used by participants. PEPsexual consisted of an opportunity for thinking on how to prevent not only HIV but also other STIs. The stigma related to the use of antiretrovirals and the need to hide medication from friends and relatives were self-reflexive triggers about personal vulnerability to the epidemic. Participants who planned concrete and detailed prevention actions after using PEPsexual were also those who reported greater self-perception of individual risk. **Conclusion:** The characteristics of PEPsexual users in the five services studied reveal that heterosexually active white man, highly educated and young are the majority among those who seek PEPsexual prophylaxis; however, great effort should be focused on actions to prevent HIV infection among different segments of heterosexually active men, regarding the social markers of class, colour, race and generation. The ideals of hegemonic masculinity permeated perceptions and risk management discourses

to HIV infection. Preventive actions should be undertaken to replace such masculinity patterns in order to reduce the vulnerability of men in general and, more specifically, among heterosexual segments.

**Descriptors:** masculinity; heterosexuality; men's health; risk management; HIV; post-exposure prophylaxis.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR 6023.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelies e Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>PARTE I.....</b>	<b>15</b>
<b>PRELIMINARES .....</b>	<b>15</b>
O “MATCH” COM A TEMÁTICA.....	15
ESTRUTURA DO TEXTO.....	16
<b>DESTACANDO QUESTÕES E CONSTRUINDO OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>PARTE II .....</b>	<b>18</b>
<b>REVISÃO NÃO EXAUSTIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA .....</b>	<b>18</b>
HOMEM QUE É HOMEM TAMBÉM TEM HIV? .....	18
“QUE TIRO FOI ESSE?”: A PREVENÇÃO COMBINADA E SUAS POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES .....	21
E ONDE FICA A PEPsexual NESSA HISTÓRIA? .....	28
<b>MARCOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS NORTEADORES.....</b>	<b>35</b>
AS MASCULINIDADES, AS HETEROSSEXUALIDADES E A SAÚDE DELES .....	35
O RISCO E O QUE OS HOMENS HETEROSSEXUAIS TÊM A VER COM ISSO .....	41
<b>PARTICIPANTES, MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>46</b>
ESTUDO COMBINA!: A PESQUISA-BASE, SUAS RAMIFICAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS .....	46
EIXO QUANTITATIVO .....	48
EIXO QUALITATIVO .....	49
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	51
<b>PARTE III.....</b>	<b>53</b>
<b>EIXO QUANTITATIVO .....</b>	<b>53</b>
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	53
<b>EIXO QUALITATIVO .....</b>	<b>61</b>
CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	61

SÍNTESE DAS NARRATIVAS .....	62
PERCEPÇÃO DO RISCO, MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO .....	65
<b>Os métodos preventivos à infecção pelo HIV .....</b>	<b>66</b>
<b>As estratégias de prevenção .....</b>	<b>82</b>
<b>As principais motivações para a busca por ajuda e pela PEPsexual .....</b>	<b>90</b>
AS EXPERIÊNCIAS COM A PEPsexual E OS PROJETOS DE PREVENÇÃO PARA O PÓS- PEPsexual .....	95
<b>Do “Eu tive dificuldade porque tem que tomar depois de refeição” ao “Eu comia bem. Não bebi álcool e não usei droga”: implicações do uso da profilaxia na vida cotidiana .....</b>	<b>95</b>
<b>Do “Quase morri tomando aquilo” ao “Com certeza não deveria ser um medicamento tranquilo e sem efeito colateral”: experiência e manejo dos efeitos adversos .....</b>	<b>99</b>
<b>Do “Se eu soubesse que seria dessa forma com os efeitos colaterais, eu teria me prevenido mais ainda” ao “Não acontece por acaso. Tenho que aprender com isso”: projetos de prevenção no pós-PEPsexual .....</b>	<b>104</b>
<b>PARTE IV .....</b>	<b>114</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>114</b>
<b>PARTE V.....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>133</b>
ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	133
ANEXO B: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	135
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>138</b>
APÊNDICE A: PARECER CEP DA PESQUISA-BASE.....	138
APÊNDICE B: PARECER CEP .....	139
APÊNDICE C: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HOMENS HETEROSSEXUALMENTE ATIVOS ENTREVISTADOS (quadro ampliado).....	140

## PARTE I

### PRELIMINARES

#### O “MATCH<sup>1</sup>” COM A TEMÁTICA

É bastante comum encontrar nas teses e dissertações uma seção onde os/as autores/as apresentam suas trajetórias, motivações e como se posicionam diante da temática em estudo. Neste trabalho não será diferente e o farei brevemente.

A minha primeira grande aproximação com as temáticas que ancoram esta pesquisa (estudos de gênero, sexualidades e prevenção do HIV) aconteceu na graduação em Fisioterapia, em 2011, quando ingressei no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gênero e Diversidade Sexual da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Sofrendo grande influência dos referenciais teóricos que não reconhecem a Educação sem liberdade e emancipação do sujeito, desenvolvi pesquisa de iniciação científica, participei e colaborei na organização de eventos científicos, além de me aproximar dos conceitos e discussões desses campos de estudo.

Em paralelo, a graduação na área da saúde me fez reconhecer a complexidade que existe no processo saúde-doença-cuidado e de como a prevenção (em sua complexidade) é um componente que assume papel importante quando se almeja evitar o sofrimento e adoecimento na perspectiva dos sujeitos ou das coletividades humanas.

Em 2016, já em São Paulo, e durante os meses que fui pesquisador de campo do *Projeto Combina!*, tive a oportunidade de presenciar vários relatos e depoimentos de pessoas que (como parte das pessoas que lerão esse texto) sentem medo, insegurança e culpa, mas que, ainda assim, sentem atração, tesão, transam e gozam com outras pessoas que compartilham dos mesmos sentimentos. Perceber o quão natural e humano é o encontro, o beijo, o sexo e o gozo me orienta para que eu, hoje, me esvazie de pudores e moralismos quando esses assuntos estão em pauta e perceba cada vez mais a inexistência de verdades inabaláveis, muito menos formas normais e corretas de viver as sexualidades.

Esta pesquisa de mestrado é oferenda na encruzilhada desses caminhos e aprendizagens. Caminhos esses não só acadêmicos, mas, sobretudo, da esfera da vida pessoal e cotidiana.

Por fim, ser homem gay pesquisando a masculinidade que ocupa o lugar da hegemonia, a heterossexualidade, configurou um dos maiores desafios e me fez exercitar constantemente o exercício da alteridade sem falar por eles, mas sim **com** eles. Esse mesmo exercício permitiu

---

<sup>1</sup> O termo “Match” faz referência à expressão comum nos aplicativos de encontros virtuais e é utilizado quando houve interesse mútuo entre pessoas e, dessa forma, elas podem manter diálogo direto.

que eu (re)pensasse minhas próprias crenças e atitudes e, mais que isso, tomasse para mim a tarefa de apresentar ao *outro* um novo ângulo de visão, uma outra lente de análise e, dessa forma, disponibilizar mais ferramentas para que ele também possa refletir sobre si próprio e sobre *os seus*.

## ESTRUTURA DO TEXTO<sup>2</sup>

Esta dissertação está dividida em cinco partes, sendo que a primeira contém a apresentação e introdução ao tema, delimitação do problema de pesquisa e objetivos gerais e específicos.

O referencial teórico-metodológico, que inclui os marcos teóricos-conceituais que alicerçam esse trabalho, bem como o detalhamento do percurso metodológico de produção, tratamento e análise dos dados relativos aos eixos quantitativo e qualitativo, seguido das questões éticas que norteiam esta pesquisa está descrito na segunda parte desse texto.

A terceira parte consiste na apresentação e discussão dos dados dos dois eixos, quantitativo e qualitativo. No que se refere ao eixo quantitativo, almejou-se fazer uma descrição dos homens heterossexualmente ativos que acessaram os serviços que ofertam a Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEPsexual) em cinco cidades brasileiras onde a pesquisa-base aconteceu nos anos de 2014 e 2015. No que se refere ao eixo qualitativo, no primeiro momento o foco da análise foi a avaliação pessoal que cada participante entrevistado ofereceu sobre o risco de infecção ao HIV e de que maneira eles pensavam e agiam em relação aos métodos e estratégias de prevenção à infecção pelo vírus. Em seguida, a unidade de análise foi o contexto onde se deu a exposição sexual que motivou o uso da PEPsexual, bem como outros aspectos que podem ter contribuído, na ótica dos entrevistados, para que a exposição de fato acontecesse. Por fim, no segundo momento, buscou-se entender como a PEPsexual foi experienciada pelos participantes da pesquisa e compreender como ela pôde contribuir, ou não, para que eles (re)formulassem seus projetos de prevenção à infecção pelo HIV.

As conclusões são apresentadas na quarta e penúltima parte. As referências bibliográficas, os anexos e os apêndices referenciados ao longo do texto estão organizados na quinta e última parte.

---

<sup>2</sup> Por motivos de representatividade, evitaremos os substantivos no masculino genérico e optaremos por apresentá-los seguidos da sua versão completa (homens e mulheres, por exemplo) ou reduzida (eles/as, etc.), reservando o masculino para quando eles, de fato, forem os sujeitos das orações.



## DESTACANDO QUESTÕES E CONSTRUINDO OBJETIVOS

Quem são os homens heterossexuais que utilizam a PEPsexual como método de prevenção? E quem são suas parcerias? Além disso, quais são os significados da prevenção e do risco, especificamente entre os heterossexualmente ativos<sup>3</sup> que buscaram a profilaxia pós-exposição ao HIV? Quais são as (possíveis) mudanças na forma de prevenção e percepção de risco entre homens heterossexuais após a utilização da profilaxia?

Diante de tantas perguntas, almeja-se com esse estudo caracterizar os homens heterossexualmente ativos que buscaram a PEPsexual em serviços de saúde especializados em HIV e ISTs de cinco cidades brasileiras (São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP, Fortaleza/CE, Curitiba/PR e Porto Alegre/RS), bem como explorar os significados atribuídos aos comportamentos de risco e prevenção referidos nos contextos de suas parcerias afetivo-sexuais e às formas de gerenciamento do risco ao HIV após as experiências de buscarem PEPsexual nos referidos serviços.

Para isso, enumeramos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar os usuários de PEPsexual e os comportamentos sexuais (considerando risco e prevenção) à infecção ao HIV dos homens heterossexualmente ativos que buscam a profilaxia;
2. Investigar como os homens heterossexualmente ativos percebem seu risco pessoal frente ao HIV e como gerenciavam os métodos e estratégias utilizados anteriormente à busca por PEPsexual, bem como compreender o contexto da exposição que motivou a busca e o uso da profilaxia;
3. Compreender os significados e implicações da experiência com a profilaxia e os novos projetos de prevenção ao HIV.

---

<sup>3</sup> No escopo desse trabalho, estamos considerando como “homens heterossexualmente ativos” aqueles sujeitos que, independente de manterem ou não práticas sexuais com outros homens, afirmaram que mantêm prática sexual com mulheres e cuja motivação pela busca da PEPsexual e sua inclusão como participante dessa pesquisa foi por conta de uma relação com mulher (DWORKIN, 2015). Reservamos o termo “homens heterossexuais” quando falarmos da categoria identitária heterossexual como um todo (independente, mas não desvinculada, da prática sexual desempenhada por eles). O termo “homem/ns” será utilizado quando a intenção for ser inespecífico em relação à orientação sexual (heterossexual, homossexual ou bissexual, por exemplo). Além disso, com base no recorte feito para essa pesquisa, todos os homens investigados possuíam identidade cisgênero, ou seja, se identificavam como sendo do sexo masculino do nascimento até o momento em que as entrevistas foram realizadas e não fizeram em nenhum momento das suas vidas a transição de gênero.

## PARTE II

Na **revisão da literatura**, iniciaremos com uma breve síntese do atual cenário da epidemia de HIV no contexto brasileiro e discutiremos como as questões de gênero e sexualidade estão historicamente interligadas às maneiras de pensar as políticas e ações em relação à prevenção. Daremos maior atenção à prevenção combinada que alia métodos tradicionalmente conhecidos (preservativo masculino e feminino etc.) com novas tecnologias baseadas em terapia antirretroviral, como a Profilaxia Pós-Exposição por via Sexual Consentida (PEPsexual).

Em termos dos **referenciais teóricos** para a apropriação do objeto de investigação, recorreremos a estudos de *gênero e sexualidades* para tentar entender como os homens heterossexuais se situam no contexto da epidemia de HIV/aids e tentar compreender como as representações das *masculinidades* tornam esses indivíduos muitas vezes invisibilizados nas políticas de prevenção e cuidado no que se refere à saúde sexual e ao acesso às informações sobre prevenção à infecção pelo HIV.

## REVISÃO NÃO EXAUSTIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA

### HOMEM QUE É HOMEM TAMBÉM TEM HIV?

Se no início da epidemia de HIV os segmentos mais acometidos eram homens com práticas sexuais homossexuais, a partir dos anos 1990 um novo cenário começou a se formar devido a um aumento na proporção de mulheres e homens infectados em práticas heterossexuais. Dados atuais mostram que, no cenário mundial, as mulheres representam aproximadamente metade de todas as pessoas adultas que vivem com HIV. Além disso, quando estratificado por outros marcadores sociais, esses dados revelam características alarmantes: a taxa de infecção para mulheres negras chega a ser 20 vezes maior do que para mulheres brancas (DWORKIN, 2015).

Sabe-se, atualmente, que a epidemia de HIV se comporta de maneira bastante heterogênea entre diferentes nações e até dentro de um mesmo país. No Brasil, os homens são maioria nos casos de HIV notificados no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Quando estratificado por orientação sexual autodeclarada, os homens homossexuais são maioria entre as notificações de casos de HIV, mas, ainda assim, há uma tendência de crescimento para todas as categorias de orientação sexual entre os homens (BRASIL, 2018).

Segundo dados de distribuição da taxa de detecção de casos de aids, os estados do Sul possuem valores muito superiores de novos casos em comparação aos demais estados e quase duas vezes maior que a média nacional. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no ano de 2016, o Rio Grande do Sul registrou taxa de 32,3 casos por 100 mil habitantes enquanto a média nacional para aquele ano era de 19 casos por 100 mil habitantes. Dentre os estados onde a presente pesquisa aconteceu, o Ceará foi o que manteve as menores taxas de detecção entre 2014 e 2016, em comparação aos outros estados que tiveram serviços participantes e em relação à média nacional (Tabela 1) (BRASIL, 2018).

**Tabela 1: Taxa de detecção de casos de aids (por 100.000 hab.) notificados por estado-sítio da pesquisa por ano de diagnóstico, de 2014 a 2016<sup>4</sup>.**

UF	Ano de diagnóstico		
	2014	2015	2016
<b>Ceará</b>	14,8	15,1	14,8
<b>Paraná</b>	19,2	19,2	16,7
<b>Rio Grande do Sul</b>	39,5	35,2	32,3
<b>São Paulo</b>	18,1	17,2	17,0
<b>BRASIL</b>	20,8	19,9	19,0

Fonte: Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (2018).

Quando consideramos o quesito raça/cor, os dados nacionais seguem padrão internacional e revelam que, entre os anos de 2014 e 2017, 43,3% dos casos eram de pessoas autodeclaradas brancas e 56,1% entre negros (pretos e pardos). Quando estratificado também por sexo, os homens negros (pretos e pardos) eram maioria entre os casos notificados em comparação aos homens brancos (53,6% vs. 45,3%, respectivamente). Dentre as mulheres, a proporção de negras é ainda maior quando comparada às mulheres brancas (60,6% vs. 38,3%, respectivamente) (BRASIL, 2018).

No que tange ao tipo de exposição, os dados mundiais revelam que 70% dos casos de infecção pelo HIV são estimadas por transmissão heterossexual (DWORKIN, 2015). No Brasil, a transmissão heterossexual é o principal meio de infecção de HIV nas mulheres e a segunda maior categoria de exposição por via sexual nos homens, com 36,9% dos casos (excetuando os

<sup>4</sup> A recente compulsoriedade nas notificações de pessoas vivendo com HIV (a partir do ano de 2014) foi justificada pela mudança nas recomendações para o tratamento de pessoas infectadas que atualmente preconiza o uso de ARV imediatamente após diagnóstico e, dessa forma, evitando a evolução para aids. Portanto, a notificação compulsória de casos de HIV forneceria melhores dados sobre o panorama da epidemia (LEITE; AMÉRICO, 2014; BRASIL, 2018) e, por isso, apresentaremos os dados disponíveis no boletim epidemiológico a partir do ano de 2014.

indivíduos menores de 13 anos de idade e considerando o período de 2014 a 2017). As transmissões homossexual e bissexual, no mesmo período, corresponderam a 53,5% e 9,6%, respectivamente (BRASIL, 2018).

Na tentativa de conhecer melhor o perfil dos homens heterossexualmente ativos brasileiros com idade acima de 15 anos e que iniciaram a vida sexual, uma pesquisa de inquérito domiciliar concluiu que: 65,1% eram casados; 65,5% católicos; 80,9% possuíam renda mensal de até cinco salários mínimos e viviam em áreas metropolitanas ou em grandes centros urbanos com mais de 500 mil habitantes (36,7% e 20,4%, respectivamente). No que tange às práticas sexuais desses sujeitos, a média de idade da iniciação sexual foi com 15,8 anos e a maioria no *pós-HIV*. A média de parceiras sexuais foi de 22,5 durante toda a vida e a relação mais recente ocorreu nos sete dias anteriores à pesquisa (71,9%), sendo que 80,7% com parceira estável e 6,4% tiveram a última relação sexual com parceira casual (amante, profissional do sexo ou pessoa desconhecida) e, para estes últimos, as chances de pertencer ao grupo de maior risco de infecção foram maiores em comparação aos que não tinham relação extraconjugal. O uso do preservativo foi relatado, respectivamente, por 22,1% e 69% daqueles que se relacionaram com parceiras estáveis e casuais na última relação (COUTO et al., 2018).

Na análise do risco de infecção pelo HIV, os resultados mostraram que mais da metade dos entrevistados (57,8%) relatou comportamento que os colocou em algum risco de infecção pelo vírus em sua relação mais recente, sendo que, na maioria das vezes (51,9%), esse risco consistiu no não uso do preservativo em relacionamento com parceria estável, concomitante à não realização da sorologia para o HIV no último ano. A relação sexual desprotegida foi relatada por 5,9% dos entrevistados (COUTO et al., 2018).

Se, à primeira vista, é bastante razoável supor que tanto homens quanto mulheres heterossexualmente ativos, precisam ser considerados de modo equânime nas intervenções de prevenção à infecção pelo HIV, na prática isso pouco acontece, mesmo quando os dados epidemiológicos são claros no que diz respeito ao lugar ocupado pelos homens heterossexualmente ativos no contexto da epidemia (HIGGINS; HOFFMAN; DWORKIN, 2010; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015). Os relatórios e documentos governamentais e de instituições internacionais, por exemplo, ainda insistem em tratá-los de maneira genérica e com pouco destaque aos contextos que podem colocá-los em risco e em situações de vulnerabilidade. Por outro lado, mesmo quando observados mais atentamente e internamente ao grupo, outros marcadores sociais como raça, classe e geração são invisibilizados nas análises. Homens negros heterossexualmente ativos, por exemplo, são frequentemente generificados dentro dos dados

epidemiológicos e são perdidos de vista na turbulência inerente à intersecção de tais marcadores sociais (raça, orientação sexual e gênero) (DWORKIN, 2015).

Para alguns estudiosos/as, parte desse apagamento dos homens heterossexualmente ativos se deve, num primeiro plano, à forma de organização dos programas de prevenção que tomam *gênero* como sinônimo de *mulheres* e moldam políticas e ações direcionadas a esse segmento. Num outro plano, a ausência da discussão relacionada à intersecção com outros marcadores socialmente invisibilizados, como raça/cor não branca, identidades étnicas não predominantes, de classe subalternizada, por exemplo, leva parte dos homens heterossexualmente ativos à vulnerabilização por não reconhecimento das suas singularidades, mesmo quando incluídos genericamente nos planejamentos de estratégias de prevenção (DWORKIN, 2015).

Atualmente é amplamente corroborado entre as diversas instituições que lidam com as questões do HIV/aids que nenhum método ou estratégia de prevenção isolado é eficaz o suficiente para o controle da epidemia (GRANGEIRO et al., 2015b; GRANGEIRO; KUCHENBECKER; VERAS, 2015; ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009). Somando-se a isso, diversos determinantes sociais agem como vetores em diferentes direções e tornam esse cenário ainda mais complexo. Complexidade esta que necessita de uma abordagem conceitual e metodológica que seja sensível aos diferentes contextos de vulnerabilidades, seja ela do nível individual, contextual ou estrutural, e que reconheça o poder de agência e autonomia dos indivíduos. É nesse contexto que o paradigma da prevenção combinada pode ser melhor entendido.

#### “QUE TIRO FOI ESSE?<sup>5</sup>”: A PREVENÇÃO COMBINADA E SUAS POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

A resposta à epidemia de HIV pode ser dividida em quatro fases. A primeira corresponderia à resposta dada pela sociedade civil à maneira que a vigilância epidemiológica entendia e lidava com o problema da aids, por meio da compreensão de que haviam *grupos de risco*, identificados como grupos de maior incidência por suas características biológicas ou sociais. Nessa abordagem, a compreensão tende a encarar a realidade de forma fragmentada, estigmatizando determinados grupos e isentando outros considerados de menor risco, mas que na realidade também possuem chances consideráveis de infecção, como os homens com

---

<sup>5</sup> Referência ao funk carioca “Que tiro foi esse” e é derivada da expressão utilizada na comunidade LGBT brasileira “Que tiro!”. Essa expressão normalmente é utilizada para adjetivar algo considerado espetacular ou com grande impacto positivo (“Que tiro foi esse?: origem e significado do meme - Dicionário Popular”, 2017).

práticas heterossexuais, por exemplo. Hoje, sabe-se que essa perspectiva autoriza diversas situações de violação de direitos e estigmatiza diferentes segmentos sociais, como foi – e ainda é – o caso dos homossexuais masculinos, das profissionais do sexo e das pessoas usuárias de drogas injetáveis (POUNDSTONE; STRATHDEE; CELENTANO, 2004; BRASIL, 2017b).

Por volta da década de 1990, surgiu nos Estados Unidos da América o que entendemos como a segunda fase da resposta internacional à epidemia de HIV/aids através do modelo proposto pelo epidemiologista Jonathan Mann. Nesse novo modelo de prevenção, Mann propunha um conjunto de ações estruturadas em atenção aos *determinantes sociais* e como eles poderiam, por exemplo, aumentar ou diminuir as chances de alguns indivíduos se exporem ao vírus. Nesse modelo, diferentes indivíduos não são entendidos, *à priori*, como mais ou menos suscetíveis ao HIV por suas práticas, mas, são considerados mais ou menos vulneráveis de acordo com os contextos em que estão inseridos e, conseqüentemente, pela capacidade que possuem de dar resposta ao risco pessoal. Atividades direcionadas à prevenção nesse modelo visam mudanças não só comportamentais, mas também, e especialmente, intervenções nos aspectos que constituem a cadeia causal da epidemia, entre os quais estão aspectos estruturais, como a desigualdade de acesso a políticas, serviços e insumos, o preconceito e o estigma (BRASIL, 2017b).

A abordagem da *vulnerabilidade*, aqui considerado como terceiro paradigma da resposta à epidemia do HIV, reconhece as chances de exposição dos indivíduos a determinado agravo à saúde como produto de um conjunto maior de aspectos não só individuais, mas também coletivos e contextuais. Além disso, esse paradigma lança luz sobre a complexidade inerente ao processo saúde-adoecimento e vai de encontro à noção rígida de grupos de risco, ao propor que a vulnerabilidade não se refere apenas às características pessoais dos indivíduos, mas igualmente decorre da complexidade das relações destes em sociedade (AYRES et al., 2003). Essa proposição, quando aplicada no contexto do HIV/aids, expande e norteia em grande medida a forma pela qual a sociedade civil e as instituições governamentais responsáveis pelos programas de prevenção e promoção da saúde lidam com o HIV enquanto problema de saúde pública, além de solidificar as bases para o surgimento de novas estratégias de prevenção, como a *prevenção combinada*.

Atualmente, a *prevenção combinada* se configura como importante aposta de organismos nacionais e internacionais que atuam na prevenção do HIV/aids. Segundo a UNAIDS, esse novo paradigma orientador de práticas e ações em prevenção à infecção pelo HIV pretende ser o maior e ter o mais duradouro impacto na redução da incidência de novos casos de HIV. Além disso, pretende-se também agir na melhoria da percepção de saúde e bem-

estar das comunidades afetadas em nível global. Em síntese, essa estratégia consistiria no uso *combinado* de intervenções baseadas em evidências que articule *tecnologias biomédicas*, *agendas comportamentais* e *intervenções estruturais* mais amplas; em âmbito *individual* e *coletivo*, com ações sensíveis às demandas e especificidades dos sujeitos e seus contextos, sem perder de vista a dinâmica da transmissão do HIV (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010; ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009; BRASIL, 2017b).

As novas tecnologias de cunho *biomédico* são, atualmente, a grande aposta dos diversos órgãos nacionais e internacionais para o enfrentamento à epidemia de HIV. Apesar de bem sucedida, mas pouco desenvolvida e subestimada, as intervenções orientadas aos níveis *comportamental* e *estruturais* são essenciais para que, inclusive, os métodos biomédicos tenham resultados positivos satisfatórios e duradouros. Um exemplo seria as estratégias para captação, uso correto do método, adesão e manutenção dos comportamentos seguros relacionados a cada método escolhido com orientação profissional especializada (ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009).

As tecnologias de cunho biomédico disponíveis ou em estudo são: vacinas anti-HIV; circuncisão; preservativo masculino e feminino (métodos de barreira); diafragmas; microbicidas (em géis vaginais, por exemplo); terapias baseadas em antirretrovirais para pessoas soropositivas – Terapia como Prevenção (TCP) – e para prevenção da transmissão vertical (mãe-filho); profilaxia pós e pré-exposição com uso de antirretrovirais; teste sorológico ao HIV/ISTs e; tratamento de ISTs como forma de fazer prevenção ao HIV ao reduzir as chances de exposição por causa de outras infecções, como o HPV, por exemplo (GRANGEIRO; KUCHENBECKER; VERAS, 2015; KUCHENBECKER, 2015; MAKSUD et al., 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, as principais intervenções dirigidas ao nível *individual* visariam reduzir a exposição ao vírus por meio das tecnologias de cunho biomédico em duas principais formas: i) por meio dos métodos de barreira convencionais como o preservativo masculino e feminino, a fim de evitar que os indivíduos tenham contato com o vírus; ii) por meio do uso de ARVs e, dessa forma, objetivando reduzir a capacidade do vírus de infectar, diminuindo a robustez ou quantidade de vírus disponível. A PEPsexual, a Profilaxia Pré-Exposição sexual ao HIV (PrEP) e o Tratamento como Prevenção (TcP) são exemplos de insumos orientados para esse nível de atuação (BRASIL, 2017c).

O objetivo das intervenções *comportamentais* é “oferecer a indivíduos e segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos, de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/aids que possam melhorar sua capacidade de

gerir diferentes graus de risco a que estão expostos” (BRASIL, 2017b, p. 19). Segundo os estudos, para que intervenções comportamentais tenham sucesso na redução do risco de ISTs/HIV, aumento do uso de métodos e estratégias de prevenção e na redução da frequência de sexo desprotegido, é importante que haja reconhecimento por parte dos indivíduos receptores das intervenções em relação às/aos comunicadoras/es por meio do gênero e etnia, por exemplo. Igualmente importante, é que as ações sejam baseadas em teorias fundamentadas, com informações factuais e projetadas a fornecer habilidades no que se refere ao uso de métodos e estratégias de prevenção ao vírus (COVEY; ROSENTHAL-STOTT; HOWELL, 2016; ROTHERAM-BORUS; DUAN, 2003; ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009).

Em síntese, as intervenções estruturais se direcionam para o arcabouço estruturante da epidemia que produzem os riscos e vulnerabilidades ao HIV, ou seja, “as intervenções estruturais visam alterar situações que criam preconceitos, discriminação ou intolerâncias se convertam em formas de alienação ou relativização dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania” (BRASIL, 2017b, p. 21). Nesse sentido, estratégias de enfrentamento da epidemia de HIV devem englobar ações intersetoriais e multidisciplinares e envolver ações conjuntas para o enfrentamento de outros problemas associados à vulnerabilização, como o combate à pobreza (PARKER; EASTON; KLEIN, 2002; ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009).

A figura da “mandala da prevenção combinada” ilustra bem a variedade de possibilidades que podem ser *combinadas* – no sentido de agrupar, mas também remetendo à noção de diálogo e de acordo – a fim de se atingir o mais completo arsenal de combate à epidemia de HIV. Nesse modelo, estratégias de prevenção baseadas em tecnologias biomédicas e intervenções comportamentais são amparadas por aspectos estruturais – na forma de políticas públicas e marcos legais, por exemplo – e orientadas, preferencialmente, para atenção às populações-chave e prioritárias (BRASIL, 2017c).



**Figura 1: Mandala da prevenção combinada.**



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (BRASIL, 2017c).

Segundo a UNAIDS (2010), embora no senso comum a ideia de combinação de métodos como uma forma eficaz de pensar prevenção não seja novidade, raramente ela foi operacionalizada nos programas e políticas governamentais. Parte da dificuldade na gestão e planejamento de políticas de saúde é explicada por certa insegurança por parte dos/as dirigentes em investir esforços e recursos em ações estruturais com resultados a médio e longo prazo ao invés de concentrar a atenção em estratégias que implicariam redução imediata dos riscos individuais. No entanto, os registros de novos casos de infecção nos diversos países comprovam que os melhores resultados foram aqueles que se basearam na combinação de diferentes abordagens, nos três níveis de intervenção, para guiar estratégias e ações preventivas de enfrentamento ao HIV (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010).

Na busca de uma síntese do paradigma da prevenção combinada à infecção pelo HIV, enumeramos alguns dos pontos principais discutidos na literatura<sup>6</sup> (GRANGEIRO et al., 2015a; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010; ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009; BRASIL, 2017b):

<sup>6</sup> Maior destaque será dado a alguns elementos em relação a outros por critério de relevância e pertinência aos objetivos deste trabalho. Mais informações poderão ser obtidas consultando a literatura citada.

- I. O uso concomitante de diferentes métodos e estratégias preventivas vem se mostrando como uma eficiente maneira de maximizar os efeitos protetivos de métodos isolados. Contudo, devida atenção deve ser direcionada às formas que os determinantes sociais e contextuais inerentes a cada contexto de potencial exposição ao vírus. Por exemplo, mesmo o preservativo masculino sendo reconhecidamente um método de barreira seguro e eficaz, indivíduos em situação de extrema pobreza e de violação dos direitos humanos não terão as mesmas chances de proteção que indivíduos em situações econômicas mais favorecidas. Nesse sentido, o preservativo quando usado de forma combinada (com TS-HIV regular, PrEP e com amparo de políticas públicas eficientes) aumentaria as chances de proteção, mesmo em contextos onde a agência dos indivíduos está prejudicada;
- II. No paradigma da prevenção combinada, maior enfoque é dado às questões sociais e estruturais relacionadas à vulnerabilidade à infecção pelo HIV em comparação a modelos conceituais anteriores (*vide* ideia de grupos de risco, por exemplo). De fato, nesse modelo é muito importante a participação de diferentes órgãos e instituições governamentais e de organização não-governamental no planejamento de ações e políticas públicas intersetoriais de equidade para o combate aos diferentes níveis de vulnerabilidades de indivíduos e segmentos específicos. Dessa forma, os dados epidemiológicos de distribuição dos casos de HIV tornam-se importantes ferramentas para o devido planejamento de programas preventivos, cabendo às autoridades a caracterização da distribuição geográfica dos casos de HIV sem deixar de levar em consideração as perspectivas das comunidades mais afetadas;
- III. Recusa à ideia de *grupos de risco* partindo da premissa de que nem todas as pessoas numa mesma região, território ou posição quanto aos marcadores sociais de raça/cor, orientação sexual, faixa etária ou situação econômica, por exemplo, compartilham do mesmo risco ou estão igualmente expostas/protegidas de serem infectadas pelo HIV. Importantes exemplos, nesse sentido, são as profissionais do sexo e os homens heterossexualmente ativos: enquanto o primeiro grupo é altamente estigmatizado e tido, *à priori*, como altamente *em risco* à infecção pelo HIV, o segundo grupo é, coletivamente e historicamente, reconhecido como um segmento externo à epidemia, ou seja, protegido por sua orientação sexual normativa;
- IV. Maior poder de agência é dado às pessoas que poderão, nesse modelo, manejar e gerenciar seus riscos com ferramentas que, de fato, sejam eficientes e que possam ser incorporadas em seus cotidianos sem comprometer sua autonomia e liberdade. A literatura científica aponta que esse ponto é um grande desafio a ser enfrentado pelos órgãos governamentais

porque é perpassado por questões econômicas, pelas políticas de acesso aos bens e serviços públicos, pela capacitação dos/as profissionais que lidarão diretamente com os programas de prevenção etc.;

- V. O modelo da prevenção combinada estimula maior sinergia e gerenciamento entre ações governamentais de prevenção em diversos países que, na maioria das vezes, possuem atuação conjunta de diversos programas segmentados e com pouca sincronia. Além disso, em outro plano, esse modelo possibilita maior articulação de programas entre diferentes países que, até então, eram muito fragmentados e com pouca comunicação entre si. Em um mundo cada vez mais globalizado e reflexivo, com fronteiras entre os países cada vez mais fluidas, ações coordenadas entre nações podem configurar oportunidades de enfrentamento à epidemia do HIV;
- VI. Há ainda dificuldade na reprodutibilidade dos programas exitosos em combinar diferentes níveis de intervenção com base em evidências científicas, por carência nas informações fornecidas pelos/as pesquisadores/as no momento da divulgação dos resultados na literatura. Além disso, a adaptação e implementação de programas bem sucedidos realizados em locais de boa infraestrutura, onde geralmente as pesquisas são realizadas, levariam países pobres, ou localidades com menos recursos, a terem dificuldades em colocarem em prática tais programas;
- VII. Finalmente, o modelo da prevenção combinada disponibilizou diversas ferramentas para o planejamento, implementação e monitoramento dos programas baseados em prevenção à infecção pelo HIV, instrumentos esses que norteariam desde políticas a nível governamental até ações localizadas e pontuais; em nível nacional ou internacional. Segundo a UNAIDS, o monitoramento e a avaliação dos programas de prevenção, por sua vez, necessitam de maiores esforços e investimentos substancialmente maiores que em outras abordagens de prevenção à infecção pelo HIV e isso se deve à necessidade não só de melhor descrever o que já está ocorrendo, mas também de poder perceber, mediante uso de métodos de triangulação de dados quantitativos e qualitativos de avaliação, os resultados intermediários que contribuirão para um futuro resultado final (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010).

Por fim, a abordagem da prevenção combinada só será bem-sucedida caso tenha o envolvimento de diferentes atores e atrizes, estejam eles/as atuando no âmbito mais geral ou em ações mais localizadas e específicas. Nos termos da UNAIDS (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2010, p. 11),

a prevenção combinada requer o envolvimento ativo e a colaboração de diversos setores e partes interessadas. Isso, por sua vez, requer a abertura de novos espaços públicos de diálogo e ações conjuntas. Uma prevenção combinada vai aproveitar a sabedoria, experiência e alcance programático único de comunidades afetadas, organizações religiosas, o setor privado, grupos de mulheres e pessoas vivendo com HIV, assim como o governo, prestadores de serviços não governamentais e pesquisadores [tradução nossa].

## E ONDE FICA A PEPsexual NESSA HISTÓRIA?

Dentre todas as possibilidades disponíveis no leque da prevenção combinada, houve, nos últimos anos, um grande destaque para os métodos biomédicos baseados em terapia antirretroviral, como a Profilaxia Pré e Pós-exposição Sexual Consentida (PrEP e PEPsexual, respectivamente). Em síntese, tais métodos consistem no uso de antirretrovirais por via oral, tópica ou intravenosa – antes ou após a exposição ao vírus – a fim de evitar a soroconversão por pessoas soronegativas (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2017).

Poucos estudos foram conduzidos nas últimas décadas para verificar a eficácia e a aplicabilidade da PEP como método preventivo em situações de exposição sexual consentida. No entanto, a sustentação dessa profilaxia como método de prevenção para exposições por transmissão sexual, e a consequente recomendação pela OMS, em 2014, se deu através dos resultados positivos em estudos realizados em animais, após exposições ocupacionais em profissionais da saúde, após exposições sexuais não consensuais e por transmissão vertical (BRASIL, 2010; BLACK, 1997; IRVINE et al., 2015; SCHECHTER et al., 2004; SULTAN; BENN; WATERS, 2014; WORLD HEALTH ORGANISATION, 2014).

Desde 1998 a PEP já estava disponível como método de prevenção ao HIV em vários países do mundo e, no ano seguinte, em 1999, ela ficou disponível no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) para os casos de exposição ocupacional e por decorrência de casos de violência sexual. Somente uma década depois, em 2010, a profilaxia passou a ser prescrita para situações onde a exposição se deu por via sexual consentida (PEPsexual<sup>7</sup>) (BRASIL, 2017c; MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015).

Diversos estudos e protocolos clínicos nacionais e internacionais recomendam o início da profilaxia mais precocemente possível e com prazo de até 72 horas após exposição para início dos ARVs (IRVINE et al., 2015; OTTEN et al., 2000; BRASIL, 2017c). Os relatos de

---

<sup>7</sup> Usaremos a sigla “PEP” e “PEPsexual” de maneira distinta no âmbito deste texto. A “PEPsexual” será utilizada quando a intenção for de fazer referência ao uso da terapia antirretroviral em casos de exposição sexual *consentida*, ao passo que “PEP” será utilizada genericamente para fazer referência a profilaxia pós-exposição independentemente da forma da exposição ao HIV.

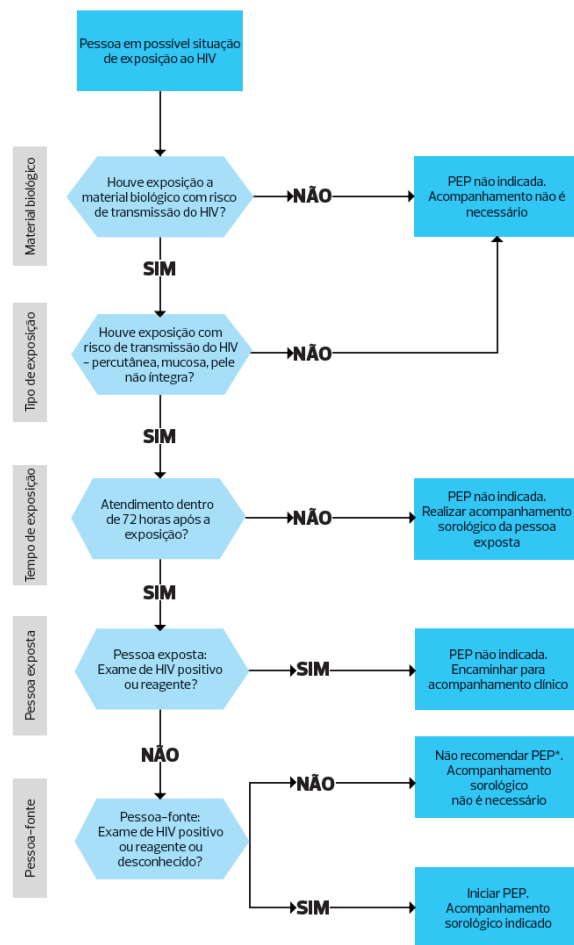
falha da medicação são baixos e são explicados devido à pouca adesão, incompletude do tratamento, atraso no início dos ARVs ou por novas exposições continuamente ao HIV durante o tratamento (COHEN et al., 2007; ROLAND et al., 2001; ROSS et al., 2006; SONDER et al., 2010). Nas recomendações brasileiras para o acolhimento dos/as potenciais usuários/as de PEPsexual destacam-se: atendimento em local adequado e acessível às populações-chave, respeito à privacidade e isenção de julgamentos morais. Além desses aspectos, é mencionado que os serviços se organizem para que o atendimento inicial seja realizado em um dos serviços ambulatoriais de atenção especializada em HIV/aids ou em serviços de urgência que atendam tais demandas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017b, BRASIL, 2017c).

Os tipos de exposições que são considerados com risco de transmissão do HIV e que são indicados ao uso da PEPsexual são aqueles os quais houve contato com sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas, líquido amniótico, líquido articular e leite materno. Em situações de contato com suor, lágrimas, fezes, urina, vômito, secreções nasais e saliva (desde que não tenham a presença de sangue) ou quando o/a parceiro/a é sabidamente soronegativa para o HIV, não há indicação de PEP (BRASIL, 2017c).

No Brasil, o esquema profilático preferencial é o que combina o tenofovir com lamivudina e dolutegravir. Segundo o protocolo clínico do Ministério da Saúde, esse esquema possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa que, segundo as diretrizes, propicia melhor adesão e manejo clínico. Entretanto, esquemas alternativos podem ser prescritos caso haja algum impedimento – de ordem fisiológica, por exemplo – em relação aos componentes preferenciais (BRASIL, 2017c).

A figura 2, do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição de Risco à Infecção Pelo HIV, ISTs e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, sintetiza o fluxo de atendimento indicado para a prescrição de PEPsexual que deve ser considerado pelos/as profissionais de saúde no momento da triagem clínica (BRASIL, 2017c).

**Figura 2: Fluxograma de atendimento de PEPsexual.**



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (BRASIL, 2017c). \* PEP poderá ser indicada se a pessoa fonte tiver exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à janela imunológica.

Os protocolos de PEP adotados em todo o mundo preconizam retorno ao serviço após uso da medicação para acompanhamento sorológico e clínico. A recomendação brasileira recomenda quatro retornos para exames laboratoriais de seguimento de PEPsexual: o primeiro referente ao momento da prescrição; o segundo na segunda semana após início da profilaxia; o terceiro na quarta semana; e o último na 12<sup>a</sup> semana após prescrição (BRASIL, 2017c).

A idade do/a usuário/a, o tipo da parceria no momento da exposição e a incompletude da terapia são fatores associados com as, ainda baixas, taxas de *follow-up* (GANTNER et al., 2015). Por outro lado, o bom acolhimento e acompanhamento individualizado dos/as pacientes logo após prescrição e ao longo do tratamento, bem como a receptividade do serviço em auxiliar no manejo de eventuais efeitos adversos, foram apontados pela literatura como soluções para garantir ótima adesão e continuidade do tratamento (KAHN et al., 2001; MAKSUD et al., 2015; OZ et al., 2017).

Os principais efeitos adversos relacionados ao uso de ARVs se referem a desequilíbrios gastrointestinais (diarreia, ânsia e vômito), cansaço, cefaleia, além de consequências psicológicas – relacionadas ao sentimento de autopunição, por exemplo. No entanto, apesar de frequentes, os efeitos adversos ainda são pouco associados à interrupção do tratamento (CHAN et al., 2013; LUNDING et al., 2010; LUQUE et al., 2007; RABAUD et al., 2005; TISSOT et al., 2010).

Ao longo dos últimos anos de pesquisas, alguns problemas foram levantados e se referem ao acesso e qualidade da informação sobre PEP, bem como a busca e uso efetivo da profilaxia em contextos de exposição sexual consentida. Em síntese, os principais pontos poderiam ser resumidos nos seguintes tópicos<sup>8</sup>:

- I. Apesar de o grande entusiasmo que emergiu no campo da prevenção à infecção pelo HIV trazido pelos métodos biomédicos baseados no uso de ARVs, a disponibilidade de tais insumos, como a PEPsexual, no contexto do SUS, ainda é deficiente em diversas regiões do país. Além disso, alguns estabelecimentos de saúde especializados possuem período de funcionamento limitado ao horário comercial, o que prejudicaria os trabalhadores em geral e alguns segmentos mais que outros, como as profissionais do sexo que trabalham geralmente à noite e durante o dia descansam, por exemplo. Nesse mesmo sentido, os homens trabalhadores em geral também poderiam ser prejudicados porque teriam que faltar ao trabalho para poderem acessar os serviços de saúde (IZULLA et al., 2013);
- II. Por assumir caráter de urgência e requerer início terapêutico imediato, muitas das pessoas em situação de vulnerabilidade social necessitariam de conhecimentos sobre a PEPsexual previamente à exposição para que, quando ocorressem tais exposições, buscassem ajuda em tempo hábil para uso da profilaxia. Em outro sentido, a falta de conhecimento dos/as profissionais de saúde sobre a PEPsexual contribuem ainda mais para a subutilização do método pelos/as potenciais usuários/as (COHEN et al., 2013).

As atividades educativas e de militância da comunidade LGBT são exemplos de ações efetivas para o aumento da conscientização e uso da PEPsexual (COHEN et al., 2013). No entanto, alguns segmentos, como os homens e mulheres heterossexuais, podem não ser contemplados por essas ações educativas, vindo a necessitar, portanto, de intervenções estruturais e sustentadas por políticas e programas de nível governamental;

---

<sup>8</sup> Para fins de interesse desse texto, daremos maior destaque a alguns pontos do que a outros, mas sem perder de vista a pertinência e importância dos demais num contexto mais amplo.

- III. O conhecimento e a busca pela PEPsexual ainda são restritos a grupos de características específicas e ainda pouco conhecido pelas pessoas em situação de alta vulnerabilidade (FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013; LUNDING et al., 2010; WALTERS et al., 2017).

Estudos têm mostrado que os conhecimentos sobre os métodos baseados em ARVs, sobretudo a PEPsexual e PrEP, estão acessíveis de maneira desigual entre categorias de gênero e orientação sexual: HSH, por exemplo, possuem até duas vezes mais informações sobre as indicações e sobre a existência desses métodos de prevenção em comparação aos homens heterossexuais e às mulheres em geral (FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013; MEHTA et al., 2011). Explicações para a diferença no acesso à informação se devem, em parte, ao fato de os HSH manterem mais relacionamentos a partir de *sites* de encontro na *internet*, onde campanhas informativas são frequentemente vinculadas e pela maior presença em redes de apoio, como ONGs e coletivos, na qual informações sobre métodos e estratégias de prevenção costumam circular com mais receptividade. A proximidade com o estigma da aids entre HSH, devido à intensa associação nos primeiros anos da epidemia, também se mostrou associada ao maior conhecimento sobre PEPsexual (FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2014; MEHTA et al., 2011; PRATI et al., 2016; WALTERS et al., 2017).

A desigualdade no conhecimento e no acesso às estratégias de prevenção tende a aumentar ao passo que outros *marcadores sociais*, como raça e classe, são incluídos na análise. Homens heterossexuais negros e pobres, por exemplo, são ainda mais invisibilizados nas estratégias e programas de prevenção à infecção pelo HIV em comparação aos HSH ou homens brancos em geral (ADIMORA et al., 2006; BOWLEG et al., 2014; BOWLEG; RAJ, 2012; CROSBY et al., 2013; RAJ; BOWLEG, 2012);

- IV. Geralmente, as pesquisas que investigaram as características do tipo de parceria no momento da exposição sexual que motivaram a busca pela PEPsexual das pessoas em geral sugerem que a maioria das exposições se dá em relações eventuais e com parcerias casuais – com pouco ou nenhum vínculo prévio. Nesse tipo de arranjo, poucos pacientes conhecem o *status* sorológico da/s parceria/s, o que aumenta as chances de uso desnecessário da profilaxia quando a parceria era soronegativa ao HIV (POYNTEN et al., 2007);
- V. Alguns estudos sugerem que, para a maioria dos indivíduos, os efeitos adversos são bem administrados e interferem pouco nas taxas de conclusão do tratamento. Entretanto, para outros, experiências mais negativas estão fortemente associadas à interrupção do tratamento, bem como interferem diretamente na adesão aos ARVs (CHAN et al., 2013;



LUQUE et al., 2007; MAYER et al., 2012; RABAUD et al., 2005; TISSOT et al., 2010). Sendo a adesão um elemento crucial para o sucesso da profilaxia, a literatura destaca que o vínculo com o serviço deve ser continuamente buscado para que os/as usuários não só tenham acesso aos insumos de prevenção, mas também se beneficiem de outras estratégias de cuidado; como no surgimento de eventos adversos no geral, por exemplo (GRANGEIRO et al., 2015b);

A avaliação pessoal do risco é fortemente influenciada por diversos elementos contextuais do ambiente e pelos *marcadores sociais da diferença*, o que leva a diferentes percepções de risco e vulnerabilidade entre as pessoas. A mesma ação (penetração anal, por exemplo) pode despertar percepções diferentes de perigo a depender dos indivíduos envolvidos (casal homossexual masculino ou heterossexual, por exemplo), do cenário (rua, motel ou em casa, por exemplo) e de outros elementos presentes no momento da exposição (uso de álcool e drogas, por exemplo). Se a parceria no momento da exposição for eventual e com profissional do sexo, o risco/perigo será percebido de maneira distinta ao risco percebido quando a exposição é com parceria fixa.

As variações na percepção do risco influenciam na decisão de busca dos serviços de saúde pelas pessoas, bem como na decisão por uso da PEPsexual. Em outras palavras, se uma pessoa não se percebe em risco durante a prática de penetração anal desprotegida com parceria casual pode não buscar a profilaxia a tempo e acabar se infectando pelo HIV, por exemplo. As implicações de tais distinções na percepção do risco podem expor indivíduos que tiveram exposição com pessoas pertencentes aos grupos hegemônicos na sociedade, mas que podem também ser portadores de IST/HIV/aids (COHEN et al., 2013; SCHECHTER et al., 2004). Ilustrativamente, um estudo revelou que homens heterossexualmente ativos tendem a usar menos o preservativo quando a parceira é percebida como atraente (ELEFTHERIOU et al., 2016).

Por fim, vários fatores influem na percepção do risco entre as pessoas durante suas práticas sexuais e todos esses elementos estão relacionados com a forma *de gerenciamento do risco individual*. Esse tema é muito importante para acessarmos o universo dos significados atribuídos por segmentos de homens heterossexualmente ativos ao HIV em termos de risco e prevenção, bem como no seu gerenciamento cotidiano;

- VI. Com a implementação de novos métodos de prevenção, emerge também a preocupação que essas novas tecnologias possam levar ao aumento de *comportamentos de risco* pelos segmentos mais afetados pela epidemia de HIV. O cerne desse debate parte do entendimento que os/as usuários/as de métodos de prevenção baseados em ARVs poderiam modificar seu

comportamento sexual e de percepção do risco individual, ampliando, por sua vez, a intensidade ou o número das práticas desprotegidas devido à sensação de proteção oferecida por esses métodos. Há ainda muita controvérsia na literatura e muito ainda precisa ser investigado, além disso, não existem estudos consistentes disponíveis sobre comportamento de risco e prevenção pós-PEPsexual em homens heterossexualmente ativos (HEUKER et al., 2012; KÖRNER; HENDRY; KIPPAX, 2006; MARTIN et al., 2004; POYNTEN et al., 2009; PRATI et al., 2016).

## MARCOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS NORTEADORES

O olhar analítico que daremos aos dados empíricos produzidos no contexto desta pesquisa se ancora em duas vertentes teóricas: uma que pensa as **masculinidades** como construção social numa perspectiva relacional de gênero situada sócio-historicamente e outra que pensa o **risco** para além do campo epidemiológico; que considera os novos e diferentes significados e implicações que podem emergir numa sociedade cada vez mais complexa e onde os limites entre as noções de risco, proteção e prazer se tornam cada vez mais tênues.

### AS MASCULINIDADES, AS HETEROSSEXUALIDADES E A SAÚDE DELES

Nas diferentes sociedades e considerando as transformações históricas, os homens e as mulheres foram classificados/as e diferenciados/as uns dos outros de distintas maneiras, sob diversas matrizes discursivas, e para atender distintos propósitos. Ou seja, as diferenças sexuais (re)conhecidas atualmente estão localizadas e possuem uma origem remota. Na sociedade grega, por exemplo, as crenças nos/as deuses/as e astros explicavam as diferenças entre os seres. Nessa sociedade, os homens e as mulheres possuíam, de alguma forma, o mesmo sexo, entretanto, nos homens houvera influência solar suficiente para que seus órgãos fossem expostos, externalizados. Em contraste, nascia-se mulher quando essa energia (força) fosse fraca ou insuficiente (COSTA, 1995; LAQUER, 2001; PINHEIRO; COUTO, 2008).

Com o passar dos séculos, outros discursos assumiram o poder de nomear e distinguir os homens das mulheres. A partir do século XVIII – período marcado pela grande influência do Iluminismo, do nascimento das ciências biomédicas e do pensamento cartesiano estruturador das sociedades ocidentais – prevaleceu a dualidade mente-corpo, sendo que o primeiro era visto como uma máquina que necessitava ser investigada e suas estruturas e funcionamento completamente bem compreendidos. Até meados do século XIX, o corpo masculino era considerado o modelo ideal e perfeito, enquanto o feminino uma variação, deficiente. Não por acaso, foi também nesse período – final do século XIX – que surgiram as primeiras disciplinas médicas que versavam sobre o corpo feminino a fim não só de entendê-lo, mas também de domesticá-lo e medicalizá-lo (COSTA, 1995; LAQUER, 2001; PINHEIRO; COUTO, 2008).

Somente no século XX as mulheres assumiram mais intensamente seu papel no mundo político – até então mundo dos homens – e diversos movimentos organizados emergiram em diversos países, sobretudo nos anglo-saxões. As pautas das mulheres foram sendo modificadas ao longo deste século e estavam articuladas com os acontecimentos históricos da época. As feministas do movimento sufragista do início do século, por exemplo, reivindicavam direito ao

voto e de serem votadas e, somente após a Segunda Guerra Mundial, o direito ao corpo e a vivência da sexualidade começou a aparecer na pauta de reivindicações das mulheres, estivessem elas nas metrópoles ou na periferia mundial<sup>9</sup> (CONNELL; PEARSE, 2015).

Nas últimas décadas do século XX, as problematizações feministas sobre o lugar da mulher nas sociedades foram incorporadas nas agendas de pesquisas e formulações teóricas nas universidades, especialmente norte-americanas e europeias. Para diversos/as autores/as, foi nesse momento que houve uma virada conceitual de estudos das mulheres para estudos de gênero e, a partir daí, a categoria *gênero* ganhou cada vez mais força como instrumento analítico e interpretativo das estruturas organizacionais da sociedade, bem como das maneiras que as pessoas se posicionam nessa trama de *relações de poder* (COUTO, 2016; GARCIA et al., 1998; GOMES, 2008). Se, por um lado, os estudos das mulheres partiram da crítica à subordinação feminina e seguiram no sentido da problematização à indiferenciação das experiências e inclusão das diversidades das mulheres; por outro, os estudos dos homens e das masculinidades já partiram, em certa medida, desse último estágio, alcançado devido ao amadurecimento teórico-conceitual proveniente do feminismo nas décadas anteriores (COUTO, 2016; GARCIA et al., 1998).

No que se refere especificamente ao termo *masculinidade*, este surge pela primeira vez já no século XVIII para designar as diferenças entre os sexos, mas foi somente por volta da década de 1970 – com grande protagonismo do movimento feminista, influência do movimento anti-guerra e da revolução sexual – que surgiram os primeiros estudos exploratórios que se interessavam pela temática “homens e saúde”. Naquele momento, a produção científica proveniente do movimento feminista foi fundamental para o reconhecimento que os modelos tradicionais associados ao *ser homem* nas diferentes sociedades eram os grandes responsáveis pelos indicadores desiguais de saúde-doença entre os gêneros (GOMES, 2008; SABO, 2000).

Ao longo da década seguinte, a partir do movimento gay que se organizava para compreender e conter as consequências da recém-chegada epidemia de HIV, o termo *masculinidades* surgiu como alternativa à categoria *homem* e abriu, naquele momento, espaço para pensar diferentes formas de ser homem e como essas diferentes vivências se relacionam umas perante as outras (GOMES, 2008). Adicionalmente, nesse período, a epidemiologia, a

---

<sup>9</sup> A noção de metrópoles e periferias, bem como a de países do Norte e do Sul global são, para Connell e Pearse (2015), não uma forma de diferenciação territorial, mas referente ao papel colonizador de cada país e das características herdadas por eles. Além disso, as relações políticas e econômicas no atual período de globalização neoliberal também são consideradas.

sociologia e a psicologia contribuíram com diversas ferramentas conceituais e metodológicas para a expansão das discussões de gênero e saúde (SABO, 2000).

Até esse momento, os esforços caminhavam no sentido do reconhecimento dos mecanismos que poderiam explicar como os homens, apesar de serem entendidos como mais fortes e menos vulneráveis que as mulheres, ainda assim tinham expectativa de vida menor, morriam mais por causas externas e eram os mais acometidos pela maioria das doenças crônicas e HIV (SABO, 2000).

Somente na década de 1990, os *estudos de gênero* se estabeleceram academicamente agregando o então conhecido “estudos de mulheres” com as questões e demandas próprias da comunidade LGBT daquela época. Foi também nesse momento que outros *marcadores sociais da diferença* (como raça, classe e orientação sexual) começaram a ser incorporados às pesquisas com o intuito de ampliar a compreensão das distribuições desiguais das doenças, não somente entre homens e mulheres, mas também dentro das próprias categorias de gênero, segundo outras características individuais e coletivas (GOMES, 2008; SABO, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Para Connell (1995), as *relações de gênero* são produzidas nas interações e por meio das práticas executadas no cotidiano das pessoas. Essas práticas, apesar de acontecerem e serem produzidas no nível das microrrelações, reproduzem ideais coletivos de determinada sociedade e são historicamente localizadas, logo, são modificadas e ajustadas em diferentes contextos. Partindo da perspectiva relacional de gênero, o tema das *masculinidades* não deve ser pensado de maneira distinta das *feminilidades* e tampouco sem considerar a diversidade intrínseca a cada uma dessas categorias. Além disso, a percepção das influências de outras dimensões sociais constitui como um dos maiores desafios propostos às pesquisas em gênero (CONNELL; PEARSE, 2015; CONNELL, 1995; GARCIA et al., 1998).

No âmbito dos ideais coletivos, a ordem de gênero que origina e diferencia as *masculinidades* das *feminilidades* são localizadas numa hierarquia fortemente ancorada em preceitos patriarcais. Nessa mesma lógica, a *masculinidade hegemônica* não é somente hegemônica em relação às outras masculinidades (subalternas e marginalizadas), mas a toda ordem de gênero. Em outras palavras, a masculinidade hegemônica expressa poder (CONNELL, 2005; GOMES, 2008).

Gomes (2008) sintetiza bem as premissas que validam e estão associadas à masculinidade hegemônica: a) tem nos ideais do patriarcado o ponto de partida que reconhece os homens como superiores às mulheres; b) não está relacionada diretamente às pessoas mais poderosas economicamente, mas sim a um tipo modelar – ou seja, ideal – de masculinidade; c)

guia a maneira dos homens se relacionarem com as mulheres e naturaliza as hierarquias de gênero; d) não é um modelo fixo e constante, o que permite adequações culturais e situacionais; e) é uma posição que deve ser conquistada e não dada ou passada de uma pessoa para outra, como outros sistemas de opressão e; f) precisa ser analisada numa estrutura mais ampla, considerando outras variáveis e marcadores. Além disso, a força física e mental, autonomia, disposição para trabalhar e a própria heterossexualidade são entendidos como eixos estruturantes e que sustentam o conceito de masculinidade hegemônica. São essas mesmas características que posicionam os homens, em geral, hierarquicamente acima das mulheres, mas que também os expõe à diversas enfermidades e agravos à saúde (GOMES, 2008).

No que tange à presença dos homens nas políticas e ações de prevenção e promoção em saúde, a partir da perspectiva da construção social das masculinidades, estes nunca tiveram papel de destaque e protagonismo, à exceção das políticas voltadas à saúde do trabalhador (COURTENAY, 2000; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Além disso, possuíam presença tímida nas pesquisas científicas que versavam sobre as questões específicas relacionadas ao campo da saúde, deixando-os subtendidos na “população em geral”. Contudo, a ausência masculina é ainda mais evidente quando se observa a articulação de gênero com outros *marcadores sociais* como raça/cor, classe, geração e orientação sexual, por exemplo. Sendo que, nesta última (orientação sexual), a construção cultural da masculinidade hegemônica centrada na heteronormatividade, tende a afastar ainda mais os homens heterossexuais da atenção à saúde, pois, ser homem, dentre outros ideais, é ser inabalável (CONNELL, 1995; HIGGINS; HOFFMAN; DWORKIN, 2010; MARQUES JUNIOR; GOMES; NASCIMENTO, 2012).

Compreender a evolução da epidemia de HIV/aids dos anos 1980 até os dias atuais, bem como as representações coletivas envolvidas, é bastante ilustrativo acerca de como os eixos estruturantes de masculinidade (força, autonomia, invulnerabilidade etc.) influenciam na forma como os homens se reconhecem e lidam com questões relacionadas à saúde. Foi somente na década de 1990 que a saúde da população masculina passou a ser incorporada nas discussões sobre saúde-adoecimento-cuidado (COUTO; GOMES, 2012; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005), mas diversos/as autores/as têm apontado para o fato de que os homens heterossexuais ainda eram frequentemente invisibilizados nas estratégias e ações de prevenção à infecção pelo HIV (COURTENAY, 2000; COUTO et al., 2018; GOMES, 2008; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015; SABÓ, 1999; VILLELA; ARILHA, 1998).

O apagamento dos homens heterossexuais se deu por diferentes motivos, sendo o primeiro relacionado ao perfil dos principais acometidos com a aids na década de 1980, no qual

os homossexuais masculinos, os estrangeiros (sobretudo os haitianos) e usuários/as de drogas injetáveis eram os principais segmentos vitimizados e acabaram por assumir a centralidade nas discussões que, via de regra, estavam muito pouco interessadas em relação à sua saúde e proteção. Paralelamente, foi também nesse período que a militância LGBT<sup>10</sup>, como o grupo ACT UP<sup>11</sup> nos Estados Unidos da América (EUA), se mobilizou, formulou e propôs estratégias de prevenção e enfrentamento à epidemia que pudessem dar conta de minimizar os sofrimentos e as mortes causadas por essa nova doença (PARKER, 2011).

A representação coletiva predominante naquele momento era que a aids seria uma doença intimamente relacionada ao modo de ser e viver, não só do homossexual, mas de todos os desviantes. Se, por um lado, criou-se um longo processo de estigmatização desses segmentos, por outro, fez com que os homens heterossexuais se sentissem protegidos e até “blindados” diante dessa enfermidade. O entendimento entre os homens heterossexuais de que a aids consiste em uma “doença dos outros” ainda persiste no imaginário coletivo e repercute na forma como seu lugar no contexto atual da epidemia é percebido, tornando-os também vulneráveis à infecção pela noção de “não pertencimento” a um “grupo de risco” (GOMES; SOUZA; REBELLO, 2011; GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; HIGGINS; HOFFMAN; DWORKIN, 2010; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015; MARQUES JUNIOR; GOMES; NASCIMENTO, 2012; VILLELA; ARILHA, 1998).

Um segundo ponto se refere às implicações da noção de grupos de risco e o efeito sobre os homens heterossexuais. Villela (1998) argumenta que, a partir do entendimento de “grupo de risco”, subentende-se que existe um “grupo sem risco”, sendo esse ocupado pelos relacionamentos heterossexuais, haja vista que este é validado pela sociedade como o tipo normal e ideal. Deste modo, os homens se colocam afastados da necessidade de reconhecimento das situações de vulnerabilidades que possam os afetar. Adicionalmente, o fato de os homens heterossexuais não serem entendidos e não se perceberem como minorias sexuais, conseqüentemente, não se sentirem discriminados por suas práticas, dificulta a mobilização política em prol da conquista ou garantia de direitos, sobretudo os sexuais (VILLELA; ARILHA, 1998).

---

<sup>10</sup> Muitas produções cinematográficas baseadas em fatos reais ilustram como se deu essa mobilização política de sobrevivência dos homens gays nos primeiros anos de epidemia. Filmes como “The Normal Heart”, dirigido por Ryan Murphy, lançado em 2014 e o “120 Battements par Minute”, do francês Robin Campillo, lançado em 2016, são bons exemplos desse movimento nas décadas de 1980 e 1990.

<sup>11</sup> Sigla de “AIDS Coalition to Unleash Power”. Grupo norte-americano que “organizou diversos protestos relativos à políticas públicas e à intolerância da aids, invadindo bolsas de valores de Nova York, bloqueando a ponte Golden Gates e interrompendo os noticiários da CBS” (SPARGO, 2017, p. 30).

É importante salientar que os marcos referenciais de masculinidades e feminilidades fazem com que a prevenção não só ao HIV, mas também às outras ISTs e à gravidez indesejada seja difícil para os homens e mulheres de diferentes maneiras. No tocante aos homens, por exemplo, os acordos de prevenção podem contradizer as prescrições da masculinidade hegemônica, o que explicaria porque os homens muitas vezes evitam falar sobre prevenção com suas parceiras sexuais. Villela exemplifica:

[...] Por exemplo, se um homem se mostra preocupado com a prevenção na hora do ato sexual, isso pode significar, para a parceira, um sinal de fraqueza ('cara chato, preocupado com doenças...'), desconfiança ('está me chamando de puta?') ou confissão de problemas 'inconfessáveis' ('será que ele tem aids?', 'será que ele é bissexual?') (VILLELA; ARILHA, 1998, p. 137).

Por fim, diante do atual cenário da epidemia de HIV, torna-se urgente o abandono da noção, ainda muito presente no senso comum e em boa parte da literatura científica, de que o segmento dos homens heterossexuais consiste num grupo homogêneo e que compartilha características idênticas entre si, o que levaria, portanto, ao apagamento desses sujeitos nas políticas e programas de prevenção à infecção pelo HIV (COUTO et al., 2018; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015). Além disso, características relacionadas às masculinidades estão condicionadas aos diferentes contextos e de maneiras diversas quando marcadores sociais da diferença são considerados (COURTENAY, 2000). Evidenciar, portanto, a diversidade nesse segmento é também visibilizá-los em suas diferentes cores/raça, orientações sexuais, situações econômicas e origens étnicas, por exemplo, nas políticas e programas de saúde, bem como (re)conhecer cada subjetividade e vulnerabilidade no amplo contexto da prevenção (COUTO et al., 2018; GOMES et al., 2011a; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015).

Todos esses fatores confluíram com a heterossexualização da epidemia, que, nos dias atuais, é a principal via de infecção pelo HIV. No Brasil, apesar de a literatura não focalizar os homens como também vulneráveis, as taxas de detecção de aids neste segmento têm aumentado nos últimos dez anos. Segundo dados do Boletim Epidemiológico – Aids/IST do Ministério da Saúde, só no ano de 2016, 35,9% dos casos (8.266) notificados de indivíduos com 13 anos ou mais eram de homens heterossexuais, e somente entre o período de janeiro a junho de 2017, esse número já alcançava a marca de 3.588 indivíduos diagnosticados em todo Brasil (BRASIL, 2018).



## O RISCO E O QUE OS HOMENS HETEROSSEXUAIS TÊM A VER COM ISSO

O conceito de risco carrega consigo diferentes significados e assume características e aspectos diferentes para várias áreas de conhecimento. Em linhas gerais, as disciplinas que historicamente desenvolveram e utilizam o conceito de *risco* podem ser categorizadas em quatro grandes grupos, a saber: *as ciências econômicas*, que buscam nas análises de risco a possibilidade de avaliar as chances de ganhos e perdas, bem como os custos econômicos relacionados; *a engenharia*, que analisa as consequências da implantação de novas tecnologias na sociedade através de análises quantitativas e de gerenciamento de risco – risco de desabamento, por exemplo; *a epidemiologia*, que desde a década de 1950 utiliza o conceito para o estudo da distribuição das doenças e que, desde então, vem ampliando cada vez mais a sua utilidade através dos estudos com abordagem, majoritariamente, quantitativa; e por fim, *as ciências sociais*, que buscam compreender o caráter social e construído do risco, para além de quantificá-lo e mensurá-lo, mas, sobretudo compreender como ele é percebido (CASTIEL; GUILAN; FERREIRA, 2010).

Tanto o conceito epidemiológico, quanto o das ciências sociais, são úteis para o campo dos estudos de prevenção à infecção pelo HIV/aids. Na epidemiologia, por exemplo, o risco se refere à “probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora), em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado” (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2009). Diante dessa definição, torna-se fácil perceber a utilidade desse conceito para pensar como certas pessoas em determinadas situações e contextos se expõem a agravos à saúde como o HIV e como as chances de exposição se alteram em função do tempo e lugar.

O risco, numa perspectiva sociológica, é abordado no contexto da atual conformação social, que muitos teóricos chamam de *modernidade tardia*, *tardo-modernidade*, ou *modernidade reflexiva*<sup>12</sup>. Para esses teóricos, estamos vivendo num momento de transição do que seria a *alta modernidade*, onde os ideais ocidentais de progresso e desenvolvimento alcançaram seu maior estágio, para um período onde os projetos de desenvolvimento do período industrial não fazem mais sentido como antes e onde o futuro se torna cada vez mais incerto e imprevisível. O risco, nessa perspectiva, seria um conceito explicativo para diferentes temáticas, como os processos saúde-doença, questões ambientais e para os estudos do crime e

---

<sup>12</sup> Nesse trabalho utilizaremos preferencialmente o termo “modernidade reflexiva” em detrimento das demais nomenclaturas por acreditarmos que tal conceito, e seu destaque no caráter reflexivo e de autocrítica nas sociedades contemporâneas, representa e se adequa melhor às análises propostas.

desvio, por exemplo (BECK; GIDDENS; LASH, 2000; GIDDENS, 2012; GIDDENS; SUTTON, 2016).

Para esses teóricos, a noção de *reflexividade* se torna pertinente para a compreensão da forma como as pessoas vivem e lidam com questões trazidas pela sociedade moderna, mas que tomam outras conformações e perspectivas na contemporaneidade. Para esses autores, a modernidade reflexiva é marcada por um processo de destradicionalização, no qual as pessoas estão cada vez mais autoconscientes e autocríticas sobre os acontecimentos que interferem diretamente nos seus cotidianos, além do fato de que os processos de construção das identidades estarem sendo cada vez mais auto produzidos ao invés de herdados das gerações anteriores como na sociedade moderna (BECK; GIDDENS; LASH, 2000; GIDDENS; SUTTON, 2016).

Se anteriormente o risco se tornava inteligível dentro de caracteres objetivos e quantificáveis, com destaque para os cálculos estatísticos e de probabilidade, estaríamos, hoje, vivendo num momento de reflexão, onde o risco e a forma como o percebemos está, cada vez mais, sendo (re)criado dentro da cultura; tornando esse conceito ainda mais complexo e com multivariáveis importantes, refletindo as características dessa mesma modernidade que remodela constantemente suas próprias concepções e certezas (BECK, 2011; BECK; GIDDENS; LASH, 2000).

De maneira distinta a dos riscos do passado, os reais perigos dos dias atuais não são os desastres imprevisíveis da natureza (terremotos e furacões, por exemplo), mas sim as ameaças fabricadas pela sociedade, como as consequências do aquecimento global, as de origem financeira em um mundo altamente globalizado e o terrorismo, por exemplo<sup>13</sup>. Assim, os riscos na modernidade reflexiva, mais do que os do passado, não respeitam fronteiras e governos e suas consequências são generalizadas, podendo alcançar todas as pessoas e todos os lugares, estejam eles envolvidos diretamente ou não com a origem do risco (BECK, 2011; BECK; GIDDENS; LASH, 2000; GIDDENS, 2012; GIDDENS; SUTTON, 2016).

Diferente do que se possa imaginar, o risco na modernidade reflexiva é percebido de maneira diferente, mas não quer dizer que as sociedades tradicionais já não o reconheçam de alguma forma. Entretanto, o debate sobre como o risco passou a ser percebido ganhou nova

---

<sup>13</sup> Para Beck (2011[1944]), na sociedade de risco, os problemas oriundos das iniquidades sociais de classe estariam cada vez mais suplantados a segundo plano, ao passo que as questões mais gerais (como as consequências do aquecimento global) ganhariam mais força política e centralidade nas vidas das pessoas. Os críticos/as de Beck argumentam que a compreensão das proposições de U. Beck se deve ao fato que este é um pesquisador alemão, que percebe e desenvolve suas ideias tendo por base a realidade europeia; que percebe e sofre das consequências negativas da alta industrialização primeiro e com maior intensidade que os habitantes de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil. Adicionalmente, a perda de força de classe estaria muito mais próxima da realidade euro-centrada do autor e que questões mais básicas de distribuição de renda precisariam ser minimamente resolvidas pelos países sub e em desenvolvimento (GIDDENS; SUTTON, 2016; GUIVANT, 2001; IANNI, 2010).

dimensão ao longo do século XX, quando os/as primeiros/as pesquisadores/as começaram a problematizar sobre o que seria de fato “risco”, quais elementos o condicionaria dentro de uma ordem biológica, ambiental e sociocultural e como poderíamos alterar a realidade para que eles fossem amenizados, extintos ou deslocados (DE LUIZ et al., 2013; PERRUSI; FRANCH, 2012).

Mais do que consequências coletivas, os riscos de hoje atingem diretamente o cotidiano das pessoas. Segundo Anthony Giddens e Philip Sutton (2017, p. 97-98):

[...] os riscos de hoje abarcam uma série de mudanças sociais, como mais insegurança em relação a emprego, o declínio da influência das tradições na identidade própria, a erosão de padrões tradicionais de família e a democratização dos relacionamentos pessoais. Como o futuro das pessoas está menos estável e previsível do que no passado, todos os tipos de decisões apresentam novos riscos para os indivíduos.

Além disso, o diferencial na percepção do risco nas sociedades tradicionais e na contemporaneidade é que, para essa última, o discurso e as práticas sobre os riscos são hegemonicamente controlados, pela Ciência e pelo Estado, por meio dos chamados *sistemas expertos*. Dessa maneira, as tramas discursivas que permeiam a produção de saberes sobre o risco agem no sentido da objetivação dos riscos através de cálculos e estatísticas, por exemplo, e que atingem e enquadram os papéis sociais, sendo, portanto, uma forma de também objetivar valores e normatizar corpos. Portanto, o risco pode ser lido como um dispositivo de controle populacional para além das práticas coletivas, mas tendo o centro de controle nas ações e atitudes mais individuais; “o risco é a face contábil do biopoder, isto é, a base estatística da biopolítica” (PERRUSI; FRANCH, 2012, p. 182).

Permeados por essa trama discursiva sobre o risco, os indivíduos estão tendo que encontrar caminhos para lidar com essa estrutura e criar suas próprias definições de risco/perigo, as quais consideram também suas experiências e crenças acumuladas ao longo de suas vidas e não mais somente levam em consideração as falas dos *experts* em risco; que constantemente vinculam suas ideias através da mídia globalizada e dos outros porta-vozes, como os profissionais da saúde (AYRES, 2011). Por sua vez, em função da reflexividade própria dessa modernidade tardia e em decorrência das transformações que caracterizam nossa sociedade atual, a Ciência e o Estado cada vez mais se distanciam de suas posições inquestionáveis e, dessa forma, perdem o *status* controlador baseado numa racionalidade instrumental de normas e condutas, e passam a uma posição cada vez mais compartilhada com as crenças, desejos, representações e toda ordem de subjetividade dos indivíduos, que passam

a gerenciar seus riscos e a influência deles nas suas ações (AZIM; SUBKI; YUSOF, 2018; BECK, 2011; PERRUSI; FRANCH, 2012).

As análises de Castiel (1996) também reforçam a compreensão de que as pessoas em geral, em algum momento de suas vidas, acabam por incorporar a ideia do risco, mesmo considerando diferenciações no modo como lidam com ele. Ainda segundo o autor, as pessoas podem, em algumas situações, acatar “recomendações” socialmente referendadas que acompanham as noções de risco ou, em oposição, adotar estilos de vida considerados arriscados e perigosos. Para De Luiz (2011, p. 36), analisando o gerenciamento do risco em HSH usuários de PEPsexual, “as experiências identificatórias em grupo podem ser pensadas a partir da valorização das práticas de riscos na cultura masculina que tendem a valorizar as experiências relacionadas ao risco, à força, à potência”. Nessa lógica, por exemplo, alguns homens que não se enquadram dentro dos moldes da masculinidade hegemônica (que também é constantemente contestada) buscam a garantia de seu lugar dentro do universo de valores do ser homem por meio da adoção de riscos que reforçam estereótipos acerca de suas capacidades, força e virilidade, mesmo que sua saúde, bem-estar e segurança estejam ameaçados (CONNELL, 1995; COURTENAY, 2000).

A aplicabilidade do conceito de risco na perspectiva das ciências sociais – conforme apresentado brevemente acima – é bastante conhecido e tem seu poder interpretativo bastante consolidado no campo dos estudos próprios da teoria social, nos estudos do meio ambiente, da criminalidade e do desvio (GIDDENS; SUTTON, 2016), no entanto, sua articulação com os papéis esperados sócio-culturalmente para o exercício das masculinidades ainda é incipiente e torna-se relevante para compreendermos como a incorporação de novas tecnologias de prevenção (como a PEPsexual) pode influenciar na forma como diferentes grupos de pessoas – aqui os homens heterossexuais gerenciam riscos individuais e/ou adotam comportamentos considerados como sendo de alto risco de exposição.

Outro ponto pertinente se refere ao fenômeno de *hierarquização do risco* que pode figurar no momento em que as pessoas manejam os elementos negativos atrelados aos riscos, bem como os benefícios que podem surgir quando assumem vivenciá-los. Todas essas questões são permeadas por influências dos *sistemas expertos*, mas, como dito, igualmente fruto do processo reflexivo do nosso tempo (PERRUSI; FRANCH, 2012). O uso do preservativo masculino na relação sexual pode ilustrar bem a complexidade no exercício de gerenciamento e ponderação frente aos malefícios e benefícios de determinada prática do campo da vivência da sexualidade. Assumir, por exemplo, o risco de infecção ao HIV numa prática sexual sem uso do preservativo devido à crença/percepção de que a tal método diminui o prazer sexual,

interfere na ereção ou na estética do órgão sexual representa como o diálogo entre risco-prazer é bastante complexo e profundo e que necessita ainda ser melhor compreendido (CHOPRA et al., 2009; COBAT; HALFEN; GRE, 2008; GREENE et al., 2013; GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002).

## PARTICIPANTES, MATERIAIS E MÉTODOS

### ESTUDO COMBINA!: A PESQUISA-BASE, SUAS RAMIFICAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS

A presente dissertação caracteriza-se como parte de uma pesquisa-base que tem por título: "A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da Profilaxia Pré-exposição Sexual (PrEPsexual), em serviços públicos brasileiros"<sup>14</sup>. Esta pesquisa-base acontece em cinco cidades e em três regiões do Brasil, são elas: Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e Curitiba, no Paraná, ambas na região Sul; Fortaleza, no Ceará, na região Nordeste e Ribeirão Preto e São Paulo, no estado de São Paulo, região Sudeste. As características dos serviços participantes da pesquisa-base estão apresentadas no quadro abaixo e reproduzidas a partir de uma tese de doutoramento também fruto da pesquisa *combina!* (FERRAZ, 2019).

**Quadro 1: Características dos serviços participantes da pesquisa-base.**

Características	Sítios				
	Ribeirão Preto	Fortaleza	Curitiba	Porto Alegre	São Paulo
<b>Modelo Organizacional</b>	Ambulatório de HIV e de outras doenças infectocontagiosas agregado a CTA	Hospital de doenças infecciosas, SAE e CTA	CTA e unidade de referência para dispensação de ARVs para PVHA	Ambulatório geral e atendimento de emergência, com SAE e CTA	Ambulatório de HIV, agregado e CTA
<b>Localização</b>	Região central	Bairro residencial com pouco transporte público 24h/dia, todos os dias	Região central	Região periférica	Região central
<b>Horário de funcionamento</b>	7h às 17h, de segunda a sexta-feira	24h/dia, todos os dias	7h às 18h, de segunda a sexta-feira	24h/dia, todos os dias	7h às 19h, de segunda a sexta-feira
<b>Horário de oferta de PEP</b>	7h às 16h, de segunda a sexta-feira	24h/dia, todos os dias	7h às 15h, de segunda a sexta-feira	7h30min. às 16h, de segunda a sexta-feira	7h às 15h, de segunda a sexta-feira
<b>Referência para PEP em outros horários</b>	Unidade de Pronto Atendimento	Serviço de emergência do próprio hospital	Unidade de Pronto Atendimento	Serviço de emergência do próprio centro de saúde	Hospital de doenças infecto-contagiosas

Fonte: (FERRAZ, 2019). Legenda: Serviço de Atendimento Especializado (SAE), PVHA (Pessoa Vivendo com HIV/aids, Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP), Antirretrovirais (ARV), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

<sup>14</sup> Maiores detalhes sobre a pesquisa-base podem ser obtidos em: GRANGEIRO, A. et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ open*, v. 5, n. 8, p. e009021, 2015.

A organização teórico-metodológica dessa pesquisa-base está organizada em três componentes (GRANGEIRO et al., 2015a), dois com abordagens quantitativas e um com abordagem qualitativa. A presente pesquisa articula dados oriundos de dois componentes e seu percurso metodológico específico em cada eixo será apresentado na sequência.

Os participantes foram incluídos em consonância com os critérios de seleção da pesquisa-base: ser homem ou mulher cisgênero ou transexual, com idade igual ou superior a 16 anos; ter o TS-HIV negativo confirmado no momento da procura do serviço; ter realizado PEPsexual no serviço, excluindo o uso da profilaxia para fins de reprodução assistida, exposição ocupacional ou violência sexual; caso tenha iniciado a PEPsexual em outro serviço não participante do estudo, ter sido encaminhado para o seguimento no serviço participante logo após o atendimento inicial; ter procurado o serviço participante para a realização do teste anti-HIV, devido a uma relação sexual ocorrida entre 72 horas e 30 dias com indicação de PEPsexual, tendo por base as recomendações do Ministério da Saúde; manifestar o consentimento em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A inclusão de menores de 18 anos de idade poderia ser assentida pelo próprio participante, desde que os profissionais de saúde tivessem realizado o mesmo procedimento para o atendimento no serviço, visando o uso de PEPsexual ou testagem para o HIV. Para os demais casos o consentimento era realizado pelos pais ou responsável legal.

A pesquisa-base, bem como as pesquisas que surgiram como desdobramentos dela, seguiram os regulamentos estabelecidos na resolução n. 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012) e foi avaliada e julgada pelo CEP sob parecer 251/14 (Apêndice A). O projeto ainda teve aprovações dos CEP de cada sítio onde a pesquisa-base aconteceu e os/as gestores/as de cada serviço concordaram, via declaração por escrito, com a realização da pesquisa e da coleta de dados dos prontuários físicos e/ou digitalizados dos/as pacientes.

**No que se refere especificamente ao recorte aqui empreendido**, articulamos metodologia qualitativa e quantitativa a fim de triangular os dados e obter um nível de aprofundamento analítico que possibilitasse melhor compreensão do objeto recortado e dos objetivos propostos. Segundo Minayo (2005, p. 29), a triangulação significa “a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação”.

Corroboramos com Gomes e colaboradores (2005) que entendem que na prática uma abordagem não se sobrepõe a outra haja vista que, na tentativa de atender as exigências do processo de conhecimento, a melhor abordagem é aquela que melhor se alinha à reconstrução da realidade e esse movimento é condicionado aos objetivos estabelecidos pelo pesquisador/a.

No que tange aos aspectos éticos desta dissertação, o comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo avaliou e deu parecer favorável por meio do protocolo n. 0345/17 (Apêndice B). Todos/as os/as participantes assinaram o TCLE (Anexo A) onde estava assegurado o princípio da confidencialidade das informações coletadas, a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento da pesquisa, bem como a solicitação para gravação da entrevista, quando fosse o caso. O documento foi lido e assinado em duas vias, uma pelo/a participante e outra pelo/a pesquisador/a de campo antes da realização da entrevista.

O detalhamento do percurso metodológico de cada eixo (qualitativo e quantitativo), bem como das estratégias de produção dos dados, tratamento e análise são apresentados separadamente nas subseções a seguir.

## EIXO QUANTITATIVO

O objetivo desse eixo foi caracterizar os usuários de PEPsexual e os comportamentos sexuais (considerando risco e prevenção) dos homens heterossexualmente ativos que buscam a profilaxia pós-exposição sexual. Incluímos na análise deste eixo os dados de todos os homens heterossexualmente ativos que utilizaram a PEPsexual nos cinco serviços de saúde participantes entre os anos de 2014 e 2015.

Trata-se, portanto, de um estudo descritivo de corte transversal. As informações foram coletadas do prontuário clínico, por pesquisadores treinados, utilizando formulários padronizados, online, construídos na plataforma *REDCap Research Electronic Data Capture*.

O formulário possui questões relacionadas à identificação do paciente, com informações sobre o sexo biológico, idade, cor da pele e escolaridade; questões sobre os conhecimentos prévios da PEPsexual, bem como usos anteriores da profilaxia; o perfil da parceria sexual que levou ao uso da profilaxia (gênero, orientação sexual, *status* sorológico para o HIV, uso de drogas etc.); as práticas sexuais realizadas durante a exposição, o uso dos métodos e estratégias de prevenção à infecção ao HIV e às outras ISTs, bem como do uso de álcool e outras drogas.

Para o presente estudo, utilizamos como critérios de inclusão ser homem cisgênero. Excluímos da análise os participantes que, após consulta inicial, iniciaram a PEPsexual.



Sujeitos que realizaram mais de uma PEPsexual no período de análise foram incluídos no estudo uma única vez, considerando as informações da primeira vez que utilizou a profilaxia.

Após a aplicação dos critérios supracitados, o número final foi de 990 participantes nos cinco sítios estudados. Para apresentação dos resultados, foi realizada uma análise estatística descritiva, com apresentação das variáveis na forma de frequências absolutas e relativas, com medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas. O software STATA®, na sua 12ª versão, foi usado para análise de todos os dados quantitativos.

## EIXO QUALITATIVO

Neste eixo buscou-se investigar a percepção de risco pessoal ao HIV, o gerenciamento dos métodos e estratégias de prevenção anteriores à busca pela PEPsexual e compreender o contexto onde se deu a exposição sexual que motivou o uso da profilaxia pelos homens heterossexualmente ativos. Além disso, buscamos compreender os significados e as implicações da experiência com a profilaxia e os projetos de prevenção pós-PEPsexual.

### **Produção do material empírico**

O recorte proposto nesse eixo, a partir do diálogo com a pesquisa-base, mas enfatizando o componente qualitativo e o segmento dos homens heterossexualmente ativos, se pauta na modalidade de pesquisa qualitativa. Partiu-se do entendimento que essa abordagem é aquela que “busca alcançar o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO et al., 2011).

Para alcançar os objetivos estabelecidos nesse eixo, utilizamos na produção de dados empíricos a técnica de entrevistas narrativas com roteiro semiestruturado. Quando se busca trabalhar com este tipo de modalidade (narrativa), observa-se que os relatos das experiências narradas são representados e recontados, e os eventos seguem uma ordem significativa, coerente, permitindo uma articulação entre passado, presente e futuro. São utilizadas informações que ocorreram no passado com o olhar do presente e a projeção do futuro (RICOUER, 2012).

O roteiro para as entrevistas (Anexo B) explorou questões a respeito do conhecimento dos participantes sobre a PEPsexual; o contexto de busca por essas tecnologias; relação com o serviço e com o uso dessas profilaxias, assim como a percepção e o gerenciamento dos riscos reportados pelos usuários. Com isso, pretendeu-se investigar, a partir das narrativas sobre vivências afetivo-sexuais, a relação entre as práticas sexuais e a adoção da PEPsexual, tendo como foco a maneira pela qual esses homens gerenciam o próprio risco de exposição ao HIV.

No que se refere às entrevistas realizadas, os participantes poderiam ser incluídos na pesquisa quando foram ao serviço em busca da PEPsexual, ou seja, no momento da prescrição, no período entre a prescrição até o 28º dia, ainda durante o uso da profilaxia, ou em um dos retornos periódicos preconizados como forma de acompanhamento pós uso da medicação. Esse último período compreende os seis meses após a data da prescrição. Utilizou-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa-base já explicitados na seção anterior.

Todas as entrevistas ocorreram entre março e dezembro de 2015 e foram conduzidas por pesquisadores/as previamente treinados e familiarizados com o roteiro e sob supervisão da coordenação da pesquisa e da supervisora contratada e treinada para a coordenação da etapa de produção dos dados empíricos. O tempo de duração médio de cada entrevista foi de 45 minutos e foram realizadas em locais privativos no âmbito dos serviços participantes e com auxílio de gravação digital. Os áudios foram transcritos em sua totalidade e utilizamos o software QSR Nvivo® em sua versão 12 para auxiliar na organização, agrupamento temático dos depoimentos, bem como o tratamento dos dados, com base nas categorias empíricas previamente estabelecidas e a partir do roteiro semiestruturado.

O número final de entrevistas foi determinado pelo critério de saturação que leva em consideração a capacidade de se alcançar uma unidade de sentido extraído a partir dos dados empíricos produzidos. A literatura aponta como bom indicativo de que essa unidade foi alcançada quando o/a pesquisador/a perceber que alcançou os sentidos ao passo em que as entrevistas vão sendo realizadas (GOMES et al., 2005; PATTON, 1990).

Realizou-se uma breve síntese das narrativas com ênfase nos contextos da exposição sexual ao HIV de cada entrevistado e em que momento do seguimento clínico a entrevista foi realizada (na dispensação da PEPsexual, um mês após prescrição (1º retorno), noventa dias após prescrição (2º retorno) ou 180 dias após prescrição (3ª retorno ao serviço)). Tais informações serão apresentadas na primeira parte dos resultados e discussão do eixo qualitativo.

### **Análise das entrevistas**

Para análise dos dados empíricos utilizamos o método de interpretação de sentidos, baseado em princípios hermenêuticos-dialéticos, visando interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições (GOMES et al., 2005).

Minayo (2014) sintetiza a articulação entre hermenêutica e dialética como sendo o encontro entre as artes da compreensão e do estranhamento. Se por um lado a hermenêutica visa a compreensão das racionalidades dos atores em contexto, por outro a dialética busca o contraponto, a contradição, o diálogo. Citando Habermas: seria a “síntese dos processos

compreensivos e críticos” (p. 166). Esse mútuo intercâmbio não propõe uma técnica específica para se lidar com os dados, mas sim uma referência teórica aos pesquisadores/as (MINAYO, 2014). Além disso, alguns princípios regem essa proposta analítica, sendo o contexto onde os dados foram obtidos um elemento importante, a suposição de que a racionalidade e os sentidos devem ser assegurados na interpretação dos textos analisados, a constante busca da compreensão das motivações e das maneiras que o autor (participante estudado, por exemplo) utilizou para se comunicar, bem como a certeza de incompletude e de provisoriedade das conclusões obtidas a partir da análise (GOMES et al., 2005).

Na trajetória analítico-interpretativa, foram percorridos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos participantes da pesquisa; (e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e os referenciais conceituais do estudo, particularmente masculinidades, vulnerabilidade e sexualidade; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, bases teóricas adotadas e dados empíricos produzidos.

Enquanto pesquisador, participei de diferentes momentos da pesquisa-base e do seu desdobramento. Em linhas gerais, atuei na produção dos dados empíricos do eixo quantitativo aplicando questionários e entrevistando usuários e usuárias do sítio da cidade de São Paulo/SP; colaborei na construção das categorias de análise dos dados qualitativos e fui responsável pela categorização do material das entrevistas qualitativas por meio do software NVivo®. E, por fim, a análise e a interpretação dos dados empíricos qualitativos e quantitativos foram conduzidas pelo presente autor, supervisionado pelos coordenadores da pesquisa, Alexandre Grangeiro e Marcia Thereza Couto, que também é orientadora.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta pesquisa, como qualquer outra pesquisa científica, possui algumas importantes limitações de ordem metodológica e que precisam ser apresentadas.

Os dados analisados no eixo quantitativo foram extraídos de prontuários preenchidos por profissionais de serviços públicos e que atendem demandas relacionadas à saúde sexual das pessoas. E, por isso, a qualidade das informações está condicionada, por um lado, à disposição e julgamento dos/as profissionais em inquirir e registrar informações importantes (como escolaridade, raça/cor ou uso de álcool nas exposições sexuais), mas não determinantes para a

decisão clínica e, por outro lado, pela disposição dos/as pacientes em relatar comportamentos tidos no senso comum como estigmatizantes, como sexo com prostituta ou uso de drogas injetáveis antes ou durante a exposição sexual.

No tocante ao eixo qualitativo, as entrevistas foram realizadas no âmbito das unidades de saúde e nos períodos de retornos aos serviços para acompanhamento clínico do uso da PEPsexual e, por isso, assumimos a possibilidade de os indivíduos reproduzirem discursos idealizados e influenciados pela experiência negativa com uso da profilaxia e da experimentação do estigma da aids. Apesar disso, nossos resultados não se mostraram discordantes, em vários aspectos, com os encontrados em outros estudos no que tange à percepção e adoção de comportamentos de risco pós uso de PEPsexual. Além disso, entendemos que mesmo que as práticas e comportamentos de risco e proteção possam não se concretizar da forma como foram relatadas pelos participantes no momento da entrevista, também é a partir desses “ensaios” que, no campo da experiência narrativa individual, as formas de gerenciamento de risco frente à epidemia de HIV pós-PEPsexual vão se construído e, no âmbito da pesquisa, sempre teremos os relatos (nunca avaliados como certos ou errados) a base sobre a qual buscamos compreender a realidade. Diante disso, sugerimos a continuidade de pesquisas no tema-objeto, especialmente estudos que possam acompanhar os/as usuários/as de PEPsexual por tempo suficiente para que se possa compreender como a experiência de uso desse método impacta no cotidiano de prevenção a médio e longo prazos.

## PARTE III

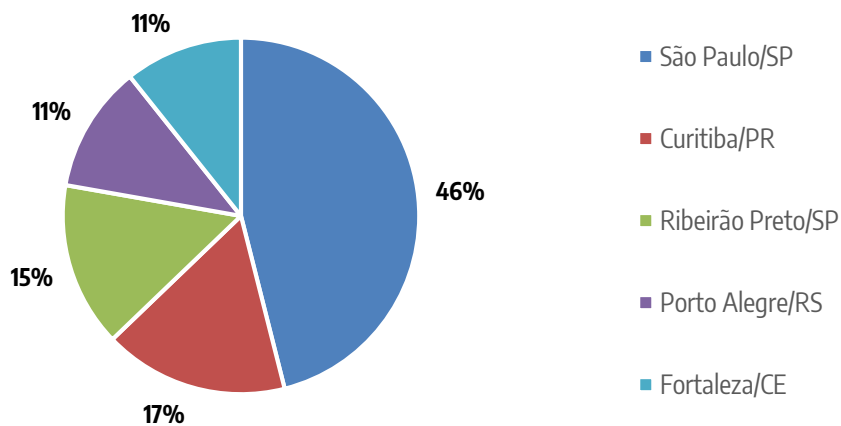
### EIXO QUANTITATIVO

Apresentaremos as características e os comportamentos sexuais (considerando risco e prevenção) relativos à infecção ao HIV dos homens heterossexualmente ativos que buscaram a PEPsexual em serviços das cinco cidades investigadas pela pesquisa-base (São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP, Curitiba/PR, Fortaleza/CE e Porto Alegre/RS) durante os anos de 2014 e 2015.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 990 homens heterossexuais que acessaram a PEPsexual nos serviços de saúde de cinco cidades brasileiras representando um subconjunto de 36,1% dos 2.744 prontuários de homens em geral que acessaram a profilaxia em todos os serviços participantes. A maior parte dos participantes acessou o serviço da cidade de São Paulo (46%), seguido por Curitiba e Ribeirão Preto (17% e 15%, respectivamente) (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Serviço de admissão.**

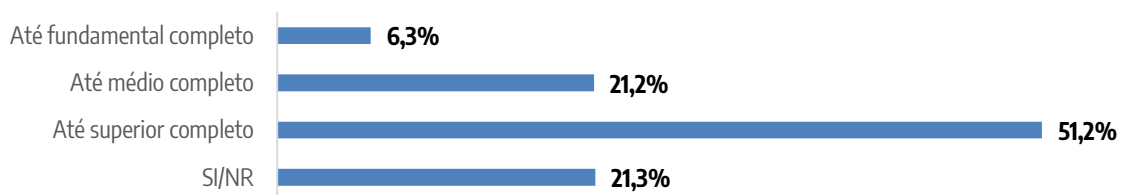


Em relação às características dos participantes, a média de idade foi de 32 anos ( $\pm 8,8$  anos), mediana 31 (IQ: 26-37), variando de 16 a 78 anos. Dados que mostram a menor proporção de homens heterossexuais dentre os usuários de PEPsexual também são amplamente descritos na literatura e devem estar refletindo disparidades no acesso às informações de prevenção, com destaque aos métodos baseados em ARVs, até o menor envolvimento de homens heterossexuais em ações de prevenção à infecção pelo HIV (ARMISHAW et al., 2011; CASALINO et al., 2014; INCIARTE et al., 2017; OZ et al., 2017; SIEMIENIUK et al., 2015).

Pesquisas que investigam o conhecimento de PEPsexual por diferentes segmentos de orientação sexual constataam que os HSH, em geral, possuem mais informações sobre a profilaxia e utilizam mais esse método em comparação às mulheres e aos homens heterossexuais. Sabe-se, ainda, que o conhecimento da existência e da finalidade da profilaxia é fator determinante para que as pessoas em geral, quando em situações de exposição sexual, possam buscar e acessar a PEPsexual em tempo hábil. Pesquisas apontam que pertencer a grupos e coletivos de cultura LGBT, possuir hábito de testagem sorológica de maneira regular, possuir alta escolaridade, conhecer o status sorológico da parceria, uso frequente do preservativo, e até usar a *internet* para buscar parcerias sexuais são fatores que aumentam as chances de conhecimento à PEPsexual (AJAYI et al., 2018; FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013; WALTERS et al., 2017).

A maioria dos usuários investigados possuía até o Ensino Superior completo (51,2%), seguido por 21,2% dos que tinham até o Ensino Médio completo. Um quarto dos homens (21,3%) não tinham informações referentes à escolaridade (Gráfico 2).

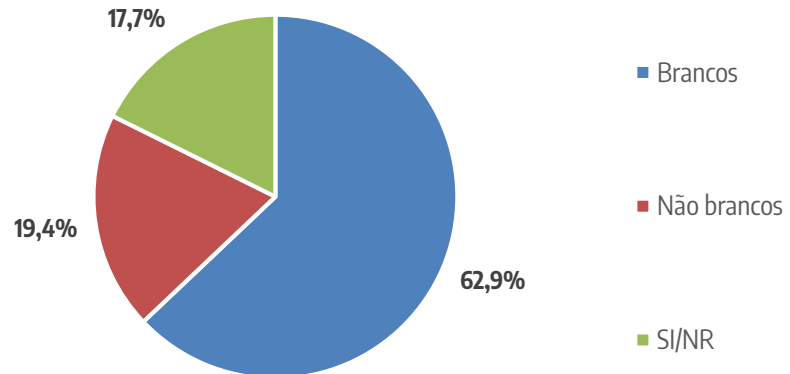
**Gráfico 2: Nível de escolaridade dos usuários de PEPsexual.**



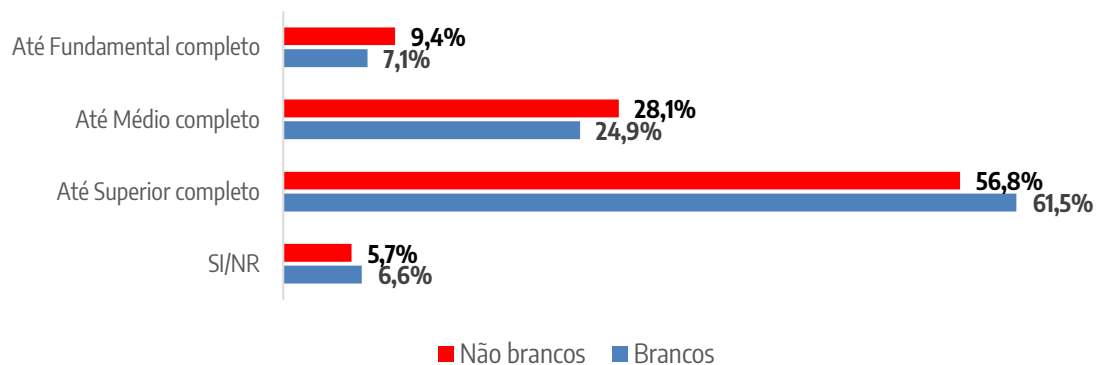
Diversos estudos que investigaram as características de usuários/as de PEPsexual encontraram considerável associação entre baixa escolaridade e maior propensão a exposições sexuais ao HIV e, conseqüentemente, altas chances de infecção pelo vírus. Um estudo de caso-controle realizado com homens e mulheres negras, com idade de 18 a 61 anos, recém diagnosticados com HIV por via de transmissão heterossexual, encontrou maior chance de infecção por HIV entre aqueles/as que tinham menor escolaridade (ADIMORA et al., 2006).

A maioria dos usuários era de raça/cor branca (62,9%) e 19,4% de não brancos (17,7% dos prontuários não tinham registro da raça/cor dos usuários) (Gráfico 3). No que tange à escolaridade por raça/cor autodeclarada, 61,5% dos brancos e 56,8% dos não brancos tinham até o Ensino Superior completo e 28,1% dos não brancos e 25% dos brancos tinham até o Ensino Médio completo (Gráfico 4).

**Gráfico 3: Distribuição de raça/cor entre usuários de PEPsexual.**



**Gráfico 4: Distribuição de grau de escolaridade por raça/cor (brancos e não brancos) dos homens heterossexualmente ativos usuários de PEPsexual.**

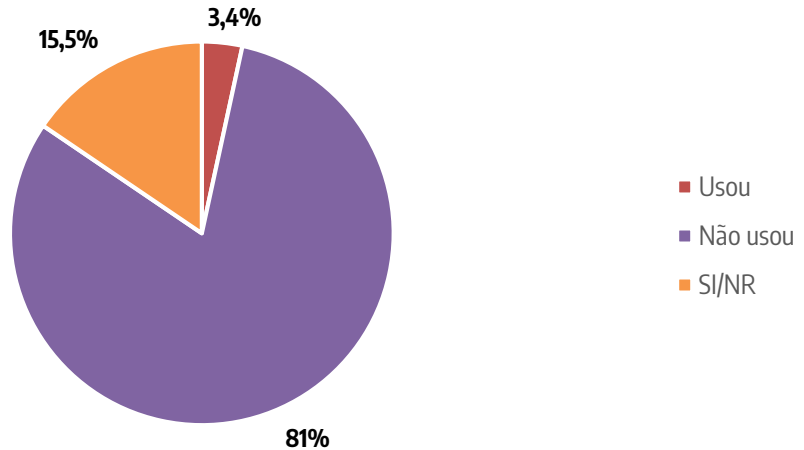


Os resultados encontrados revelam que os homens heterossexuais usuários de PEPsexual são altamente escolarizados e majoritariamente brancos. Além disso, quando estratificado por raça/cor, percebe-se que os não brancos são maioria nas categorias de mais baixa escolaridade, enquanto os homens brancos foram maioria naqueles com Ensino Superior completo. Uma pesquisa norte-americana com quase 15 mil participantes identificou que os homens heterossexuais em maior risco à infecção recente pelo HIV são aqueles de baixa escolaridade e menor renda quando comparados a seus pares de melhor nível socioeconômico (DINENNO et al., 2012). Diante disso, o fato de os homens que mais acessaram a PEPsexual serem de melhor status socioeconômico sugere que as informações sobre PEPsexual como método preventivo circulam precariamente no seguimento de menor status socioeconômico.

Conforme mostrado no gráfico 5, dos 990 homens pesquisados apenas 34 (3,4%) relataram uso anterior de PEPsexual ao menos uma vez na vida, sendo que, 25 (73,5%) usaram uma vez, sete (20,6%) duas ou mais vezes e dois não responderam ou não foi perguntado

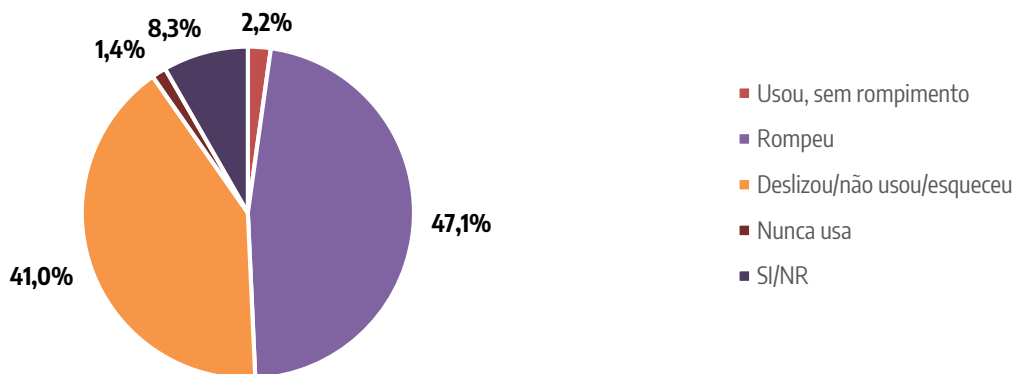
(5,9%). Além disso, dos que utilizaram, a maioria (25) era de brancos e cinco se declararam como não brancos.

**Gráfico 5: Uso anterior de PEPsexual.**



Quase metade dos homens pesquisados (47,1%) relatou rompimento do preservativo masculino no momento da exposição sexual que motivou o uso da PEPsexual; 41% relataram escape, não utilização deliberada ou esquecimento do preservativo. A proporção de homens que relatou nunca usar o preservativo foi relativamente baixa (1,4%) (Gráfico 6).

**Gráfico 6: Uso do preservativo masculino no momento da exposição.**



Como encontrado nesse estudo, diversas pesquisas que investigaram os fatores contextuais da exposição que culminou no uso da PEPsexual sugerem que o rompimento do preservativo durante a relação ou o não uso deliberado consistem nas maiores justificativas por busca de PEPsexual por homens em geral e, mais especificamente, entre homens heterossexualmente ativos (ARMISHAW et al., 2011; FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013). Além disso, a literatura também descreve a influência de outros elementos, que somados



ao rompimento do preservativo (como o tipo da parceria ou o local onde a exposição aconteceu), aumentam a percepção de risco e a necessidade por busca de ajuda profissional especializada (KÖRNER; HENDRY; KIPPAX, 2006).

Pesquisas qualitativas também investigaram as representações sobre o uso do preservativo para homens e mulheres em geral, e mais especificamente entre homens heterossexualmente ativos. Em síntese, os resultados encontrados sugerem que representações sobre ideais de masculinidade, crença na fidelidade feminina, até percepções de que o preservativo influencia na potência ou na performance sexual são argumentos frequentemente relatados (DOURADO et al., 2015; EDUCACIÓN et al., 2017; GARCIA; DE SOUZA, 2010; GOMES; SOUZA; REBELLO, 2011; GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; HILL et al., 2015; KANDA; MASH, 2018; MADUREIRA; TRENTINI, 2008; MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

Resgataremos a discussão da literatura sobre o uso do preservativo como método de prevenção no contexto da PEPsexual mais à frente, no eixo qualitativo desta pesquisa, quando as motivações e representações sobre o uso de tal método forem apresentadas na ótica dos homens heterossexualmente ativos.

As frequências de realização de exames sorológicos anteriores ao episódio de exposição sexual estão apresentadas no gráfico 7. A grande maioria dos participantes (n=888) relata nunca ter realizado TS-HIV antes da exposição sexual que motivou uso da PEPsexual, ou seja, o primeiro exame foi realizado por decorrência do uso da profilaxia. Em outras palavras, somente um em cada dez dos homens investigados (10,4%) relatou ter feito ao menos um exame anti-HIV na vida. Os relatos de realização dos exames de sífilis e hepatites B e C tiveram frequências ainda menores que os encontrados para o anti-HIV, com 8,1%, 8,2% e 8,3%, respectivamente. Mais uma vez, as categorias não são auto excludentes e cada usuário poderia relatar mais de um exame previamente realizado.

**Gráfico 7: Frequência de realização de exames sorológico anterior ao episódio de exposição que motivou uso da PEPsexual.**



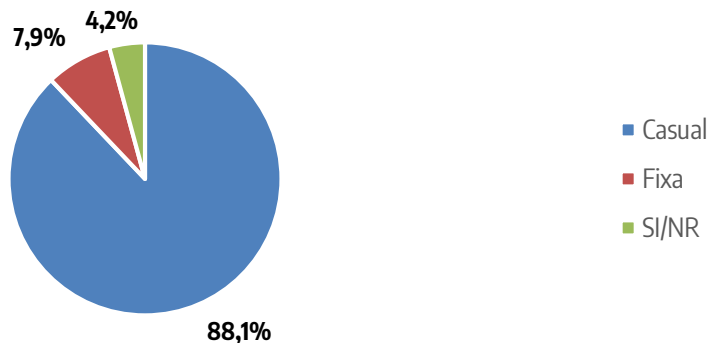
Há pouca evidência na literatura sobre a frequência de testagens para o HIV e outras ISTs entre usuários heterossexuais de PEPsexual. No entanto, com base nos dados disponíveis,

a proporção de homens heterossexuais que nunca realizou TS-HIV encontrado neste estudo é muito inferior ao encontrado em outros trabalhos nacionais e internacionais. Um estudo realizado com estudantes norte-americanos, com idade média de 25 anos, encontrou que 69% dos/as estudantes já haviam realizado TS-HIV na vida e 58% no último ano. Tais resultados são similares aos encontrados em outro estudo realizado com estudantes universitários que também encontrou menores proporções de TS-HIV entre os homens, as pessoas brancas, e entre os heterossexuais em geral (DENNISON; WU; ICKES, 2014).

Conforme será também discussão no eixo qualitativo deste estudo, os estudos epidemiológicos têm encontrado associação entre realização de exames sorológicos periodicamente e maior conhecimento sobre formas de prevenção contra o HIV, incluindo a PEPsexual (FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013). Além disso, estudos também têm concluído que homens que comparecem pouco aos serviços de testagem sorológica são também aqueles que procuram tardiamente o cuidado e o tratamento, quando soropositivos (BUETIKOFER et al., 2014). Ou seja, se entre usuários de PEP há menor proporção de testagem, a PEP deve estar selecionando um tipo específico de homens, que são os de maior risco, que podem, pelo medo, estigma ou menor cuidado, estar se testando menos do que a população geral.

Quando perguntados sobre o tipo da parceira no momento da exposição que motivou o uso da PEPsexual, para 88,1% dos homens investigados, o tipo de relação estabelecida era de natureza casual (sem vínculo afetivo, com relação única ou esporádica) e somente 7,9% tiveram a exposição com parceria fixa/estável (com vínculo afetivo e/ou com regularidade os encontros afetivo-sexuais) (Gráfico 8).

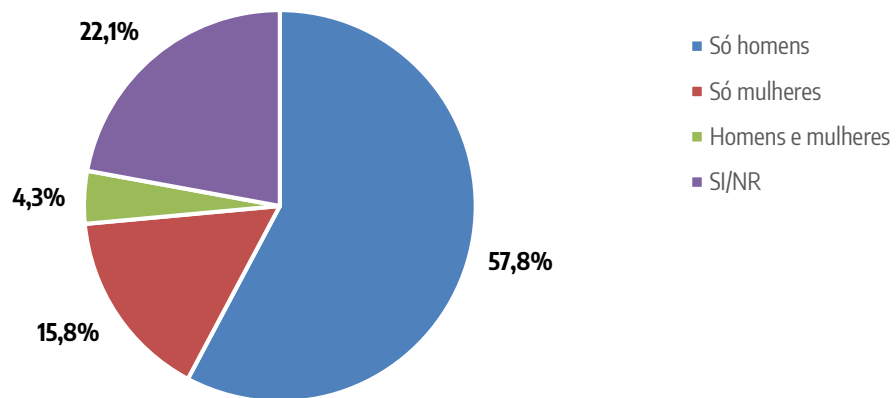
**Gráfico 8: Tipo da parceria sexual no momento da exposição.**



Mais da metade dos homens (57,8%) referiu que suas parcerias tinham somente outros homens como parceiros sexuais, 15,8% tinham somente mulheres e 4,3% se relacionavam

sexualmente com homens e mulheres (Gráfico 9). É importante destacar que esses dados se referem somente ao que os homens heterossexuais investigados acreditam que sejam os outros parceiros/as sexuais da pessoa com que eles tiveram o episódio de exposição. Acreditamos que a representação coletiva acerca da sexualidade de determinadas pessoas ou grupos, como profissionais do sexo, influencia a forma que os homens investigados compreendem e representam o tipo e o perfil das parcerias sexuais que tais pessoas ou grupos mantêm.

**Gráfico 9: Parcerias sexuais da pessoa no momento da exposição sexual que motivou o uso da PEPsexual.**



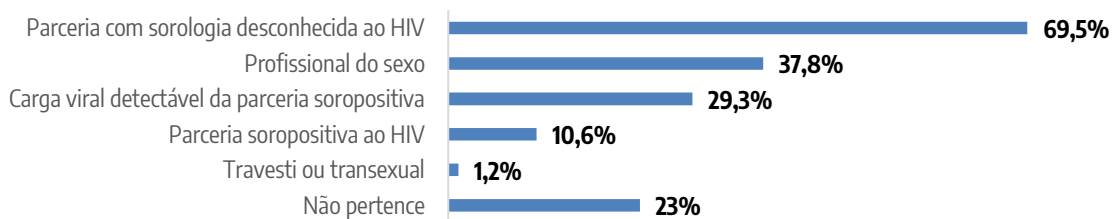
Mais de um quinto dos participantes (22,1%) não sabia ou não respondeu sobre as outras parcerias sexuais das pessoas com quem eles tiveram a exposição que motivou o uso da PEPsexual (Gráfico 8). A falta dessa informação está relacionada com o tipo de parceria no momento da exposição (casual ou fixa/estável): 6,4% dos que tiveram exposição que motivou o uso da PEPsexual com parceira fixa/estável e 23,6% dos que tiveram exposição com parceria casual/fixa não sabiam ou não informaram o sexo/gênero dos outros parceiros sexuais das pessoas envolvidas no momento da exposição.

Nossos dados corroboram com diversos estudos que exploram o perfil da relação onde se deu a exposição sexual em usuários/as de PEPsexual ao descrever que a grande maioria das exposições sexuais ocorreu com parceria casual e/ou pouco conhecida. Num estudo australiano, por exemplo, com 1.864 indivíduos usuários/as de PEPsexual, 56,1% dos respondentes relataram que a prática sexual se deu com parceria casual e com sorologia desconhecida e 34,6% com parcerias sabidamente soropositivas, com mais da metade dos respondentes (61,7%) não usou camisinha na relação sexual que motivou o uso da profilaxia. No que tange ao local onde a prática sexual aconteceu, 76,3% das relações aconteceram em casa, seguido pelos locais de

encontro sexual (46,5%). O uso de álcool ou drogas foi relatado por 53,2% dos respondentes (ARMISHAW et al., 2011).

Quando perguntado sobre o possível segmento de maior prevalência que a parceira sexual no momento da exposição pudesse pertencer, pelo menos 69,5% dos homens relataram que a parceira tinha sorologia desconhecida ao HIV, 37,8% eram profissionais do sexo e 29,3% eram de pessoas soropositivas com carga viral detectável. Quase um quinto dos participantes (23%) relatou que as parcerias não pertenciam a nenhum segmento de maior prevalência ao HIV/IST. As categorias dessa variável não são mutuamente excludentes, logo as parcerias dos homens investigados poderiam ser classificadas em mais de uma categoria (Gráfico 10). Dos homens investigados que tinham parceria com pessoas sabidamente soropositivas, somente 41 (39,4%) sabiam a carga viral da parceria, sendo que, destes, 12 (29,3%) tinham carga viral detectável e 29 (70,7%) carga viral indetectável.

**Gráfico 10: Pertencimento da parceria no momento da exposição à populações de maior prevalência ao HIV/IST.**



Uma pesquisa realizada com pacientes que utilizaram a PEPsexual concluiu que as principais indicações para a profilaxia foram por causa de práticas sexuais desprotegidas, com maior proporção para a prática vaginal em comparação à penetração anal; por relações com parceiro sabidamente soropositivo para o HIV, sexo anal receptivo desprotegido com parceiro com sorologia desconhecida; após violência sexual e por causa de relações com parceiros de regiões endêmicas para o vírus (MCCARTY et al., 2011).

## EIXO QUALITATIVO

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A idade dos entrevistados variou entre 18 e 58 anos, com média  $33,8 \pm 10,4$  anos. Desses, a maioria se autodeclarou como brancos ( $n=09$ ), cristãos ( $n=11$ ), sem filhos ( $n=10$ ) e tinha parceria casual no momento da entrevista ( $n=08$ ). No que se refere ao tipo de parceria no momento da exposição, 14 foram com parceria casual de sorologia desconhecida para o HIV, e dois com parceria estável, sendo um com parceria estável com sorologia desconhecida e outro em relação sorodiscordante. Os dados referentes ao tipo de parceria obtidos neste eixo são concordantes ao perfil dos usuários descrito no eixo quantitativo ao sinalizar que a maioria das relações sexuais (88,1%) onde se deu a exposição que motivou o uso da PEP sexual aconteceu com parceria casual.

As características sociodemográficas de perfil da parceria no momento da exposição de cada participante estão apresentadas no quadro 2, abaixo. Uma versão estendida está disponível no Apêndice C.

**Quadro 1: Características sociodemográficas dos homens heterossexualmente ativos entrevistados.**

Nome	Idade (anos)	Cor	Sítio	Tipo da exposição	Relação Estável	Filhos	Momento em que a entrevista foi realizada
<b>Pablo</b>	18	Branca	RIB	Parceira casual	Não	Não	Retorno de 30 dias
<b>Ivan</b>	22	Parda	SP	Parceira casual	Não	Não	Retorno de 30 dias
<b>Dário</b>	23	Branca	CUR	Parceira casual	Sim	Não	Retorno de 90 dias
<b>Daniel</b>	26	Parda	CUR	Parceira casual	Não	Não	Terceira ida ao serviço*
<b>Marco</b>	27	Branca	SP	Parceira casual	Sim	Não	Primeiro retorno ao serviço*
<b>Iago</b>	29	Branca	POA	Parceira casual	Não	Não	Sem registro*
<b>Michael</b>	29	Branca	CUR	Parceira casual	Não	Não	Terceira ida ao serviço*
<b>Damião</b>	31	SI	FOR	Parceira casual	SI	SI	Sem registro*
<b>Cirilo</b>	33	Parda	POA	Parceira estável	Sim	Não	No dia da prescrição
<b>Lincon</b>	36	Branca	CUR	Parceira casual	Não	Não	Retorno de 30 dias
<b>Celso</b>	38	Parda	RIB	Parceira casual	Sim	Sim	Retorno de 30 dias
<b>Evandro</b>	41	Negra	POA	Parceira estável soropositiva	Sim	Não	No dia da prescrição
<b>Sarmento</b>	41	Parda	SP	Parceria casual	Sim	Sim	Seis meses após prescrição
<b>Antônio</b>	43	Branca	CUR	Parceira casual	Sim	Sim	No dia da prescrição
<b>Victor</b>	46	Branca	RIB	Parceira casual	Não	Sim	Retorno de 30 dias
<b>Nelson</b>	58	Branca	POA	Parceira casual	Não	Sim	No dia da prescrição

\* Não há registro do dia específico em que a entrevista foi realizada.

## SÍNTESE DAS NARRATIVAS

Apresentaremos a seguir uma breve síntese das narrativas dos participantes, com ênfase nos contextos da exposição sexual ao HIV.

**Ivan**<sup>15</sup>, pardo, 22 anos, de São Paulo. Teve relações sexuais com mulher mais velha durante festa na casa de amigos. Segundo relato, essa parceria sexual “não era de se confiar” porque era conhecida por ficar com outros homens: se transou com ele, poderia transar com outros. Conheceu a PEPsexual na *internet* e chegou ao serviço de assistência no limite do tempo preconizado para o uso da profilaxia. Apesar de nervoso e com medo, relata que foi bem atendido pela equipe. Sua entrevista foi realizada no retorno de 30 dias.

**Sarmento**, pardo, 41 anos, de São Paulo. Sua exposição foi em uma casa de swing. Estava só e foi por curiosidade. Buscou o serviço no dia seguinte por ter ingerido álcool durante a festa e não lembrar se usou preservativo durante as relações sexuais. Conheceu a PEPsexual na ida ao serviço e relata que foi bem atendido por toda a equipe. Sua entrevista foi realizada seis meses após a prescrição.

**Marco**, branco, 27 anos, de São Paulo. Expôs-se durante a prática anal penetrativa com prostituta. Relatou que o preservativo masculino (seu principal método de prevenção) rompeu com uma pessoa pouco conhecida, o que o fez buscar ajuda. Relatou que não se preocupou em buscar ajuda em exposições anteriores com parceiras conhecidas (“amigas”). Sua entrevista foi realizada em seu primeiro retorno ao serviço.

**Victor**, branco, 46 anos, de Ribeirão Preto. Sua exposição se deu pelo rompimento do preservativo e porque também ficou dentro da vagina de uma parceira pouco conhecida. Sua entrevista foi realizada em seu retorno de 30 dias após prescrição da PEPsexual.

**Pablo**, branco, 18 anos de idade, de Ribeirão Preto. A exposição e o motivo da busca de PEPsexual foi por rompimento do preservativo masculino (“fora do prazo de validade”), apesar da exposição ter ocorrido com parceira conhecida desde a infância. Sua entrevista foi realizada em seu retorno de 30 dias após prescrição.

**Celso**, pardo, 38 anos, de Ribeirão Preto. A exposição aconteceu com parceira casual, durante uma festa na casa de amigos e onde havia outras pessoas tendo relações sexuais. Relata que estava sob efeito do álcool e acredita que isso pode ter influenciado na forma de fazer prevenção. Sua entrevista foi realizada em seu retorno de 30 dias.

---

<sup>15</sup> Os nomes dos participantes da pesquisa foram alterados para garantir a confidencialidade assegurada nos aspectos éticos descritos na metodologia.

**Antônio**, branco, 43 anos de idade, de Curitiba. Sua exposição foi com parceira casual onde ambos estavam alcoolizados e, por isso, não lembra se ejaculou na parceira. Possui parceira estável e costuma se prevenir não tendo relações extraconjugais e não usa preservativo masculino com sua parceira estável. Sua entrevista foi realizada no dia da prescrição.

**Daniel**, pardo, 26 anos de idade, de Curitiba. Sua exposição foi com parceira casual e a motivação da busca por PEPsexual se deu pela “tranquilidade” da parceira em lidar com o rompimento do preservativo masculino (seu principal método de prevenção). Sua entrevista foi realizada na sua terceira ida ao serviço.

**Dário**, branco, 23 anos de idade, de Curitiba. Expôs-se com parceira casual e relata que o preservativo masculino incomodava bastante, mas a motivação por busca da PEPsexual foi porque parceira insistia para que eles transassem sem proteção. Isso o deixou em “alerta”. Sua entrevista foi realizada em seu retorno de três meses após prescrição.

**Lincon**, branco, 36 anos, de Curitiba. Sua exposição foi por rompimento do preservativo masculino (percebeu após ejaculação). Além disso, sua principal motivação por busca da PEPsexual é porque desconfia que esta parceira faz serviços sexuais. Buscou PEPsexual por recomendação de um amigo médico. Sua entrevista foi realizada em seu retorno de um mês.

**Michael**, branco, 29 anos de idade, de Curitiba. A exposição foi por conta da reutilização do preservativo que havia escapado durante o sexo com uma prostituta. Relata estar alcoolizado e que isso interferiu em como ele fazia prevenção. A sua entrevista foi realizada na sua terceira ida ao serviço.

**Cirilo**, pardo, 33 anos, de Porto Alegre. Exposição por rompimento do preservativo masculino com parceria estável que já conhecia há bastante tempo. Sua entrevista foi realizada no dia da prescrição.

**Evandro**, negro, 41 anos, de Porto Alegre. A exposição foi por rompimento com parceria estável soropositiva e foi o único entrevistado que já havia utilizado a PEPsexual anteriormente. Costuma fazer prevenção à infecção pelo HIV tendo poucas relações casuais e faz Testagem Sorológica ao HIV (TS-HIV) com frequência. Sua entrevista foi realizada no momento da prescrição.

**Iago**, branco, 29 anos, de Porto Alegre. Exposição devido rompimento do preservativo masculino durante a penetração vaginal com prostituta. O contexto de exposição foi em uma casa noturna, durante comemoração com amigos onde todos estavam alcoolizados o suficiente para “ficarem alegres”. Não há registro de quando sua entrevista foi realizada.

**Nelson**, branco, 58 anos, também de Porto Alegre. A exposição e a motivação por busca da PEPsexual foi porque o preservativo masculino rompeu duas vezes durante sexo com parceira casual pouco conhecida. Sua entrevista foi realizada no dia da prescrição.

**Damião**, 31 anos, de Fortaleza (não possuímos registro de sua raça/cor autorreferida). Sua exposição foi pela ejaculação dentro da parceira e porque percebeu sangue menstrual após a prática sexual. Buscou PEPsexual devido ao sangramento menstrual e o fato de a parceira ter sugerido a transa sem camisinha (achou descuidado da parte dela, sugerindo que ela pode ter essa atitude com outros parceiros sexuais). Não há registro de quando sua entrevista foi realizada.



## PERCEPÇÃO DO RISCO, MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Inicialmente, por entendermos que existem diversas maneiras de se pensar e fazer prevenção à infecção pelo HIV, propusemos a organização das categorias analíticas a fim de elucidar e aprofundar a compreensão das mesmas não só a partir das similaridades de falas, mas também das diferenças e contradições. Compreendeu-se ainda que os modos particulares de gerenciar os riscos estão atrelados a diferentes significações perpassadas sempre em contextos particulares da vida das pessoas. Por tudo isso, iremos nos referir a esses recursos e ações separadamente, mas sem perder de vista as imbricações e os atravessamentos do social, expressos, por exemplo, a partir dos diferentes marcadores sociais que posicionam e tencionam os sujeitos no mundo.

O termo **métodos de prevenção** foi entendido como o conjunto de insumos físicos que as pessoas utilizam a fim de minimizar o seu risco individual. O preservativo masculino ou feminino, PrEP, PEPsexual, bem como a TS-HIV, por exemplo, foram considerados como métodos preventivos.

Paralelamente, a adoção de atitudes e comportamentos que também almejam o manejo dos riscos de infecção, mas sem uso direto de insumos, foram considerados como **estratégias de prevenção**. Selecionar parceiras levando em conta as características físicas ou estéticas, bem como recusar manter relações sexuais com prostitutas/os ou usuárias/os de drogas são exemplos de estratégias preventivas comumente adotadas por alguns sujeitos.

Entretanto, como frisado anteriormente, esses métodos e estratégias preventivas não são auto excludentes. Algumas pessoas, ao contrário, dispensam o uso do preservativo em relacionamentos estáveis, mas optam por usá-lo quando se relacionam casualmente ou com prostitutas. Exemplos como este são comuns e amplamente relatados na literatura científica e ilustram como as pessoas, em geral, costumam manejar seu risco de infecção adotando conjuntamente estratégias e métodos de prevenção.

Um importante destaque se refere aos **marcadores sociais das diferenças**<sup>16</sup> e como eles organizam e classificam as vivências pessoais e coletivas e influenciam as formas pelas quais diferentes pessoas acessam determinados serviços, como os insumos físicos se tornam disponíveis para serem usados e como os constrangimentos sociais agem no sentido de facilitar ou dificultar o manejo dos riscos de infecção ao HIV, por exemplo. A raça/cor, orientação

---

<sup>16</sup> Apesar do referencial teórico-conceitual dos marcadores sociais das diferenças não comporem um eixo analítico para esse trabalho, buscou-se interpretar as concepções sobre risco e prevenção à infecção ao HIV de forma sensível às particularidades nas vivências de cada participante a partir dos marcadores sociais que os atravessam.

sexual e geração são exemplos de marcadores sociais que diferenciam e marcam as trajetórias pessoais e coletivas dos diferentes indivíduos no mundo e que serão aqui consideradas.

A exposição que motivou a busca por ajuda e, conseqüentemente, o uso da PEPsexual trazem elementos contextuais importantes para a análise do processo de gerenciamento de risco dos homens heterossexualmente ativos. Destacaremos quais e como esses fatores foram representados pelos participantes.

### **Os métodos preventivos à infecção pelo HIV**

**Entrevistadora:** E você acha que você pode se infectar pelo HIV? Não agora, mas na vida?

**Marco (27 anos, branco, de São Paulo):** Não, tomando... Sempre quando eu faço, eu uso camisinha.

O trecho da entrevista de Marco é ilustrativo do lugar que o preservativo masculino ocupa no repertório de práticas de prevenção dos homens investigados, não somente quando é almejada a prevenção da infecção ao HIV, mas também como forma eficaz de evitar a infecção por outras ISTs e até gravidez indesejada. Sob a ótica dos entrevistados, a alta segurança do método, bem como a gama de patologias preveníveis com seu uso são as principais referências ao protagonismo do preservativo dentre o conjunto dos métodos preventivos. Outros relatos são igualmente ilustrativos de como os homens pesquisados enxergam o preservativo nas suas relações sexuais:

**Entrevistadora:** [...] no último ano de que maneira você procurou se prevenir pela infecção pelo HIV?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Uso de preservativos, basicamente.

**Entrevistadora:** Basicamente foi esse...é... só?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Só

[...]

**Entrevistadora:** Não tem nenhum momento que você fique pensando...hum...tal pessoa eu não vou usar...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Não, sempre tento usar. O máximo possível...só quando... [acontece algum imprevisto].

**Entrevistadora:** [...] eu queria saber que maneiras que você busca se prevenir contra o HIV, né?

**Celso (38 anos, pardo, de Ribeirão Preto):** Não. Camisinha. Não vejo outra forma.

Diversas pesquisas de abordagens qualitativas e quantitativas têm investigado as motivações e a frequência de uso do preservativo masculino pelos homens em geral, ou seja, independentemente da orientação sexual, ou de forma comparativa entre a consistência do uso entre homens heterossexualmente ativos *versus* homens homossexuais e bissexuais.

Conforme descrito no eixo quantitativo desta pesquisa, a maioria dos participantes entrevistados relatou ter tido a intenção de usar o preservativo masculino na exposição sexual que motivou o uso da PEPsexual, sendo que destes, grande parte relatou falha do método por rompimento (47,1% do total).

Nossos achados, via abordagem qualitativa, apontam que a utilização desse método de prevenção no dia a dia das práticas sexuais dos indivíduos é influenciado por diversos aspectos contextuais e situacionais, como, por exemplo, o perfil da parceria (usuárias de drogas ou prostitutas, por exemplo), pelo tipo da relação (parceira estável ou casual), por fatores estéticos (o pênis “ficar feio”) e de conforto (sensação de aperto ou irritação); bem como percepções de alta proteção oferecido pelo método. Problemas relacionados ao desempenho sexual e à qualidade da ereção peniana, bem como problemas emocionais como depressão e ansiedade também já foram apontados como barreiras para a adesão a esse método preventivo. Pesquisas também apontam que, na ótica dos homens heterossexuais, o uso do preservativo com parceira estável pode denunciar infidelidade e atrapalhar a dinâmica do relacionamento (DOURADO et al., 2015; EDUCACIÓN et al., 2017; GARCIA; DE SOUZA, 2010; GOMES; SOUZA; REBELLO, 2011; GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; HILL et al., 2015; KANDA; MASH, 2018; MADUREIRA; TRENTINI, 2008; MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

Diversas pesquisas de abordagem quantitativa e revisões de trabalhos mistos realizados mundialmente também já encontraram associação entre as razões apresentadas acima e o não uso do preservativo masculino (BJEKIĆ et al., 2018; DONTA; BEGUM; NAIK, 2014; GLICK et al., 2012; TRAN et al., 2013). Essas pesquisas serão apresentadas mais detalhadamente a seguir.

Além disso, uma investigação qualitativa recente buscou entender os motivos pelos quais os preservativos não são usados consistentemente entre homens e mulheres adultos-jovens e concluiu que outras motivações frequentemente relatadas são: a falta de conhecimento sobre os benefícios; ter menor medo de contrair HIV e aids (porque podem ser controlados com medicação); por influência da tradição; por causa do abuso de álcool e outras drogas; por pressão dos pares; por relações de poder e de gênero; por recusa do parceiro/a sexual (KANDA; MASH, 2018).

Outra pesquisa qualitativa realizada com casais heterossexuais (incluindo casais sorodiscordantes) concluiu que o não uso ou abandono do preservativo masculino foi adotado por alguns casais como estratégia para encontrar e manter um relacionamento estável, estabelecer confiança e aumentar a intimidade do casal. A pesquisa também concluiu que muitos casais mantinham relações sexuais desprotegidas mesmo conhecendo o risco de infecção pelo HIV ou por outras ISTs e priorizaram seu amor pelo parceiro/a em detrimento da sua condição de saúde. A prática de TS-HIV regular ou até que seus relacionamentos fossem considerados estáveis também foram negociadas por alguns casais para o abandono do preservativo (CORBETT et al., 2009).

De uma forma mais ou menos explícita, todos esses motivadores apontados pelas pesquisas de desenho qualitativo puderam ser identificados nos depoimentos dos homens investigados nesta pesquisa.

No que tange os resultados dos estudos de abordagens quantitativas, estes apontam para diferentes proporções do uso do preservativo entre os segmentos masculinos. Em síntese, as evidências sugerem que homens heterossexualmente ativos utilizam menos o preservativo quando comparados aos HSH de maneira geral (PATHELA et al., 2011; WASHINGTON; WANG; BROWNE, 2009) e, sobretudo, durante práticas de penetração anal e sexo oral (SIONEAN et al., 2010), seja com parceira casual ou com prostitutas, especificamente (WONG et al., 2014); quando utilizam álcool em excesso e quando acreditam que a utilização do método reduz o prazer sexual (TRAN et al., 2013). Atitudes negativas dos prestadores de cuidado de saúde também são barreiras ao acesso ao uso do preservativo por usuários ativos sexualmente (MAVHANDU-MUDZUSI, 2016).

Estudos realizados com homens negros no contexto norte americano evidenciam que o marcador social de raça está associado com comportamento sexual de risco. Em linhas gerais, quanto maior a vulnerabilidade social vivenciada por homens não brancos, maior é o envolvimento em comportamentos de alto risco de infecção ao HIV. Em outras palavras, quando apoio social em contextos de discriminação racial é menor, o relato de situações de risco sexual aumenta. O inverso também ocorre: quanto maior apoio social, menores são os riscos sexuais (BOWLEG et al., 2013).

De modo mais específico ao contexto brasileiro, as pesquisas, sobretudo quantitativas, relacionadas ao uso do preservativo, realizadas com o segmento da população em geral, sugerem que, em contextos de relacionamentos estáveis, ter baixa escolaridade, possuir renda maior que um salário mínimo (CALAZANS et al., 2005), ser de religião pentecostal (BERQUÓ

et al., 2008) foram fatores associados ao não uso ou baixo uso do método. Em contextos de relacionamento casual, usar álcool na vida, ter primeira relação sexual com idade inferior a 16 anos de idade, ter baixo conhecimento sobre tratamento de aids estiveram associados ao não uso do preservativo. A coabitação com a parceria também esteve associada ao não uso do preservativo independentemente do tipo de relação (CALAZANS et al., 2005), entretanto a literatura internacional não tem encontrado tal associação relevante do ponto de vista estatístico (NASRULLAH et al., 2017). No entanto, independentemente do tipo de relação, ter idade mais avançada no início da vida sexual, a escolaridade da mãe ser superior a oito anos de estudo, ter profissionais de saúde envolvidos em atividades escolares (KOLLER et al., 2008; VIANA et al., 2007), ou *status* socioeconômico mais elevado entre moradores de favelas (JUAREZ; LEGRAND, 2005) estiveram positivamente associados ao uso do preservativo.

A partir de dados de uma pesquisa populacional de abrangência nacional, 32% dos homens heterossexualmente ativos relataram ter usado preservativo na última relação sexual e somente 22% usaram com parceira estável, ao passo que 70% relataram ter usado com parceiras casuais (COUTO et al., 2017). A partir dos resultados encontrados na literatura epidemiológica, ter mais idade, não possuir filiação religiosa e ter mais parceiras ao longo da vida (COUTO et al., 2017), fazer uso de Cannabis (BRODBECK; MATTER; MOGGI, 2006), uso de álcool associado à prática desprotegida de sexo anal (KALICHMAN et al., 2011), ser usuário de drogas ou ter parceria usuária (ADIMORA et al., 2006) são fatores comumente associados com comportamentos sexuais de alto risco à infecção ao HIV.

Uma revisão da literatura brasileira (DOURADO et al., 2015) sobre os fatores associados ao uso do preservativo masculino incluiu trabalhos de diferentes abordagens metodológicas (qualitativos, quantitativos, mistos) e concluiu que há baixa regularidade nos estudos que investigam os fatores associados com o (não) uso do método, sobretudo entre as populações onde a epidemia de HIV se concentra (populações-chaves). As autoras também concluíram que, com base nos artigos pesquisados, a combinação de intervenções se mostrou mais efetiva que intervenções isoladas.

Sendo o preservativo masculino o principal método preventivo não só ao HIV, mas também a outras ISTs, a sua falha e a ausência nas relações foi a principal e a mais recorrente motivação dos homens pesquisados para uso da PEPsexual<sup>17</sup>, emergindo com intensidade variada em todas as entrevistas.

---

<sup>17</sup> A discussão destes e outros elementos motivadores para a busca da PEPsexual pelos homens investigados será retomada e aprofundada mais adiante, no final deste capítulo.

**Entrevistadora:** Nesse último ano como que você se preveniu pras DSTs em geral?

**Marco (27 anos, branco, de São Paulo):** Ah, com camisinha. Tanto que eu tomei [a PEPsexual] porque estourou a camisinha.

**Entrevistadora:** Entendi.

**Marco (27 anos, branco, de São Paulo):** É por isso que eu procurei.

Aspectos como a qualidade do preservativo estiveram, na ótica dos entrevistados, diretamente ligados ao sucesso desse método. A (suposta) baixa qualidade dos preservativos distribuídos gratuitamente nas unidades de saúde, no âmbito do SUS, foi referida em diversos depoimentos como a principal causa do rompimento ou mesmo pela opção de não uso do preservativo ao longo das relações sexuais.

**Entrevistadora:** Essa camisinha [que rompeu] é aquela...

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** Essa é aqui do posto. Fora a dificuldade que a gente teve de desenrolar ela. E ela não me ajuda em nada. Aí já...

[...]

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** Não ter que ficar... desenrolando, sei lá, parece que tu tá tentando colocar uma capa de chuva num poste, né cara? Não dá.

A resistência ou rejeição pelo uso do preservativo distribuído gratuitamente não é uma exclusividade do âmbito brasileiro e diversos estudos internacionais têm investigado as barreiras relacionadas a esse tipo de insumo. A disposição em locais públicos, como hospitais ou clínicas e a relação com o estigma da aids foram apontados por adultos-jovens africanos como fatores dificultadores para a utilização do preservativo gratuito (KANDA; MASH, 2018).

Um estudo epidemiológico realizado com homens estadunidenses sexualmente ativos identificou que os usuários de preservativos distribuídos gratuitamente tendiam a ser mais jovens, não-heterossexuais e não estarem em relacionamento monogâmico. Além disso, os resultados também indicaram não haver diferenças entre os homens usuários exclusivos de preservativos pagos e dos distribuídos gratuitamente (REECE et al., 2010). Entretanto, apesar do grande direcionamento de recursos para distribuição gratuita de preservativos a nível global, quase nada se sabe sobre a utilização desse insumo e sobre a influência sobre outros métodos preventivos (O'REILLY et al., 2014).

Para um dos entrevistados (Cirilo), a falha do preservativo no momento da relação sexual que motivou a busca por PEPsexual pôs em xeque a confiança sobre esse método de prevenção como um todo e, mais especificamente, sobre a marca comercial do produto. Outro

entrevistado (Evandro) relatou que pretende procurar na *internet* outras marcas de preservativo que sejam mais eficazes.

**Entrevistadora:** Preservativo, certo. É... você acha que essas maneiras de se prevenir ela... ela garante, de fato, que você não esteja exposto ao vírus?

**Cirilo (38 anos, pardo, de Porto Alegre):** É, na verdade ela garan... Eu considero, considerava que fosse uma garantia bem forte, né? Mas devido aos acontecimentos que eu tive, devido não sei se por marca do preservativo, então foi uma surpresa pra mim, quer dizer...

**Entrevistadora:** Qual é a marca?

**Cirilo (38 anos, pardo, de Porto Alegre):** Ai! Agora não lembro.

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** É, eu pensei, vou ter que comprar, né? Porque a do posto aí tá... Vou ter que fazer uma pesquisa na *internet* pra ver o que que tem de mais suave, né? Mais light, né? Que tu coloque ali e fique no lugar.

(risos)

**Entrevistadora:** Claro.

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** Não ter que ficar... desenrolando, sei lá, parece que tu tá tentando colocar uma capa de chuva num poste, né cara? Não dá.

Alguns outros relatos apontam para baixa adesão ao preservativo masculino devido a experiências de rompimento do mesmo durante o ato sexual. Em um dos relatos, por exemplo, o entrevistado chegou a apresentar o preservativo rompido no momento da triagem com a equipe de saúde da unidade de atendimento.

**Entrevistadora:** Tá bem. E aí quando tu percebeu, então, esse rompimento, na hora qual foi tua reação? Tu parou?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Parei.

**Entrevistadora:** Tá. E...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba)** Eu vi que tava estranho, primeiro uma hora eu olhei, depois eu vi de novo e ela tinha rasgado. Eu trouxe ela aqui, rasgou do lado. Foi foda. Trouxe de raiva.

**Entrevistadora:** Tu trouxe a camisinha?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba)** Trouxe de raiva. Falei pra ela, "pô, essa aqui sempre arrebenta".

Queixas de incômodo ou desconforto causado pelo preservativo (irritação peniana e perda de ereção em decorrência do incômodo) também foram frequentes nos depoimentos analisados e estiveram relacionadas à (suposta) baixa qualidade do preservativo masculino e ao não uso do método em parte ou mesmo na relação como um todo. Um dos homens relatou desconforto e perda da ereção durante a prática sexual na qual se deu a exposição, o que fez com que ele retirasse o preservativo e continuasse a relação desprotegido.

**Entrevistadora:** E essa vez que teve a exposição, qual foi a situação? Cês tavam alcoolizados, tavam...

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** Não, tava na relação normal, e aí é aquela situação que eu te contei pra ti, né, da camisinha, da camisinha te brochar, né?

**Entrevistadora:** Por quê?

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** Porque ela te aperta demais e ela é muito ruim pra colocar e tal. Aí tava acontecendo aquilo, aí "pô, vou tirar essa coisa", aí aconteceu, né? Aconteceu o ato sexual sem camisinha. Mas ela já era... era a segunda daquela noite, já tinha arrebitado, a segunda não tava como tava na primeira, daí tiramos, mas já tinha arrebitado, segunda... segunda vez, né? Já tinha arrebitado. Daí na segunda não tava... não tava como tava na primeira, daí tiramos. Mas já tinha arrebitado, já tinha se exposto, né? Mas aí naquela ali deu uma continuação maior, como a médica falou, quanto mais tempo tu fica ali, tu... mais propício tu tá. Mas aí...

A partir do conjunto dos depoimentos analisados também foi possível perceber que os homens entrevistados não só (re)conhecem outros métodos de prevenção à infecção pelo HIV, mas por diversas vezes os utilizam de maneira combinada. No relato de Lincon (abaixo), por exemplo, o não compartilhamento de drogas e o preservativo masculino são meios de fazer prevenção e são utilizados conjuntamente. Além disso, o preservativo feminino, apesar de ser (re)conhecido por ele como método possível, não compõe seu repertório de prevenção.

**Entrevistadora:** No último ano de que maneira você procurou se prevenir pela infecção do HIV?

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** Sempre me preveni com camisinha, sempre, sempre. Como eu falei pra você, não compartilho droga com ninguém e não faço sexo sem camisinha.

[...]

**Entrevistadora:** Entendi, quer dizer, você identifica a camisinha como o método que você mais utiliza e o mais eficaz digamos assim?

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** É, não tem outro. Tem a feminina, né, que nunca usei, mas sempre usei a camisinha masculina e é isso.

Insumos de prevenção como o gel lubrificante e o preservativo feminino foram pouco presentes nos relatos, aparecendo apenas nos depoimentos de dois entrevistados, reforçando a baixa inserção desses insumos no cotidiano da prevenção dos homens heterossexualmente ativos pesquisados. Em contrapartida aos dados encontrados na literatura científica sobre o tema, para um dos entrevistados (Evandro), o preservativo feminino é recorrentemente proposto por ele nas relações sexuais mesmo a contragosto de sua parceira, que é soropositiva.

A rejeição do preservativo feminino pelas mulheres já foi apontado em outras pesquisas. Uma delas, realizada com homens e mulheres com idades entre 19 e 28 anos, investigou as razões pelas quais os preservativos (masculino e feminino) não são consistentemente utilizados



por esses segmentos e, no que se refere ao preservativo feminino, este foi largamente rejeitado pelos jovens adultos em geral, e pelas mulheres em particular, devido ao seu tamanho e à percepção de que é complicado de inserir (KANDA; MASH, 2018). No entanto, alguns homens participantes da referida pesquisa reconheceram que o preservativo feminino poderia ser importante em situações específicas como um relacionamento abusivo, quando o parceiro estiver alcoolizado ou em contextos de prostituição.

Em um estudo brasileiro, de abordagem qualitativa, realizado com casais heterossexuais e que objetivou conhecer as percepções acerca do preservativo feminino e os fatores envolvidos com o uso, concluiu que, sob a ótica dos homens, o preservativo feminino possui mais benefícios que o masculino, embora não seja “romântico”, discreto e prático, quando comparado ao masculino. Além disso, também sob a ótica dos homens investigados, esse método pode ser a única opção para mulheres quando o parceiro se recusa a usar o masculino (GOMES et al., 2011b). Outro estudo destaca que uma das barreiras ao uso do preservativo feminino seria o alto custo, que chega a ser 21 vezes mais caro em comparação ao preservativo masculino (GARCIA; DE SOUZA, 2010).

Contudo, a experiência de Evandro, mencionado anteriormente, com o preservativo feminino é bastante interessante, pois se contrapõe em certa medida ao relato de outros entrevistados. Para ele, em decorrência de o preservativo masculino frequentemente arrebentar e causar desconforto e incômodo para ambos, a melhor opção seria a incorporação do preservativo feminino nas relações sexuais. Seu relato emerge como uma exceção no que tange ao conjunto das entrevistas analisadas porque ele, sendo parceiro de uma mulher soropositiva, de alguma forma percebe a importância de incorporar alternativas de prevenção quando o principal método em sua ótica (o preservativo masculino) não oferece segurança e conforto.

**Entrevistadora:** E eu acho que é isso. E vocês... ã... porque assim, depois que tu teve a primeira exposição, tu chegou a modificar alguma coisa? É... pra justamente não ter essa nova exposição? Tu criou alguma estratégia?

**Evandro (41 anos, preto, de Porto Alegre):** Camisinha.

**Entrevistadora:** Só a camisinha mesmo.

**Evandro (41 anos, preto, de Porto Alegre):** Feminina, né, tentando fazer ela usar, mas, ela usa com uma má vontade, assim... que não dá nem vontade, né?

**Entrevistadora:** Desgosta.

**Evandro (41 anos, preto, de Porto Alegre):** É, desgosta. A masculina, então, nem se fala. A masculina eu tenho que ficar toda hora me cuidando porque senão vai arrebentar. E também não dá pra ficar mudando muito de posição, né, porque ela aparenta ser forte, mas não é tão forte. Ela é grossa, assim, pra ti desenrolar ela, mas aquela parte de cima ali, ela não segura muito. Dependendo do que tu fizer às vezes, sei lá, mudar alguma coisa, já não...

[...]

**Evandro (41 anos, preto, de Porto Alegre):** Irrita ela por dentro. Arde. Sei lá, um monte de coisa que ela fala. Deve dar uma ardência nela. Eu não sei se ela não tá sabendo colocar, se a gente não tá colocando direito, mas o fato é que tá sendo, ela sempre reclama. Quando ela vai tirar aquilo ali parece que tá tirando um negócio de dentro pra fora, assim, sabe? Que vai tirar o... sei lá, tirar o útero fora.

Em outros depoimentos, mesmo o preservativo masculino sendo o principal método preventivo, ele poderia não ser utilizado quando adotadas outras estratégias e métodos preventivos. No depoimento de Damião (31 anos), a TS-HIV assumiu caráter de pré-requisito para a retirada do preservativo masculino de maneira combinada à consolidação do *status* de relacionamento estável e monogâmico.

**Entrevistadora:** Ou você ia tentando tirar sutilmente ou você falava?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Sim.

**Entrevistadora:** E as meninas sempre topavam?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Sim. Eu nunca percebi recusa, não. Receios, sim. Mas aí quando eu percebia receios, como eu gosto sem, eu propunha exames: "vamos fazer exames?".

Para Marcos (27 anos), a testagem sorológica ao HIV/ISTs adquiriu valor de atestado de que ele “não tinha nada” e que, por isso, o preservativo poderia ser dispensado nas relações sexuais com suas parcerias sexuais.

**Entrevistadora:** Um tempinho sem ter relação?

**Marco (27 anos, branco, de São Paulo):** Com ele. Isso. Com ela.

Ela era virgem. Aí... Daí eu fiz o teste pra... Pra mostrar pra ela, tal, que não tinha nada. Aí decidimos, entendeu? Aí, como ela era virgem.

**Entrevistadora:** Então, desde o começo foi sem preservativo?

**Marco (27 anos, branco, de São Paulo):** Não. Ficou um tempo com camisinha porque ela tinha medo de engravidar.

No que se refere ao uso da TS-HIV como pré-requisito para o abandono do preservativo masculino, uma pesquisa qualitativa realizada com homens e mulheres, jovens e adultos brasileiros/as, concluiu que as motivações frequentemente relatadas por homens heterossexualmente ativos em relação à testagem estavam associadas ao *status* de relacionamento estável e à pressuposição de estabilidade e exclusividade do casal que, de alguma maneira, desobrigava o uso do preservativo masculino (GARCIA; DE SOUZA, 2010).

Em outro relato, a TS-HIV regular surgiu como a melhor alternativa de método preventivo à infecção pelo HIV quando o uso do preservativo masculino é dispensável ou mesmo indesejado. Evandro (41 anos), por exemplo, alegou não possuir o hábito de usar

preservativos em suas relações sexuais porque sempre manteve relacionamentos mais prolongados e estáveis. Para ele, o risco de infecção nesses relacionamentos seria menor e a prática de TS-HIV regular com suas parcerias consistiria, portanto, em um conjunto de métodos satisfatoriamente seguros para manejar o risco individual de infecção pelo HIV.

**Entrevistadora:** Cês chegaram a conversar sobre isso ou não?

**Evandro (41 anos, preto, de Porto Alegre):** Ah, a gente sempre conversa. Ela não gosta, ela fala 'eu não gosto'. Eu falei 'eu também não gosto, é ruim'. Claro, eu já tive, as minhas as relações antigamente com pessoas confiáveis era sem camisinha porque a gente tinha um controle, né? Tipo isso, fazia o teste, a outra pessoa fazia o teste, tal, tudo. Daqui 2, 3 meses a gente faz o teste de novo, ia acompanhando, né? Eu não tenho muita experiência com camisinha, porque eu sempre tive mais parceira fixa do que... nunca fui de... ficar variando, né? Então, pô, até porque ela tem HIV mesmo, né? E com camisinha, assim, tá, tá ruim mesmo, tá ruim pra ela com a feminina e tá ruim pra mim com a masculina.

[...]

**Entrevistadora:** Aí tu fazia o exame junto com a pessoa e aí definia que não ia mais...

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** Não, a gente faz o exame e vamos fazer uma coisa bacana, né, sem a camisinha incomodando.

**Entrevistadora:** E daí...

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** Eu acho que todo casal faz! Eu acredito o que todo mundo faz isso.

Adicionalmente, a TS-HIV também foi relatado como método preventivo a ser utilizado quando outros métodos falham frequentemente, como o rompimento do preservativo masculino. A busca por testagem e informações médicas foi utilizada por alguns entrevistados (Cirilo) como forma de fazer prevenção após o rompimento do preservativo.

**Entrevistadora:** E por que tu foi fazer o exame?

**Cirilo (38 anos, pardo, de Porto Alegre):** fui fazer devido a uma relação que eu tive numa noite anterior e aí eu tive o rompimento do preservativo, e aí eu achei por bem de... de fazer o exame e ter maiores informações sobre isso.

**Entrevistadora:** E aí você disse o que?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Eu disse é perigoso, né, perigoso tanto pra ti quanto pra mim. aí depois tentei conversar, ver, ela disse que não tinha tantos parceiros etc. etc. No dia seguinte eu entrei em contato com ela pra propor o exame.

**Entrevistadora:** Ah, foi no outro dia que você falou.

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Sim, propus o exame...

No que tange às evidências relacionadas ao uso da TS-HIV como método preventivo entre homens, os estudos epidemiológicos indicam que os homens heterossexualmente ativos

fazem menos exames sorológicos que os HSH ou mulheres, mesmo quando se percebem em alto risco de infecção (DENNISON; WU; ICKES, 2014; MCEL RATH et al., 2016; THOMAS et al., 2008). No entanto, as associações encontradas nesses estudos sugerem motivações diferentes entre segmentos de diferentes orientações sexuais. Num estudo realizado com estudantes norte-americanos, por exemplo, os HSH buscaram a TS-HIV por causa do histórico recente de sexo sem preservativo, enquanto os homens heterossexualmente ativos estavam interessados no brinde oferecido pela equipe da pesquisa aos participantes (KORT; SAMSA; MCKELLAR, 2017).

Como previamente apresentado no eixo quantitativo, a frequência de realização de exames sorológicos em período anterior ao episódio que motivou o uso da PEPsexual foi baixa entre os homens heterossexualmente ativos pesquisados, em que somente um em cada dez usuários de PEPsexual (10,4%) havia realizado TS-HIV alguma vez na vida. Os dados para outros exames, como o de Hepatite B, Hepatite C e Sífilis são ainda mais baixos (8,3%, 8,2% e 8,1%, respectivamente), sinalizando que, para muitos, o episódio de uso da PEPsexual foi responsável por apresentar esse método preventivo previsto no arcabouço da prevenção combinada.

Dentre os fatores comumente associados na literatura epidemiológica como facilitadores ou motivadores ao acesso e utilização da TS-HIV pelos homens heterossexualmente ativos estão: ter elevado número de parceiras sexuais ou parceiras casuais nos últimos seis meses e ter conhecimento relacionado com o HIV (LIM et al., 2016; THOMAS et al., 2008); ter conhecido a parceira sexual na *internet* (BROWN; PUGSLEY; COHEN, 2015); ter um “novo parceiro” ou ter tido relações com pessoas com sorologia desconhecida (BREMER et al., 2006); ter aprovação da comunidade e das pessoas, de alguma forma, relacionadas (parceiros, família) (SOARES; BRANDÃO, 2012); bem como o acesso a serviços de cuidado à saúde (BOND; LAUBY; BATSON, 2005) e ter mais idade (RENZI et al., 2001; THOMAS et al., 2008).

Ainda com base nos estudos epidemiológicos, as principais barreiras são: experiência com o estigma (CHESNEY; SMITH, 1999; LIM et al., 2016; MACQUEEN et al., 2015); ter comportamentos sexual de risco e de uso de drogas (BOND; LAUBY; BATSON, 2005); desconfiança na veracidade do resultado, demora na liberação do resultado e medo – com implicações nas relações sociais (LAUBY et al., 2006; SOARES; BRANDÃO, 2012). Os custos de infraestrutura e baixa demanda de usuários/as relacionados ao estigma da aids são as principais barreiras para a expansão do método (ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009).

Um estudo recente analisou a associação entre os fatores individuais e contextuais relacionados à TS-HIV em brasileiros/as. No que tange especificamente aos homens heterossexuais, estes eram menos propensos a procurarem testes de HIV do que os outros homens e mulheres por conta das construções sociais relacionadas à masculinidade hegemônica (BARROS et al., 2017). Ainda assim, no contexto brasileiro, poucos estudos têm se debruçado sobre a TS-HIV entre homens em geral e, mais especificamente entre homens heterossexualmente ativos, apesar de alguns achados qualitativos sugerirem menores taxas de TS-HIV como método preventivo entre brasileiros quando comparado aos homens de países norte-americanos e europeus (GRANGEIRO et al., 2015b; LIU et al., 2014).

O fato de os homens heterossexuais terem menores taxas de comparecimento à TS-HIV contribui para que eles possuam chances até três vezes maiores de se apresentarem tardiamente para tratamento e cuidado à infecção pelo HIV (BUETIKOFER et al., 2014). Além disso, os fatores associados com o atraso no diagnóstico de HIV em homens heterossexuais foram mais frequentes em pessoas em relacionamentos estáveis de longa duração e com filhos, e menos frequente para as pessoas com grande número de parceiros sexuais (DELPIERRE et al., 2006, 2007).

Por outro lado, as menores taxas de realização de TS-HIV entre homens heterossexuais também interferem no conhecimento que eles possuem em relação a outros métodos de prevenção à infecção pelo HIV. Uma pesquisa investigou a associação do histórico prévio de TS-HIV entre homens e mulheres heterossexuais e HSH e concluiu que as chances de conhecer sobre a PEPsexual aumentam 120% entre os homens e mulheres heterossexuais que realizaram quatro ou mais testes anteriormente (OR=2,2; IC 95% 1,3 – 3,7), enquanto que para os HSH as chances aumentavam em 200% (OR=3,0; IC 95% 1,9 – 4,8) (FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013).

Um estudo qualitativo realizado com afro-americanos de Nova York concluiu que, apesar de esse segmento possuir altas taxas de TS-HIV, são baixos os níveis de conhecimento sobre o HIV e a percepção de risco sexual, além do que as pessoas usam incorretamente a testagem ao HIV como método preventivo. O estudo ainda concluiu que o estigma do HIV, a dinâmica e a comunicação no relacionamento, bem como as influências sociais e a baixa percepção de risco poderiam ser grandes dificultadores à TS-HIV para homens afro-americanos heterossexualmente ativos (BOND et al., 2015).

Outro estudo qualitativo realizado com casais heterossexuais por meio de grupos focais analisou a viabilidade e a aceitabilidade de um projeto de testagem e aconselhamento de casais

e encontrou altos níveis de disposição para utilização da estratégia pelos participantes, bem como alta disposição para discussão de acordos sexuais entre o casal; condições necessárias para o sucesso desse método (STEPHENSON et al., 2015).

Por outro lado, as análises de entrevistas em profundidade realizada com colombianos de 15 a 25 anos de idade e com profissionais da saúde concluíram que o discurso heteronormativo afeta a experiência de testagem ao HIV e às outras ISTs e que, por conta disso, a avaliação do risco foi discursivamente conectada com os homens gays, enquanto os homens heterossexuais foram tidos como pacientes de baixo risco, sob a ótica dos profissionais (KNIGHT et al., 2013).

No nosso estudo, a PEPsexual foi reconhecida por alguns entrevistados como um dos métodos de prevenção à infecção pelo HIV. Nos depoimentos analisados foi possível apreender não somente como o insumo foi acessado, mas também quais os itinerários percorridos por esses participantes do momento da exposição sexual até a chegada à unidade assistencial na qual fez uso da profilaxia. Paralelamente, investigamos como e em quais circunstâncias os indivíduos conheceram ou ouviram falar da PEPsexual, bem como se já fizeram uso anterior.

Obviamente, no momento das entrevistas todos os participantes já conheciam a existência da profilaxia e muitos já tinham muitas informações sobre como os ARVs agem e quais os mecanismos de proteção oferecidos pela PEPsexual. Entretanto, alguns conheceram o método no momento da busca por ajuda após ter identificado possível exposição ao HIV nas relações sexuais, enquanto outros tinham conhecimentos prévios, o que facilitou o acesso ao serviço.

No que tange especificamente aos que não possuíam conhecimento prévio sobre a PEPsexual, estes relataram maior deslocamento em busca de ajuda profissional e, na maioria das vezes, foram encaminhados para outras unidades de atendimento ou outros setores no mesmo estabelecimento de saúde, como pode ser percebido nos depoimentos de Celso e Cirilo, abaixo:

**Entrevistadora:** Agora, eu quero saber um pouquinho sobre o uso da PEP que você buscou. Queria saber como que você ficou sabendo da existência da PEP.

**Celso (38 anos, pardo, de Ribeirão Preto):** Eu tive uma exposição e nessa exposição eu fiquei um pouco preocupado com algumas questões. E aí eu fui no posto de saúde, eu fui na da Marquês de Santos<sup>18</sup> e depois de lá eu fui encaminhado pra cá. E como fazia pouco tempo que tinha acontecido, eles me

---

<sup>18</sup> Nome fictício, como nos demais casos onde o nome dos estabelecimentos de saúde fora revelado pelos entrevistados.

encaminharam pra cá pra ver se existia a possibilidade de tá fazendo o tratamento, o PEP. Foi aí que eu conheci. E aí chegou aqui, de acordo com as condições, que eu expliquei o que tinha acontecido, eles acharam melhor eu tá fazendo. Aí foi quando eu fiz, tomei os remédios e tirei qualquer dúvida que tinha. Então foi simplesmente pra isso. A exposição não foi uma exposição de alto risco, né? Mas mesmo assim eu quis fazer pra poder não correr, correr menos riscos ainda de qualquer coisa.

**Entrevistadora:** Como é que tu ficou sabendo desse serviço, como é que você chegou até aqui?

**Cirilo (38 anos, pardo, de Porto Alegre):** Através do posto de saúde onde eu fiz os exames, né? Os exames rápidos, e onde eu recebi indicação do posto aqui pra procurar maiores informações.

No itinerário de outro entrevistado, a ausência de TS-HIV no CTA no momento de sua chegada ao serviço foi o motivo para que ele fosse encaminhado para outro estabelecimento de saúde. O episódio foi entendido pelo usuário como uma coincidência e não houve reclamação sobre o funcionamento do serviço por conta disso.

**Entrevistadora:** Aí você foi pro CTA.

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Aí eu fui pro CTA pra me aconselhar e saber se eu precisava e onde eu conseguiria aquilo. Expliquei toda a situação, no momento eles não tinha material pra fazer o exame rápido e mesmo assim não apareceria no exame rápido.

**Entrevistadora:** Eles não tinham material, como assim?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** É no dia estava faltando material pro exame rápido, coincidentemente no dia tava faltando material.

**Entrevistadora:** No CTA?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** No CTA tava faltando. Ela disse que eu voltasse a tarde ou no outro dia pela manhã. Aí eu disse "não, tem pelo menos como eu falar com a enfermeira ou assistente social?". Aí eu conversei ela me indicou que eu viesse aqui, vim aqui.

**Entrevistadora:** Você veio na mesma hora?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Vim na mesma hora e já estava tipo com umas 48h que eu tinha tido essa exposição.

Metade dos entrevistados tinha algum conhecimento prévio sobre a PEPsexual, em grande medida proveniente de reportagens jornalísticas e campanhas educativas na *internet* e televisão ou veiculadas no espaço físico das UBS. A busca por mais informações na *internet* sobre a profilaxia foi frequente entre aqueles que tinham algum conhecimento, mesmo que limitado, sobre a existência ou sobre as indicações da PEPsexual. Para Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba) a busca de informações através de *sites* da *internet* foi crucial para que ele conseguisse utilizar a PEPsexual. Segundo seu relato, ele ficou muito assustado porque o médico que o atendeu não sabia da existência da profilaxia e havia recomendado que ele

retornasse ao serviço após seis meses para repetir os exames sorológicos, mesmo ele estando dentro do prazo das 72 horas preconizado para uso da PEPsexual.

**Entrevistadora:** Você já tinha ouvido aonde?

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** Eu tinha, na *internet* mesmo, falando. Algum tipo de reportagem, algo que eu já tinha buscado. Daí eu perguntei para o médico: Mais Doutor, a gente não tem que fazer aquele procedimento PEP na hora? Não faz 72 horas ainda que eu tive essa situação de risco. O médico me perguntou: O que é isso? O que é PEP? Eu fiquei assustado, o médico não sabia.

**Entrevistadora:** Que hospital que foi?

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** Foi no Hospital do Riacho Doce aqui de Curitiba. Daí o médico falou: Não, pode ficar tranquilo, vai fazer esse exame aí agora e daqui a 6 meses, você volta aqui e a gente faz esses exames de novo. Eu: tudo bem. Eu sai de lá realmente encucado, eu pensei: Não, vou dar mais uma pesquisada na *internet*, pesquisei, pesquisei, pesquisei várias vezes, até que eu encontrei informações mais detalhadas sobre o PEP e sobre essas instituições de aconselhamento. Daí eu encontrei aqui de Curitiba e resolvi vir.

Esse episódio foi marcadamente impactante para ele e, na sequência da entrevista, ele dá um feedback em relação ao atendimento recebido nas unidades nas quais foi atendido, destacando a importância de que os profissionais de saúde conheçam e sejam bem informados sobre os novos métodos de prevenção à infecção pelo HIV:

**Entrevistadora:** Entendi... então assim você não tinha nenhum...você não sabia...da existência do...assim, você sabia como você falou, você tinha informações pela *internet*, mas não sabia que aqui tinha...

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** É, eu não sabia, eu achava que qualquer hospital sabia dessa informação. Tanto que eu fiquei assustado, realmente eu fiquei assustado, porque pode ser que....talvez...hoje eu pudesse estar com uma doença, se fosse o caso, né? Então eu acho que o hospital, o médico ou o hospital não estava bem informado, então acho interessante vocês levarem isso pra frente, a pesquisa.

**Entrevistadora:** Legal a devolutiva. Entendi, quer dizer, falta informação, digamos assim, mais criteriosa, pra você acesse esse serviço. Isso é importante.

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** Sim, exatamente, eu acho que qualquer pessoa que passar por essa situação, se ela procurar o médico, o médico tem que saber orientar ela.

De fato, a busca por informações mais detalhadas sobre a PEPsexual na internet foi prática comum não só entre os homens entrevistados que tinham algum conhecimento sobre a PEPsexual, mas também entre os que não conheciam a profilaxia, mas, por conta da sua



percepção de risco de infecção no contexto da exposição, foram buscar informações em sites da internet como, por exemplo, o mantido pelo Ministério da Saúde.

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Na verdade, eu fiquei ...eu procurei informação, né, 90% das pessoas que passam por uma situação dessa vão procurar informação na *internet*, talvez não seja o mais certo, foi através da *internet* que eu descobri aqui, né? E assim que eu descobri, na hora eu já decidi, não, eu vou pra lá, eu vou... Eu vou vir pra cá. Aí no site mesmo eu já vi que tinha essa possibilidade do tratamento, então pelo site, eu pensei, bom, vou lá pra ver primeiro, pra avaliar a situação e se a médica mandar tomar remédio, eu vou tomar remédio.

Um estudo realizado com usuários/as de um serviço de TS-HIV na Espanha revelou que, das 2.545 pessoas testadas, somente 22% tinham algum conhecimento do que seria a PEPsexual e só 2% já tinham utilizado o método. Dos que tinham algum conhecimento, 34% eram HSH, 16% mulheres e somente 15% homens heterossexuais. Na análise multivariada, ter nascido na América Latina se mostrou associado com a falta de conhecimento, enquanto que ter feito TS-HIV previamente se mostrou positivamente associado com o aumento do conhecimento sobre PEPsexual para homens heterossexuais e mulheres em geral. Para os HSH, o Ensino Superior completo e o grau de interação com a cultura gay, o número de parceiros e o hábito de conhecer parceiros através de sites na internet se mostraram positivamente associados com os conhecimentos prévios sobre a profilaxia (FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013).

Um estudo que avaliou o conhecimento de PrEP e PEPsexual entre pessoas com parceiros/as sorodiscordantes em Nova Iorque revelou que o conhecimento de PEPsexual foi menor quando comparado à PrEP (34% e 44%, respectivamente) e que o uso de PEPsexual só foi relatado por 2% da amostra, ao passo que a PrEP foi utilizada por 14% dos participantes. Além disso, os parceiros HSH tiveram chance quatro vezes maior de conhecerem a PEPsexual em comparação aos heterossexuais (MISRA; UDEAGU, 2017). Outro estudo também investigou o conhecimento sobre PEPsexual/PrEP em três grupos – HSH, usuários/as de drogas injetáveis e heterossexuais em alto risco – e concluiu que, mesmo o conhecimento sobre esses métodos sendo baixo em todos os grupos analisados, os homens heterossexuais tinham uma chance 68% menor de ter conhecimento sobre PEPsexual/PrEP em comparação aos HSH (WALTERS et al., 2017).

Os fatores associados com o conhecimento da existência de métodos preventivos baseados em ARVs (PEPsexual e PrEP) pelos HSH também já foram investigados por outra pesquisa realizada em Nova Iorque, nos EUA. Nesta, os fatores positivamente associados com

o conhecimento prévio sobre PEPsexual e PrEP foram: ter raça/etnia branca, testagem prévia para HIV, auto identificação homossexual, alto nível de educação, relato de interação com o sistema de saúde, uso da *internet* para conhecer parceiros sexuais, reportar sexo desprotegido nos três meses anteriores à entrevista, ter feito sexo com parceiro sabidamente soropositivo para o HIV ou relatar alto número de parceiros sexuais (MEHTA et al., 2011).

Outra pesquisa investigou a prevalência de conhecimento de PEPsexual e os fatores demográficos e sócio-comportamentais relacionados entre HSH, homens e mulheres heterossexuais em alto risco de infecção ao HIV e soropositivos e revelou que os heterossexuais tinham menos conhecimento em comparação a todos os outros grupos. Nesta pesquisa, os/as autores/as também encontraram associação entre ter contato com organizações de HIV/aids, ter realizado TS-HIV e com a percepção com o estigma da aids (PRATI et al., 2016).

Uma investigação qualitativa realizada com homens e mulheres prostitutas/as no Kenya revelou que, apesar do conhecimento sobre PrEP e PEPsexual ser baixo nessa população, a disposição para o uso foi alto para ambos os grupos. Entretanto, os/as autores/as também concluíram que pouco ainda se sabe sobre o uso da PEPsexual nesse segmento e a frequência de uso repetido da profilaxia (RESTAR et al., 2017).

### **As estratégias de prevenção**

Buscar ajuda e informações especializadas, seja em unidades de saúde, seja em *sites* da *internet*, após situações de exposição sexual de risco de infecção ao HIV pode ser considerado como uma estratégia preventiva em si. De fato, vários homens entrevistados relataram que acessam o serviço de saúde em busca de ajuda profissional mesmo quando amigos ou conhecidos alegaram excesso de preocupação.

**Entrevistadora:** Como é que você ficou sabendo desse tipo de atendimento, que te tornou possível chegar aqui e falar "olha, eu tive uma exposição e eu quero ter um atendimento sobre isso"? Como é que tu ficou sabendo?

**Nelson (58 anos, branco, de Porto Alegre):** Eu sempre que tive uma exposição eu procurei o posto mais próximo do bairro da... pra... pra tirar dúvida, né?

**Entrevistadora:** Não, é que você falou, que você contou...

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Ah não, depois eu contei, ah, conversa até hoje sobre isso, mas ...depois eu comentei com ele sim, que tinha buscado ajuda, tal, ele achou exagero. Mas eu acho que não é exagero, acho que tem que fazer isso mesmo.

**Entrevistadora:** Ele achou exagerado?

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Ele achou exagerado. Tipo, ele levou mais na esportiva e eu acho que com esse tipo de coisa não se brinca, na verdade.

**Entrevistadora:** Entendi, você sentiu que precisava realmente desse...

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Exato. Eu acho melhor você prevenir, ter uma orientação profissional, do que você ficar criando um monstro na cabeça, ne? Você fica ali, pensando, imaginando as coisas, isso é pior.

De maneira geral, a utilização da *internet* e de meios de comunicação de massa (televisão, por exemplo) para ter acesso a conhecimentos sobre métodos e estratégias de prevenção e tratamento ao HIV e às outras ISTs é uma prática comum e já foi mostrado por uma pesquisa qualitativa brasileira que avaliou o conhecimento sobre IST/aids de jovens e adultos, brancos e negros, de ambos os sexos, em Recife e São Paulo. Nessa pesquisa, os homens mais velhos e menos escolarizados eram também os menos informados sobre IST/aids e recorriam mais intensamente a meios de comunicação de massa, enquanto os mais jovens e mais escolarizados utilizavam mais frequentemente a *internet* (GARCIA; DE SOUZA, 2010). Nossos dados qualitativos não sugerem diferença de idade entre aqueles com conhecimento prévio de PEPsexual e nem na forma de busca de informação sobre a profilaxia. No entanto, os dados do eixo quantitativo revelam que a maioria dos usuários de PEPsexual eram brancos, com idade média de 31 anos e altamente escolarizados (51,2% tinham até o Ensino Superior completo).

Como já mencionado, o não reconhecimento de risco e a baixa mobilização de pessoas heterossexuais frente à epidemia de HIV desde seu surgimento fez com que, até hoje, esses sujeitos não possuam redes de apoio e socialização onde as informações sobre novas tecnologias preventivas, como a PEPsexual, possam circular e alcançar notoriedade. Isto, em parte, pode explicar o baixo conhecimento prévio sobre a profilaxia quando comparado ao segmento dos homens homossexuais (WALTERS et al., 2017).

Conforme destacamos, a partir dos dados do eixo quantitativo desta pesquisa, a grande maioria dos homens heterossexualmente ativos não tinha histórico de uso prévio de PEPsexual (81%) e, com base na literatura já apresentada, a baixa utilização do método neste segmento está associada ao não conhecimento da existência dele e é claramente influenciada pela desigualdade no acesso a informações sobre métodos preventivos, sobretudo os baseados em ARVs como a PEPsexual e PrEP. Nos dados do eixo qualitativo, somente Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre) declarou uso anterior da profilaxia e, não por acaso, é o único com parceria sabidamente soropositiva para o HIV.

Como já apontado, algumas situações e contextos são reconhecidos como de maior risco ou exposição à infecção pelo HIV e, dessa forma, a adoção de métodos e estratégias que comporão o repertório de prevenção à infecção pelo HIV assume diferentes intensidades e nuances para cada situação. Gerenciar os riscos de infecção é uma prática comum a todos e está condicionada às posições que as pessoas ocupam no mundo. Em outros termos, o que cada participante percebe como sendo de alto ou baixo risco de infecção ao HIV está fortemente influenciado pelos marcadores sociais que atravessam a si próprio e as pessoas envolvidas no contexto de suas relações afetivo-sexuais.

É a partir das diferentes percepções de risco que homens heterossexualmente ativos se valem de estratégias de prevenção à infecção ao HIV, sejam elas associadas, concomitantemente ou não, com os métodos preventivos. Evitar relações sexuais extraconjugais, relacionamentos não monogâmicos e com parcerias pouco conhecidas, além de reduzir o número de parceiras e evitar frequentar determinados locais à procura de relações sexuais casuais são estratégias já relatadas pela literatura e que também emergiram nos depoimentos analisados. Vejamos o relato abaixo:

**Entrevistadora:** No último ano de que maneira você procurou se prevenir da infecção pela HIV?

**Antônio (43 anos, branco, de Curitiba):** Evitando relações fora...da...do...ainda não é casamento, né? A gente ainda vai casar no civil, mas evitar relações fora. Tive uma relação com uma prostituta, mas usando preservativo, aí essa no domingo à noite... aí... teve essa falha com uma pessoa que eu conheci na rua, não houve pagamento, então, não é uma prostituta, né, é uma pessoa que eu conheci na rua e acabou havendo a relação e... foi sem preservativo, então, aí que foi o erro, né, o susto.

A partir do depoimento de Antônio e de vários entrevistados, percebe-se que estar em um relacionamento estável e monogâmico foi entendido como uma estratégia válida de prevenção à infecção ao HIV sustentada pela lógica de que o risco seria menor porque se parte do (suposto) pressuposto de monogamia e pelo ideal de fidelidade nas relações entre pessoas casadas. Ou seja: “nenhum dos dois vai pular a cerca”.

Um estudo qualitativo com homens heterossexuais em relacionamento estável buscou entender as representações sobre fidelidade, bem como as concepções sobre o uso do preservativo nas relações estáveis e extraconjugais. Para alguns homens investigados na referida pesquisa, ter relacionamentos extraconjugais era entendido como algo muitas vezes natural e positivo para o casamento, porque evitaria a monotonia e a rotina. Além disso, a

fidelidade também foi entendida não como evitar relacionamentos “fora do casamento”, mas sim usar camisinha quando nestas situações, como forma de proteger a parceira das “doenças de fora”. A percepção de risco para o HIV foi bastante pequena dentro das relações conjugais, como se o perigo não pudesse vir “de dentro” (SILVA, 2002).

No que concerne ao repertório de prevenção dos homens pesquisados, dentre os métodos e estratégias de prevenção, a percepção de segurança dos relacionamentos estáveis esteve intimamente articulada com o uso ou abandono do preservativo masculino e foi determinante para a adoção de outros métodos preventivos, como a TS-HIV e até mesmo o uso da PEPsexual.

Vejam os relatos a seguir:

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** A minha prevenção foi sempre assim, de estar com alguém que confiasse, porque a camisinha sempre me incomodou, essa camisinha. Mas eu sempre procurei ter, eu sempre tive parceiras fixas na maioria das vezes, então não tinha problema, né? A gente sempre se cuidava, fazia exames, então nunca tive problema tão grande. Claro que eu já tive outras... né? Outros casos individuais, não parceira fixa, mas poucos. Então, nunca tive problema assim de bah, pegando todo mundo na noite, é isso que tu tá falando, assim? Não?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** No caso quando tem uma relação fixa, interfere sim, por que as pessoas confiam uma na outra, aí só preocupam com a gravidez, tomam como base que nenhum dos dois vai pular a cerca assim... mas por fora quando é relação casual, assim, pode interferir, mas não tanto assim, na relação fixa interfere mais ainda...

[...]

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Eu acho que tem, quanto mais pessoas, mais riscos, mas não que usaria, reduzir o número de pessoas, não, menos ainda, mas se puder com uma pessoa só, é melhor, mas na prática é complicado fazer isso pra todas as pessoas.

Contudo, para um dos entrevistados (Nelson), o preservativo masculino era de fundamental importância mesmo em relacionamentos estáveis, até que se tenha total confiança no/a parceiro/a, porque “nunca se sabe quem é o parceiro que está do lado”. Para Silva, a aids, mesmo sendo perigosa, é algo de certa forma distante da percepção de risco dos homens heterossexuais e que, por ser uma doença que não carrega um signo corporal, dificulta a seleção ou identificação de uma marca nas parcerias afetivo-sexuais (SILVA, 2002).

**Entrevistadora:** Perfeito. Você acha que essa maneira de se prevenir ela depende do parceiro que você está se relacionando?

**Nelson (58 anos, branco, de Porto Alegre):** Não, acho que de... acho que não, acho que não, acho que é fundamental, né? Até pra pegar confiança plena no parceiro, 100%, né? Porque às vezes tem... convive com pessoa cê nem sabe quem é o parceiro que tá do lado, que que faz na rua e coisa e tal, né?

Então é... é fundamental a camisinha, sim. Com certeza. Até ter plenas confiança no, no... no parceiro, né?

[...]

**Nelson (58 anos, branco, de Porto Alegre):** Que parceiro bom é aquele parceiro que faz exames também, né? Não adianta ter um parceiro que não faz exames, né?

Essa mesma percepção sobre a ausência de uma marca corporal que distingue o *status* sorológico para o HIV nas pessoas pode ser encontrado no depoimento de outros entrevistados e, para um deles (Lincon), os locais para encontro de parceiros/as sexuais (festas e boates, por exemplo) são locais perigosos, sendo quase impossível reconhecer “o fundo” das pessoas, mesmo as “de classe A”.

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** Eu tive uma época na minha vida, essa época tá meio que passando agora, mas essa época que tipo assim, festa mesmo e tal. [...] acho que eu fui naqueles locais, realmente, meus deus do céu, esse local aqui, apesar que a gente não tem como saber, você pode estar se relacionando com uma pessoa de classe A mais, extremamente.....uma cara e o fundo é outro, então o que eu sempre tive, consciência, eu sempre soube que é uma doença seria, sempre soube que não é brinquedo...e...sempre fiz o...sempre fiz.

A mesma representação coletiva que preconiza o uso do preservativo em relacionamentos mantidos “fora de casa” ou “na rua” por serem mais arriscados também sustenta como perigosas as parcerias sexuais mantidas ocasionalmente ou com pessoas pouco conhecidas. Além disso, a seleção do tipo e do perfil da parceria sexual (prostituta ou usuária de drogas, por exemplo), bem como manter um número reduzido de parceiras sexuais também sobressaíram nos depoimentos analisados como estratégias de prevenção frequentemente adotadas.

**Entrevistadora:** Você acha que isso varia de acordo com a parceira no caso?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Como assim?

**Entrevistadora:** Dependendo da pessoa que você tá...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Ah, tá...

**Entrevistadora:** Você acha que isso pesa?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Você escolher mais as pessoas? É complicado também, quanto mais pessoas mais risco, mas é difícil você controlar também...não vou fazer sexo com aquela ali por que eu vou aumentar o meu número de parceiras, para evitar...não vai dar certo...

**Entrevistadora:** Não tem...uma relação com isso... você acha..

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Eu acho que tem, quanto mais pessoas, mais riscos, mas não que usaria, reduzir o número de pessoas, não, menos ainda, mas se puder com uma pessoa só, é melhor, mas na prática é complicado fazer isso pra todas as pessoas.

**Entrevistadora:** Como é que tu procurava se prevenir do HIV, geralmente, assim?

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** A minha prevenção foi sempre assim, de estar com alguém que confiasse, porque a camisinha sempre me incomodou, essa camisinha. Mas eu sempre procurei ter, eu sempre tive parceiras fixas na maioria das vezes, então não tinha problema, né? A gente sempre se cuidava, fazia exames, então nunca tive problema tão grande. Claro que eu já tive outras... né? Outros casos individuais, não parceira fixa, mas poucos. Então, nunca tive problema assim de bah, pegando todo mundo na noite, é isso que tu tá falando, assim? Não?

**Entrevistadora:** Perfeito. E, assim, sobre a sua prática de prevenção antes desse fato. Você costuma usar que tipo de métodos pra prevenir a questão do HIV?

**Iago (29 anos, branco, de Porto Alegre):** Olha, eu não costumo ter muita variação de parceiros. Essa foi uma ocasião única que eu fui com meus amigos, que foi mais na, na... no convencimento deles, eu não costumo procurar esse tipo de diversão, entre aspas.

Com base nos dados encontrados a partir da literatura epidemiológica, os homens heterossexuais possuem menor número de parcerias sexuais que os HSH, e iniciam sua vida sexual mais tarde. Estudo transversal realizado que comparou os padrões de comportamentos sexuais entre homens heterossexuais e outros homens que faziam sexo com homens concluiu que os HSH eram mais propensos a escolher parceiros mais velhos e, foram de duas a três vezes, mais propensos a relatar parcerias sexuais simultâneas comparativamente aos homens heterossexualmente ativos; além de usarem menos o preservativo durante o sexo anal em comparação ao uso do preservativo nas relações vaginais por casais heterossexuais (GLICK et al., 2012).

De fato, poucos estudos investigaram a relação entre o número de parceiras sexuais entre homens heterossexualmente ativos no tocante à prevenção ao HIV no contexto brasileiro. Contudo, percebe-se grande investimento das políticas de prevenção à infecção pelo HIV no que tange a redução do número de parceiros/as sexuais na mesma escala em que acontece um alto investimento no uso do preservativo masculino nas relações sexuais. Um estudo que avaliou os discursos sobre sexualidade em CTA, no estado do Rio de Janeiro, constatou que a avaliação realizada pelos/as profissionais de saúde do que seria a exposição ao risco sexual privilegiava o não uso do preservativo, a quantidade e o tipo de parcerias sexuais, bem como o *status* sorológico de tais parcerias. O trabalho também concluiu que as ações de prevenção eram fortemente influenciadas pela abordagem epidemiológica e “centrado na relevância do uso frequente do preservativo, principalmente entre os usuários com práticas bi ou homossexuais

ou aqueles com ‘maior’ número de parceiros nos últimos 12 meses” (MONTEIRO et al., 2014, p. 140).

Alguns autores/as como Rebello e Gomes (2012) argumentam que as ações preventivas às infecções pelo HIV/aids devem enfrentar o discurso que estimula o uso do preservativo somente quando o número e a frequência dos relacionamentos sexuais com parcerias casuais são altos, mas sim investir na comunicação que a transmissão também pode ocorrer em contextos de relacionamentos estáveis e monogâmicos, ou seja, nas palavras dos/as autores/as “a ideia de que o uso do preservativo se associa apenas à promiscuidade pode ser desconstruída” (REBELLO; GOMES, 2012, p. 921).

Dois dos participantes relataram que reduzem a intensidade ou evitam determinadas práticas sexuais como forma de diminuir o risco de exposição ao HIV. A maior atenção às preliminares também surgiu em um dos depoimentos como forma de manejar o risco de exposição, desde que não houvesse muito atrito e contato com secreções da parceira. Relatos como o de Damião e Evandro (31 e 41 anos, respectivamente) são ilustrativos dos ajustes nos repertórios preventivos com a incorporação de novas estratégias preventivas à infecção ao HIV através da redução da intensidade da prática sexual ou do tempo das preliminares quando a parceira é pouco conhecida ou quando é soropositiva.

**Entrevistadora:** Por que não muito? Não estava se sentindo, tinha algum receio?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Eu, eu, eu tinha receio, eu tenho receio com uma parceira nova de fazer sexo oral bastante, também não faço com tanta intensidade, faço só uma carícia de leve.

**Entrevistadora:** Mas vocês têm as preliminares?

**Evandro (41 anos, negro de Porto Alegre):** Tem as preliminares, mas não uma preliminar como poderia ser, ainda mais depois dessa última consulta assim, né? Que aquilo ali também te ajuda, essa preliminar também. Aí tu não pode ter uma preliminar assim, desse jeito, por exemplo. Ficar naquele atrito ali é um atrito como se tivesse lá dentro. Esse atrito do lado de fora tu tá te... tu tá causando... só que tu não enxerga, né? São rupturas, ali, sangramentos que tu não enxerga.

Por fim, também emergiu em alguns depoimentos dos entrevistados a sensação de proteção e invulnerabilidade ligada aos ideais de masculinidade hegemônica. Nesses depoimentos, os homens costumam relacionar o “outro” como vulnerável ou suscetível à infecção por não se cuidar devidamente ou porque suas práticas e costumes os colocam nessa posição de “fraqueza” e “exposição”. Em um dos depoimentos, por exemplo, foi resgatada a



noção de grupos de risco, na figura do homossexual e do usuário de drogas, que fora predominante na primeira década da epidemia de HIV, como sendo os únicos ou mais expostos ao vírus. Os trechos abaixo ilustram tais argumentos:

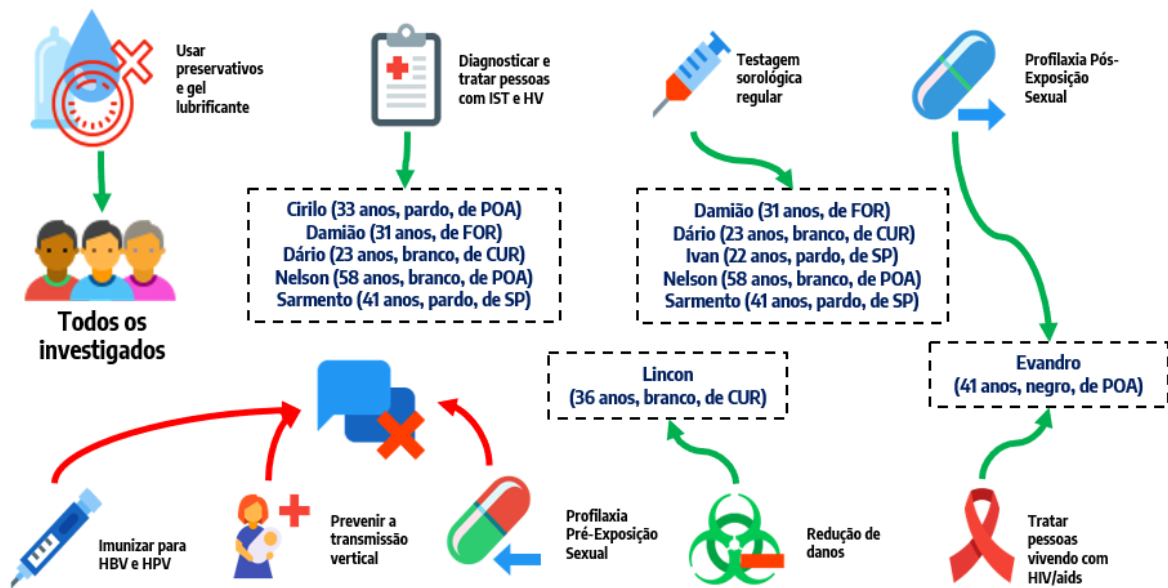
**Lincon (26 anos, branco, de Curitiba):** Sim, a gente fica, fica, é... pensando né, na vida, apesar de eu não...nunca procurar...a gente sabe que os maiores contágios... que os maiores contágios são entre os homossexuais, né, drogas e homossexuais, né? Principalmente pelo sexo anal, né [...].

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Você sabe, né, é parte da vida, né, você tem um relacionamento, você passa a pensar naquilo com mais cautela. Não é algo banal. Eu acredito que não é algo banal, como as pessoas fazem, né? Tipo vai carnaval...eeee...beleza, festa! Eu não penso assim, ainda mais hoje, hoje muito mais. Já não pensava, hoje muito mais [...].

Todo o debate acerca da percepção de risco e de escolha de métodos e estratégias de prevenção à infecção pelo HIV poderia ser utilizado na discussão sobre a sensação de invulnerabilidade masculina, o que sobressai nos relatos apresentados. De fato, o abandono ou recusa do preservativo masculino nas relações estáveis e monogâmicas ou se valer de estratégias com efetividade pouco reconhecida na prevenção como, por exemplo, selecionar a parceira por causa de seus atributos estéticos, são ótimos exemplos de como os homens heterossexualmente ativos, sob efeito das normativas associadas à masculinidade hegemônica, recorrem, em certa medida, à sensação de proteção “inata” ao HIV. Como já dito, o estigma da aids associado à homossexualidade e o distanciamento do homem heterossexualmente ativo das ações relativas à sua própria saúde retroalimentam tal representação coletiva de masculinidade hegemônica e é, ao mesmo tempo, reiterada por ela.

Em caráter de síntese dos achados obtidos pelos depoimentos, podemos situar no contexto dos recursos biomédicos que compõe o modelo da prevenção combinada os principais métodos de prevenção citados como sendo os mais utilizados para a prevenção ao HIV. A ilustração abaixo organiza quais métodos foram citados uma ou mais vezes pelos participantes entrevistados.

**Figura 3: Componentes da mandala da prevenção combinada relatados pelos homens investigados.**



### As principais motivações para a busca por ajuda e pela PEPsexual

Como já salientamos, o preservativo masculino não só foi o protagonista entre os métodos e estratégias de prevenção à infecção ao HIV, mas sua falha foi também fortemente relacionada com as motivações por busca de ajuda profissional e de PEPsexual. Em linhas gerais, o não uso do preservativo masculino em parte ou em toda a prática sexual, seja por escape ou rompimento, seja por sensação de incômodo e irritação, foi a principal motivação por busca de PEPsexual e foi um evento gerador de enorme estresse e ansiedade entre os participantes, a ponto de buscarem ajuda profissional nos serviços de saúde ou em *sites* da *internet*.

Os trechos a seguir explicitam como a falha do preservativo, no entendimento dos entrevistados, foi determinante para que alguns participantes se percebessem em risco e buscassem ajuda profissional, culminando no uso da profilaxia.

**Entrevistadora:** Não, o que dessa cena que você falou: opa, isso é...suspeito  
**Lincon (26 anos, branco, de Curitiba):** Acho que estourar uma camisinha numa relação sexual é suspeita, né? Acho que tem que... [se preocupar com isso].

**Entrevistadora:** Aí você tirou e colocou [o preservativo masculino] novamente o mesmo?

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Isso, por isso que essa situação que eu fiquei bastante preocupado. Não teve, né, nossa, uma relação inteira sem proteção, mas essa situação me deixou bastante aflito. Fiquei bastante ansioso com isso e foi isso que me fez procurar ajuda.

**Entrevistadora:** E aí depois, né? Que vocês fizeram o sexo vaginal, e aí você percebeu que tava...

**Victor (46 anos, branco, de Ribeirão Preto):** Aí que tinha estourado.

**Entrevistadora :** Cê olhou...

**Victor (46 anos, branco, de Ribeirão Preto):** Aí eu fiquei meio preocupado. Aí, no outro dia, eu já fui, procurei. Que eu já, já sabia daquele [...] me lembrei e fui lá. E aí a moça falou que até 72 horas...

O rompimento do preservativo masculino em relações com prostitutas e parceiras casuais pouco conhecidas foi importante potencializador da dúvida e da insegurança, reforçando a necessidade de busca por ajuda. Um dos entrevistados relatou preocupação com “conversas” sobre o suposto alto número de parceiros sexuais que sua parceira teve antes dele. Em suas palavras “[...] se comigo foi sem [preservativo], com outro também pode ter ficado”.

**Entrevistadora:** Como é que foi isso? Conta pra mim. Tenta lembrar. Eu sei que já faz um mês, às vezes a gente quer esquecer as coisas, mas faz parte.

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Tive uma relação com uma pessoa que eu não conheço, você entendeu? Aí a gente ficou sem, sem preservativo e eu fiquei na dúvida, entendeu? Pelo fato de eu não conhecer a pessoa e pela forma que eu fiquei com ela. Que aí, depois, eu fui ver que não era uma pessoa, assim, de se confiar, entendeu? Então foi aí, vou tirar minha dúvida.

[...]

**Entrevistadora:** Tá. Porque você acha que a transa com ela, que foi sem preservativo, tinha bastante risco pra você ficar preocupado e procurar o serviço?

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Porque, assim, a pessoa, eu não conheço. Primeiro, eu não conheço, entendeu? Aí, depois, que eu ouvi conversas, entendeu? Que veio falar pra mim. Ah, ela já tinha ficado com outros, entendeu?

**Entrevistadora:** Hum, hum.

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Então, aí a gente fica meio que preocupado, né?

**Entrevistadora:** Claro.

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Porque se comigo ficou sem, com outro também pode ter ficado.

**Entrevistadora:** Hum, hum.

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Você entendeu? Aí, meu medo foi esse.

**Entrevistadora:** Mas você tava aonde?

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** a gente se encontrou num hotelzinho assim, hotelzinho.

**Entrevistadora:** E você não conhecia ela?

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** Ah, mais ou menos, assim, meio de vista assim, a gente marcou por telefone e tal, só que daí, conversando com um amigo meu, essa menina a gente já, a gente sabe que ela pode ter alguma questão de prostituição, essas coisas, então por isso que eu acabei procurando.

**Entrevistadora:** O risco maior que você correu, você achou que era por ela ser uma profissional do sexo?

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Sim, também.

**Entrevistadora:** Ou teve outra coisa que pesou também?

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Não, qual que foi meu ...não foi só por causa disso, é só por que a gente não sabe com quem se relaciona, né? Tem...tá certo que você sair numa noite em qualquer bar com uma pessoa que você desconhece, é mais ou menos a mesma coisa, é a mesma situação. Eu tenho esse preconceito por ela trabalhar com isso, mas é uma situação que a gente não sabe com quem...

Uma pesquisa realizada com homens heterossexuais espanhóis investigou os fatores associados com a prática de sexo pago e as opiniões sobre o uso do preservativo em tais contextos. Para isso, 5.153 homens com idade entre 18 e 49 anos responderam a uma entrevista e os resultados apontam que cerca de  $\frac{1}{4}$  dos homens (25,4%) havia pago por sexo em algum momento de suas vidas, 13,3% nos últimos cinco anos e 5,7% no último ano. Na análise multivariada, as características mais associadas com a prática de pagar por sexo foram: ter idade mais avançada, menor escolaridade, ser solteiro, ser praticante de grupo religioso, ter relatado comunicação insatisfatória com os pais sobre sexo, ter tido a primeira relação sexual com idade inferior a 16 anos e ter se embriagado no último mês. No que tange especificamente à não utilização do preservativo, o estudo encontrou maior associação com a idade superior a 30 anos e com a idade da primeira relação sexual ter sido inferior a 16 anos. Além disso, a pesquisa também concluiu que os homens que não usaram preservativo na última relação sexual paga foram aqueles que também tiveram mais opiniões negativas sobre tal insumo de prevenção (BELZA et al., 2008).

Outro aspecto importante no contexto da exposição e que merece consideração é o uso de álcool ou outras drogas. Seis dos entrevistados relataram ter ingerido alguma substância antes ou durante o sexo, entretanto, somente metade deles avaliou que o uso influenciou na forma deles se prevenirem. No entanto, no que tange ao uso de álcool, parte dos entrevistados no eixo qualitativo relatou que o uso dessa substância comprometeu os julgamentos e as

percepções de risco no contexto da exposição sexual; nas palavras de Antônio: “o álcool realmente atrapalhou as ideias”.

**Antônio (43 anos, branco, de Curitiba):** Assim, estavam os dois bem alcoolizados e uma penetração rápida assim e já parou, eu não lembro se eu cheguei a terminar ou não, mas já levantei pra sair assim que eu não me senti bem assim.

[...]

**Entrevistadora:** Você convidou ela? Você falou vamos para um motel?

**Antônio (43 anos, branco, de Curitiba):** Isso, exato, mas combinou depois de conversar, acho que ficou mais conversando e depois que houve uma aproximação e depois que daí, coitada, ela tinha tomado, também não tava muito mandando no corpo.

[...]

**Entrevistadora:** Você acha que isso interferiu na questão de você não usar preservativo?

**Antônio (43 anos, branco, de Curitiba):** Com certeza, né? O álcool realmente atrapalhou as ideias [...] foi é... bebedeira, de bobagem, um minuto de bobeira, de fato.

**Sarmento (41 anos, pardo, de São Paulo)** Aí chega uma hora que cê, cê, não sabe mais o que cê tá fazendo. Tipo assim: "-O que eu tô fazendo?" Não é? Você senta, toma uma água e fala: "-O que que eu fiz? Tô ruim." Aí, você fica na dúvida. "-Usei ou não usei? Acho que usei." Acho.

**Entrevistadora:** E aí você falou que tinha bebido um pouco...você avalia que você estava alcoolizado mesmo aquele dia?

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Ah eu estava um pouco acima do...normal...do aceito, né?

**Entrevistadora:** E isso interferiu você acha, né?

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Eu acho que sim. Eu acho que você cai mais fácil na festa, na pressão dos amigos e todo mundo, eu acho que com certeza o álcool tem um papel, bastante...

Uma pesquisa que examinou a associação entre consumo excessivo de álcool e uso de drogas com estado de saúde em homens heterossexuais negros norte-americanos encontrou relação entre o uso de estimulantes e consumo excessivo de bebidas alcoólicas com *status* positivo para HIV (KEEN et al., 2014). Outra pesquisa examinou a prevalência de sexo anal desprotegido entre heterossexuais que consumiram álcool da África do Sul e revelou que, de uma população de 5.037 indivíduos, 8% dos homens e 7% das mulheres tiveram sexo anal sem proteção no último mês. Além disso, a menor idade da parceira se mostrou associado à prática de sexo anal (KALICHMAN et al., 2011). Outro estudo avaliou o comportamento sexual de risco e fatores relacionados e foi encontrada maior chance de ter comportamentos sexuais de risco entre usuários de álcool (BROOKS et al., 2008).

Uma revisão da literatura nas bases do MEDLINE e da LILACS, entre os anos de 2000 e 2007, concluiu que o uso do álcool, quando combinado às práticas sexuais, se mostrou como fator de risco para IST/aids, aumento do número de parceiros/as concomitantes e não uso do preservativo. No entanto, essa mesma pesquisa concluiu que, em geral, os HSH, adolescentes e profissionais do sexo possuem maiores prevalências de sexo sob efeito do álcool do que as pessoas em geral, bem como os homens possuem maiores prevalências que as mulheres (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

No que se refere ao tipo de prática sexual que motivou o uso de PEPsexual, diversos estudos têm apontado que essas variam a depender de fatores contextuais e, sobretudo, da orientação sexual das pessoas envolvidas. Em linhas gerais, como era de se esperar, as práticas anais desprotegidas, sejam elas penetrativas ou receptivas, prevalecem entre HSH e são também as práticas que oferecem maior risco de exposição ao HIV, ao passo que as práticas vaginais desprotegidas predominam entre homens heterossexuais (CASALINO et al., 2014; FERNÁNDEZ-BALBUENA et al., 2013; KAHN et al., 2001).

Ainda assim, a prática de sexo anal não foi relatada pelos homens investigados como fator presente no contexto da exposição que motivou a busca por PEPsexual. Uma pesquisa australiana investigou comportamentos sexuais entre 10.173 homens e 9.134 mulheres heterossexuais, entre 16 e 59 anos de idade, e descobriu que, além deles possuírem mais parcerias sexuais na vida e múltiplas parcerias no último ano, em comparação às mulheres, a prática de sexo anal era incomum nos primeiros encontros (VISSER et al., 2003).

Os resultados apresentados e discutidos até aqui explicitam e demonstram como os elementos presentes no contexto onde se deu a exposição sexual dos homens heterossexualmente ativos participantes desta pesquisa influenciaram a forma com que percebem e gerenciam os riscos não só do HIV, mas de quaisquer outras consequências indesejadas decorrentes da relação sexual (IST, gravidez indesejada etc.). Em síntese, o perfil da parceira (prostituta ou parceira estável, por exemplo); a eficácia e a segurança do preservativo masculino; o local da relação (motel ou casa de swing); bem como a presença de álcool e outras drogas foram os principais fatores contextuais que estiveram diretamente relacionados às formas que estes participantes se percebiam em risco à infecção pelo HIV.

## AS EXPERIÊNCIAS COM A PEP<sub>sexual</sub> E OS PROJETOS DE PREVENÇÃO PARA O PÓS-PEP<sub>sexual</sub>

Analisamos nessa seção como os homens investigados experienciaram o uso da profilaxia, gerenciaram os impactos sociais do uso da PEP<sub>sexual</sub> em seus cotidianos e como lidaram com os Efeitos Adversos Associados a PEP<sub>sexual</sub> (EAAP). Em vista da escassez dos estudos de abordagem qualitativa que investigaram a experiência e os significados atribuídos ao uso da PEP<sub>sexual</sub> por homens heterossexualmente ativos, para a discussão desse tópico nos apoiaremos na literatura sobre as experiências de mulheres e HSH por entender que parte da experiência com a profilaxia (os efeitos adversos, por exemplo) transcendem as categorias de orientação sexual e de gênero. Contudo, não descartamos e buscaremos evidenciar as singularidades nas formas que homens e mulheres, gays, bissexuais ou heterossexuais entendem e manejam os efeitos no corpo e os impactos sociais de tais experiências. Em seguida, na segunda parte dessa seção, apresentaremos e discutiremos os projetos de prevenção à infecção ao HIV no pós-PEP<sub>sexual</sub> que emergiram nos relatos dos participantes investigados.

### **Do “Eu tive dificuldade porque tem que tomar depois de refeição” ao “Eu comia bem. Não bebi álcool e não usei droga”: implicações do uso da profilaxia na vida cotidiana**

Algumas estratégias e adaptações na rotina relacionadas ao uso da PEP<sub>sexual</sub>, como programar alarmes em aparelhos celulares e levar os comprimidos na mochila, emergiram nos depoimentos e foram adotadas com o intuito de facilitar o uso da medicação e evitar esquecimentos ou atrasos. Sincronizar o uso dos comprimidos com alguma refeição ou horário fixo, no entanto, emergiu nos relatos seja como facilitador seja como dificultador para o uso da medicação. Um dos entrevistados, por exemplo, preferiu usar a PEP<sub>sexual</sub> pela manhã por acreditar que “[...] eu achei que ia fazer mais efeito. Estava com o estômago vazio” (Damião, 31 anos, de Fortaleza). Para outro (Pablo, 18 anos, de Ribeirão Preto), tomar os comprimidos à noite dificultou com que ele se lembrasse do medicamento porque modificaria muito sua rotina, mas ainda assim esta modificação não o levou à interrupção do tratamento.

**Pablo (18 anos, branco, de Ribeirão Preto):** Eu tive dificuldade porque tem que tomar depois de refeição. E eu não... Eu estava tomando a noite. Só que eu não janto à noite. Aí quando eu não tomava, quando eu não comia eu esquecia do remédio. Mas eu só tive um problema com um dia que eu não tomei. Mas de resto foi tudo bem. Eu lembrava, no máximo 30, 40 minutos depois do horário que estava marcado.

Como advertimos, há pouca literatura – nacional e internacional – epidemiológica ou de natureza qualitativa sobre a adesão à PEPsexual e, mais precisamente, entre os homens heterossexualmente ativos. No entanto, há considerável número de produções epidemiológicas sobre os fatores relacionados à adesão aos ARVs utilizados no tratamento de pessoas soropositivas em geral, sem estratificação e comparação por gênero e orientação sexual, bem como algumas produções recentes interseccionando outros marcadores sociais como classe social, geração e raça.

Apesar de escassos, alguns estudos que avaliaram a adesão aos ARVs por pessoas soropositivas e que também investigaram as estratégias comumente utilizadas para evitar esquecimentos sugerem que os aparelhos tecnológicos como os celulares são, atualmente, uma boa ferramenta para tal propósito porque ajudam na criação de rotinas e, dessa maneira, diminuem as chances de esquecimento de doses e aumentam as taxas de adesão (CARACIOLO; SHIMMA, 2007). Um estudo quantitativo descritivo realizado com 49 pacientes soropositivos brasileiros que buscou compreender a avaliação da adesão aos ARVs de tais pacientes em uma clínica em Fortaleza/CE concluiu que um em cada cinco participantes utilizava alguma estratégia para lembrar-se de tomar os ARVs, sendo a utilização de aparelhos celulares o principal artifício utilizado (10,2%), seguido por usar calendário na geladeira (3,4%) e usar em conjunto a alguma refeição (3,4%) (AGUIAR et al., 2012).

Outras recomendações para aumentar as taxas de adesão e diminuir esquecimentos de doses consistem em envolver membros familiares, cuidadores/as e de amigos/as na rotina do uso dos medicamentos, assim como deixar os comprimidos em local visível (CARACIOLO; SHIMMA, 2007). Entretanto, tais medidas não emergiram nos relatos dos entrevistados como estratégias válidas para que eles se lembrassem dos comprimidos, mas, ao contrário, como situações a serem evitadas a fim de prevenir o estigma relacionado ao uso de ARVs ou mesmo para não despertar preocupação nos familiares e amigos/as.

Como forma de melhorar os efeitos dos ARVs ou minimizar os EAAP, alguns entrevistados modificaram sua rotina adotando algumas práticas consideradas saudáveis, como melhorar a qualidade da alimentação, beber mais água e evitar o consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas.

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** Não, alimentação eu comia bem. Não bebi, álcool, eu não bebi, droga nada, não usei droga, então...

**Entrevistadora:** e você conseguiu levar até o fim mesmo nessa...

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** Sim.



**Sarmiento (41 anos, pardo, de São Paulo):** E aí não tomei nada de álcool, não misturei porque a cerveja, nas primeiras semanas, chegava no final da tarde, teve um final de semana que eu queria, tomei duas, três. Não bebo, mas tomei. No outro dia, eu quase morria. E quando eu não tomava, não dava nada. Falei "-Então não ponho a boca mais nisso."

**Entrevistadora:** Hum, hum.

**Sarmiento (41 anos, pardo, de São Paulo):** Não vou pôr a boca porque isso tá me fazendo mal... então parei e, também, não sei se era isso.

A vergonha e o constrangimento associados ao uso da PEPsexual, bem como o receio de que os ARVs fossem encontrados por outras pessoas – sobretudo familiares – emergiram nos depoimentos analisados e tais experiências condicionaram as estratégias para lidar com a medicação pelos entrevistados. Para Damião (31 anos, de Fortaleza), o fato de ele tomar “os mesmos comprimidos que um soropositivo toma para controlar a carga viral” fez com que ele se preocupasse em esconder os medicamentos a fim de que as pessoas não o confundissem com uma pessoa *contaminada* pelo HIV.

**Entrevistadora:** Tomar esses remédios, mudou a sua relação com as pessoas? Ou você deixou de fazer alguma coisa?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Mudou. Mudou em termos de vergonha, eu me sentia meio envergonhado de tomar aquilo, sentia receio de alguém descobrir aquilo na minha bolsa, porque são os mesmos que um soropositivo toma pra controlar a carga viral. Então, a pessoa poderia interpretar que eu já estava contaminado quando eu ainda estava numa dúvida, não sabia se tava contaminado ou não.

Ocultar o uso da PEPsexual também foi uma estratégia adotada a fim de evitar o estigma relacionado à forma de transmissão do HIV que reconhece como passível de infecção somente aqueles que mantém relações sexuais com pessoas de “grupos de risco” como prostitutas e LGBT e que, de certa maneira, “imuniza” os ditos “normais”. Esse pensamento é fruto de um entendimento histórico relacionado às formas de infecção pelo HIV e pela associação com as pessoas mais vulneráveis no início da epidemia.

**Entrevistadora:** Você chegou a contar pra alguém o que você estava tomando. tirando essas pessoas que você falou [amigos]..., mas a sua família assim...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Conteí, contei não, família não, porque não ia valer a pena, iam ficar preocupados e não ia..., mas para as pessoas próximas eu contei, amigos, assim...

**Entrevistadora:** Você contou?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Só que no caso eu mudei a causa da exposição, eu falei que foi ocupacional.

**Entrevistadora:** Entendi

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Eu não falei que foi sexual.

Percebe-se através do relato acima, que o contexto em que se deu a exposição é entendido pelo participante como algo que gera desconforto, vergonha e constrangimento. O medo de ser visto como soropositivo (ou passível de ser) levou o participante a adotar estratégias de manejo da informação evitando que pessoas que não fossem de sua confiança soubessem que ele estava fazendo uso da profilaxia por causa de um contato sexual ilegítimo ou imoral.

Por outro lado, um dos entrevistados relatou que não escondeu o uso da profilaxia dos/as amigos/as por acreditar que sua experiência poderia servir como exemplo para outras pessoas; entretanto, decidiu manter segredo para família, até ser descoberto pela mãe enquanto arrumava seu quarto.

**Entrevistadora:** E você contou para as pessoas? Como que foi assim falar pra...

**Pablo (18 anos, branco, de Ribeirão Preto):** Eu falei em aberto. Não tenho, não tive vergonha porque quero que as pessoas usem da minha experiência pro bem delas. Se isso acontecer com elas, elas saberem que tem um tratamento que vai ajudar bastante. Igual o que eu fiz.

**Entrevistadora:** Que legal. Você até veio com o seu pai, né? Você falou pra sua família, né?

**Pablo (18 anos, branco, de Ribeirão Preto):** Na verdade, a minha família descobriu. Eram as únicas pessoas que eu não falaria seriam para os meus pais. Aí, mas eu estava deixando guardado. A minha mãe foi arrumar o meu quarto e viu os remédios, foi procurar na *internet*, viu que era para tratamento contra a aids [...] aí eles descobriram. Aí, eu tive que falar tudo, eles vieram aqui. Mas pros meus amigos, pra minha irmã eu falei.

Talvez, e não por acaso, no relato de Evandro – único que já tinha usado PEPsexual anteriormente – é possível perceber mais claramente o sentimento de culpa por estar usando a profilaxia novamente. Segundo sua ótica, a situação como um todo poderia ser evitada com o uso do preservativo masculino.

**Entrevistadora:** Como é que tu te sentiu, assim?

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** Me senti um burro, né? Bah! Tu viu que podia dar, usou de novo essa porcária dessa camisinha. Está aqui porque tu... Culpa minha, ne, não tem mais nenhum culpado pra eu estar aqui. Acabei de sair duma, duas semanas atrás.

Contudo, é importante destacar que em diversos momentos da entrevista Evandro relata uma diversidade de estratégias de prevenção e costuma adotar mais métodos de prevenção quando comparado aos outros entrevistados; provavelmente devido, em parte, à sua condição de possuir parceria sorodiscordante e ter experiência com a PEPsexual.

### **Do “Quase morri tomando aquilo” ao “Com certeza não deveria ser um medicamento tranquilo e sem efeito colateral”: experiência e manejo dos efeitos adversos**

Os EAAP foram queixas frequentes nos depoimentos analisados e indicam que a experiência com o tratamento foi significada, pela maioria dos entrevistados, de maneira negativa e que provocou impactos sociais importantes no cotidiano dos entrevistados. Falas como “Quase morri tomando aquilo”, “Eu sentia a maior ânsia do mundo” ilustram o sentido atribuído por eles.

No que tange às implicações psicofisiológicas dos participantes investigados, as principais queixas foram de enjojo, cansaço, falta de apetite, diarreia, náuseas, ânsia de vômito, “boca amarga” e alteração na sensação gustativa, ansiedade, pesadelos, icterícia (pele e olhos amarelados), irritação, mau humor e dor de cabeça (cefaleia).

Segundo literatura epidemiológica, os principais relatos de efeitos adversos associados ao uso de ARVs se referem a distúrbios gastrointestinais inespecíficos, fadiga e cefaleia, com destaque para diarreia e vômitos na maioria dos casos (CHAN et al., 2013; ESCUDERO-SÁNCHEZ et al., 2017; KOWALSKA et al., 2018; LUNDING et al., 2010; LUQUE et al., 2007; MCCARTY et al., 2011; RABAUD et al., 2005; TISSOT et al., 2010; WEINBERG et al., 2005). Todos os sinais e sintomas relatados pelos participantes da pesquisa já foram relacionados ao uso de ARVs pela literatura, epidemiológica ou de metodologia qualitativa, e já foram associados à baixa adesão ou interrupção da profilaxia (BRYANT; BAXTER; HIRD, 2009; CAI; XIAO; ZHANG, 2014; LUQUE et al., 2007; MEDEIROS et al., 2007; OZ et al., 2017; TETTEH et al., 2015; TISSOT et al., 2010).

Outros distúrbios como a leucopenia, trombocitopenia, insuficiência renal aguda, hepatite, pancreatite (TISSOT et al., 2010), anormalidades eletrolíticas, transaminases hepáticas e bilirrubina (CHAN et al., 2013), bem como anemia e o aumento significativo do nível de triglicerídeos plasmáticos também já foram observados na literatura como EAAP (RABAUD et al., 2005), no entanto não houve relatos de anormalidades deste tipo no escopo das entrevistas com os homens investigados. Além disso, estes distúrbios tendem a melhorar com a interrupção do medicamento (TISSOT et al., 2010), normalmente não afetam a tomada de decisões clínicas (CHAN et al., 2013) e, além disso, são manifestações menos perceptíveis no cotidiano dos/as usuários/as da profilaxia.

Não há relatos precisos sobre quais momentos do dia esses eventos foram mais bem percebidos ou sentidos mais intensamente. No entanto, para a maioria dos homens investigados,

os principais relatos de EAAP foram relatados no início do tratamento e tenderam a desaparecer ou amenizar ao longo dos dias.

**Entrevistadora:** E você me falou um pouquinho do remédio, né? Que te deu dor de cabeça, amarelo no olho. Como que foi a experiência de tomar? Foi todo o momento que você teve efeitos colaterais? Teve alguma época que foi pior que outra?

**Pablo (18 anos, branco, de Ribeirão Preto):** Foi no começo que eu tive efeitos colaterais. Menos em relação ao meu olho que ficou amarelado. Eu tive durante o período que estava tomando o remédio, ainda tô, porque hoje é o último dia que eu vou tomar.

**Entrevistadora:** Ah, tá. Tá acabando ainda.

**Pablo (18 anos, branco, de Ribeirão Preto):** E foi bem no começo que eu tive um pouco de pesadelo e muita dor de cabeça. Mas eu sabia que era do remédio, então eu não ficava tomando remédios a mais nem nada, eu ficava só tomando água para tentar melhorar.

A insatisfação com o tamanho ou quantidade dos comprimidos e extensão do tratamento emergiu nos depoimentos dos homens entrevistados e que, somados aos EAAP, tenderam a dificultar a continuidade do tratamento. Ainda assim, esses fatores foram insuficientes ou mesmo suportáveis ao ponto de eles não considerarem interromper o tratamento de fato.

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Incomoda bastante porque são muitas cápsulas e elas são grandes, assim, um comprimido grande, mas daí no quinto dia, eu acordei com uma náusea absurda, muito, muito, forte. Se eu tivesse que seguir até o final do tratamento com aquela náusea, era bem complicado.

Apesar de a relevante proporção de relatos de efeitos adversos entre os/as usuários/as de PEPsexual apontados pela literatura, esses ainda contribuem pouco para a interrupção do tratamento (KOWALSKA et al., 2018). Em um estudo epidemiológico descritivo de casos de PEP na Dinamarca entre os anos de 1999 e 2012, 50,9% dos pacientes relataram a presença de efeitos adversos durante o tratamento, mas somente 6,6% interromperam o tratamento por conta de tais eventos (LUNDING et al., 2016). Em outro estudo epidemiológico realizado em um hospital de Toronto, dos 205 pacientes acompanhados, nenhum relatou ter considerado interromper o tratamento por conta dos efeitos adversos. Ainda nesse estudo, as principais razões para a interrupção da PEPsexual foi por livre preferência do paciente, custo do tratamento, percepção de baixo risco conforme determinado pelos profissionais de saúde porque a parceria no momento da exposição era sabidamente soronegativa ao HIV, bem como por má interpretação das instruções da equipe médica (CHAN et al., 2013).

Outro estudo de abordagem qualitativa e quantitativa monitorou a implementação de PEP na Austrália e, de todos os 328 pacientes acompanhados entre os anos de 1999 e 2001,

somente cinco não concluíram o tratamento, sendo que, destes, um devido à gravidade dos efeitos adversos, outro por conta das implicações na sua rotina que o impediu de dirigir seu negócio e os demais por recomendação da equipe médica devido à outros problemas de saúde associados. O componente qualitativo de tal pesquisa também mostrou que os participantes, além dos EAAP, também tiveram dificuldade de encaixar o uso dos ARVs em seus cotidianos e planejaram evitar novas exposições como forma de evitar repetir o tratamento. Aqueles que experienciaram os EAAP não consideraram usar a PEPsexual em substituição ao sexo seguro com uso de preservativo (KÖRNER; HENDRY; KIPPAX, 2006).

Como dito anteriormente, o tamanho e a quantidade de pílulas que compõem o esquema da PEPsexual foram elementos dificultadores da adesão e do bem-estar para um dos participantes da pesquisa (Dário, 23 anos, branco, de Curitiba). Um estudo epidemiológico avaliou as taxas de conclusão do tratamento de PEPsexual em indivíduos em regime de comprimido combinados e aqueles com regime tradicional com doses mais frequentes e concluiu que os/as usuários/as do regime em dose única toleraram melhor o tratamento e tiveram menores taxas de abandono. Além disso, dos 100 participantes do estudo, nenhum deles soroconverteu durante o período de acompanhamento (MAYER et al., 2017). Em uma coorte prospectiva realizada com soropositivos/as brasileiros/as, a supressão viral aos seis meses de acompanhamento foi maior naqueles que usaram dose única *versus* dose com mais comprimidos, além disso, tal estudo também concluiu que a adesão aos ARVs consistia em fator positivo para sucesso na supressão viral (COSTA et al., 2018).

De forma geral, a literatura sugere que terapias com menor número de comprimidos e com menor frequência de doses são mais bem toleradas para usuários/as de ARVs. Além disso, estudos realizados com pessoas soropositivas revelaram que o número e tamanho dos comprimidos por dia, periodicidade das doses, efeitos adversos, modificações nos hábitos alimentares, número de frascos e se há a necessidade de tomar os remédios durante a noite são elementos dificultadores para boa adesão. Em síntese: “A habilidade de adesão das pessoas diminui à medida que o regime proposto interfere nas atividades e rotinas” (CARACIOLO; SHIMMA, 2007, p. 18; STONE et al., 2004).

O retorno ao serviço ou à consulta com outros profissionais especializados em busca de auxílio médico foram estratégias utilizadas pelos participantes mais sensíveis aos EAAP como forma de gerenciarem os efeitos adversos da medicação e prevenirem potenciais complicações. Um dos participantes explicitou a dificuldade de concluir a terapia caso sentisse os efeitos

adversos durante todo o tratamento. Para Dário, 23 anos, branco, de Curitiba, ter acesso facilitado à equipe de saúde especializada facilitou com que manejasse os EAAP.

**Entrevistadora:** Você não conseguia comer?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** É, não conseguia ficar em pé, assim, quase, era bem, bem forte. Ai, no caso, como eu tinha acesso a outros médicos, assim, aí eu procurei o serviço de infectologia do próprio HC, aí lá eu falei com uma das médicas que eu já tive aula com ela, aí eu falei que eu tinha bastante náusea, tal, daí logo depois que eu falei com ela, ela prescreveu uma medicação mais específica pra náusea, aí logo depois que eu estava acabando de falar com ela, eu vomitei no chão tudo, fiz uma bagunça lá. Foi uma experiência bem ruim, assim, aí nisso, depois que aconteceu isso, ela já fez a troca da...do AZT, né? Daí eu tive que usar essa medicação para a náusea mais algum tempo. Depois foi passando assim, não tive mais náusea.

Em geral, a maioria dos entrevistados relatou ter recebido boas informações da equipe de saúde responsável pela prescrição da profilaxia, independentemente do serviço investigado. Diversos estudos epidemiológicos e de abordagem qualitativa concluem que a oferta de explicações detalhadas sobre a importância da adesão, bem como o suporte e apoio para manejo de demandas físicas e psicológicas que os/as usuários/as possam apresentar ao longo do tratamento são boas estratégias que contribuem para a maior taxa de adesão aos ARVs e, portanto, sucesso do tratamento (BENTZ et al., 2010; CHARPENTIER et al., 2016; KAHN et al., 2001; OZ et al., 2017; TETTEH et al., 2015). Além disso, os estudos também evidenciam a necessidade e importância do aconselhamento profissional adequado e efetivo no momento da prescrição, assim como o acompanhamento ativo dos/as pacientes a fim de minimizar as taxas de soroconversão e reduzir ou manejar os eventos relacionados aos EAAP (CARACIOLO; SHIMMA, 2007; KAHN et al., 2001; OZ et al., 2017; TETTEH et al., 2015).

Estudos epidemiológicos recentes têm investigado a tolerabilidade e a aceitação de diferentes regimes de ARVs, mensurando a percepção dos EAAP, bem como comparando as taxas de descontinuidade do tratamento para cada tipo de regime prescrito. No entanto, no escopo desta pesquisa e devido à forma de funcionamento e organização da oferta de PEPsexual no sistema de saúde público brasileiro, houve pouca variabilidade de ARVs prescritos e, por isso, não se pôde relacionar a presença ou intensidade de EAAP ao tipo de ARVs utilizado pelos participantes investigados (INCIARTE et al., 2017; LI; CHENG; YANG, 2014; MAYER et al., 2017; SONDER et al., 2010; VALIN et al., 2016).

Como já foi dito, a existência dos efeitos adversos foi referida por muitos entrevistados, entretanto a frequência, a duração e a intensidade foram, para alguns, uma surpresa que impactou suas vidas cotidianas de diferentes maneiras: “Eu achei que seria um pouco mais

tranquilo. Mas foi bem fácil usar” (Pablo, 18 anos, branco, de Ribeirão Preto). Contudo, para outro entrevistado, a intensidade dos efeitos adversos foi significado de outra maneira. Em sua ótica, por ser um medicamento usado para “curar algo muito sério, muito grave e que já matou muita gente, já imaginava que seria algo muito forte mesmo” (Lincon, 36 anos, de Curitiba).

**(Lincon, 36 anos, de Curitiba):** Eu acho que é isso ai mesmo, foi, o tratamento em si, é isso, pra tentar curar algo que é muito sério, muito grave, que já matou muita gente e continua matando, com certeza não deveria ser um medicamento tranquilo e sem efeito colateral, a gente sabe, eu já imaginava que ia ser algo forte mesmo. Não teria lógica um medicamento...

Relatos como este ilustram como a experiência com os efeitos adversos de uma medicação podem ser reinterpretados a fim de justificar o tratamento de uma enfermidade que se quer a todo custo evitar.

Em dois outros depoimentos, a positividade com o uso da PEPsexual foi ainda mais evidente e houve, também, fissuras no senso comum de que o HIV e as experiências relacionadas são sempre e inteiramente negativas. Para Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba) e Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo) a empatia com o *ser soropositivo* emergiu nos depoimentos. Para um deles, a experiência com a PEPsexual foi positiva porque permitiu que eles se aproximassem de alguma maneira com a experiência de ser soropositivo e, a partir disso, repensar as suas próprias formas de fazer prevenção.

**Entrevistadora:** No contexto do seu tratamento, nesses 30 dias, em algum momento você chegou a reavaliar a sua experiência de exposição? Poxa, foi um vacilo meu... ou alguma coisa assim...

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** eu acho que foi legal, assim, é claro que você, se não tivesse acontecido teria sido muito melhor, né, mas eu acho que foi bom para eu conhecer assim esse lado de como é. Eu acabei de receber um resultado não reagente, isso é ótimo, não tenho a doença, mas durante algum período, eu fiquei me sentindo como... não me sentindo, mas com aquela dúvida, uma dúvida muito ruim que fica pra gente, será que tenho ou será que eu não tenho, e...eu até conversei com algumas pessoas aqui que eram positivas. Aqui no próprio COA, então eu ...foi legal assim, para conhecer um pouco desse lado. Eu acho que é importante a gente conhecer e principalmente se prevenir em relação a isso, tomar muito cuidado, porque é uma coisa séria.

**Entrevistadora:** Quer dizer alguma coisa sobre o que que você, sei lá, do que foi essa experiência para você de ter passado pela PEP, né? Que é essa profilaxia.

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Eu quero dizer, assim, que foi uma experiência muito boa, entendeu? Porque esse é um programa que tem que se estender mais, entendeu? Porque é bom e é uma coisa muito boa. Gostei. Gostei muito, entendeu? Agora, pra frente, pensar mais.

### **Do “Se eu soubesse que seria dessa forma com os efeitos colaterais, eu teria me prevenido mais ainda” ao “Não acontece por acaso. Tenho que aprender com isso”: projetos de prevenção no pós-PEPsexual**

As experiências com a PEPsexual, bem como as implicações subjetivas e sociais associadas ao uso dos ARVs, parecem ter possibilitado meios para que os homens heterossexuais investigados refletissem e reavaliassem os contextos da exposição sexual que os motivaram ao uso da profilaxia. Essa reelaboração do modo de pensar e agir sobre os métodos e estratégias de prevenção à infecção pelo HIV e às ISTs fizeram com que os participantes editassem novos projetos de prevenção a fim de diminuir sua, muitas vezes recém-descoberta, vulnerabilidade ao HIV.

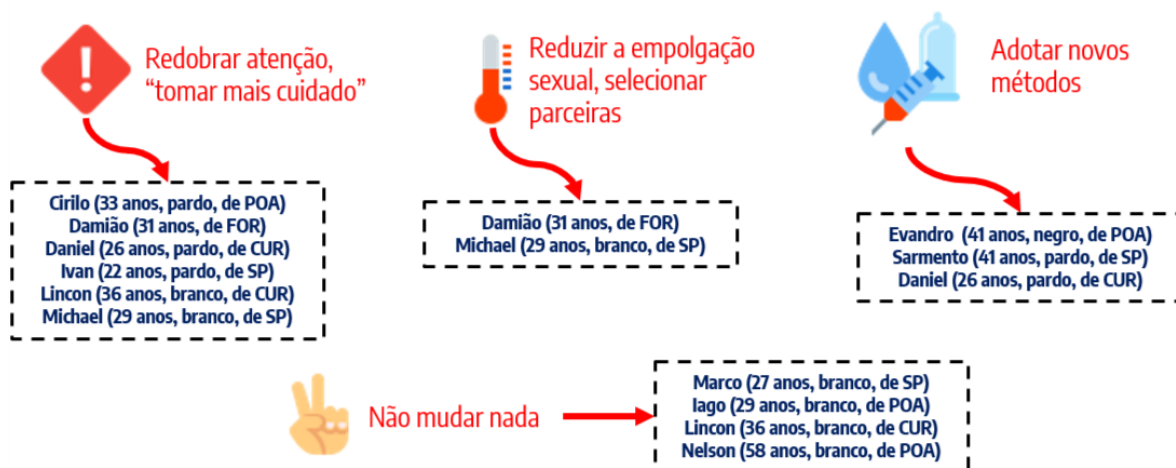
Entretanto, uma limitação do presente estudo se refere ao fato de que as entrevistas foram realizadas em um período, algumas vezes, bastante próximo ao momento da exposição e da prescrição da PEPsexual. Diante disso, consideramos a possibilidade de que os homens heterossexuais investigados estejam de alguma maneira influenciados pela experiência negativa relacionada à exposição sexual que motivou a busca por PEPsexual, bem como experienciando negativamente os efeitos adversos psicofisiológicos relacionados à profilaxia. Ainda assim, faz-se importante identificar quais ações e caminhos os homens heterossexuais consideraram mais adequados e quais planejam adotar no pós-PEPsexual; além disso, discutiremos como a literatura epidemiológica vem se posicionando diante do impasse sobre a (possível) adoção de práticas sexuais de maior risco após uso da profilaxia.

A ilustração a seguir sintetiza as principais estratégias de prevenção que emergiram nos depoimentos dos participantes. Em linhas gerais, os sujeitos que experienciaram mais fortemente os EAAP, bem como os que tiveram suas atividades cotidianas mais intensamente alteradas com o uso da profilaxia foram também os que mais editaram novos projetos de prevenção e reavaliaram os métodos e estratégias que utilizavam. Conforme ilustrado, as ações que mais emergiram nos depoimentos analisados poderiam ser agrupadas em quatro grandes grupos: a) os que não planejam alterar a forma de fazer prevenção ao HIV; b) os que planejam diminuir a intensidade e a ‘empolgação’ nas práticas sexuais; c) os que planejam “redobrar mais a atenção”, ou seja, ser mais atento em relação ao uso dos métodos preventivos, com destaque



para o preservativo masculino e d) os que planejam aumentar seu repertório de prevenção incluindo novos métodos e estratégias preventivas<sup>19</sup>.

**Figura 4: Projetos de prevenção à infecção pelo HIV após experiência com a PEPsexual.**



Em alguns depoimentos, as implicações psicofisiológicas e sociais associadas ao uso da PEPsexual foram tão intensas e constrangedoras que promoveram (re)elaborações acerca do uso de (novos) métodos e estratégias de prevenção com o intuito de evitar nova exposição e, provavelmente, uma nova PEPsexual. Alguns depoimentos ilustram bem a diversidade de sensações com o uso da profilaxia e suas diferentes intensidades. Segundo Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba): “Se Deus quiser eu nunca mais quero tomar [a PEPsexual] na vida; foi uma experiência muito ruim”. Para Sarmiento (41 anos, preto, de São Paulo): “Porque eu não quero, pelo amor de Deus, passar aquilo de novo. Eu sou o último ser humano da terra que pensa assim”.

**Entrevistadora:** Entendi, tá, com todo esse problema, esses efeitos colaterais, você chegou a reavaliar a sua experiência da exposição? Reavaliar no sentido de pensar: Poxa, acho que eu marquei bobeira...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Ah, sim, sim, que não valeu a pena, sabe?

**Entrevistadora:** Não valeu a pena? Você chegou a...entendi...e...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Se eu soubesse que seria dessa forma com os efeitos colaterais, eu teria me prevenido mais ainda.

[...]

**Entrevistadora:** Você acha que... quando você falou, ‘eu reavaliei a minha exposição’, né, ‘exposição que eu tive naquele momento’, você acha que hoje a prevenção é algo mais, digamos assim, impositivo? Algo que você se impõe

<sup>19</sup> Conforme pode ser percebido, os sujeitos assumiram em seus depoimentos diferentes projetos de prevenção para o pós-PEPsexual e, por isso, alguns deles tiveram falas associadas às diferentes categorias. As contradições, quando presentes, também serão apresentadas e discutidas

mais? A prevenção, que você fale assim, realmente é muito necessário se prevenir ou você acha que isso não alterou a sua percepção da PEP?

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Acho que alterou de não ter a necessidade de fazer a PEP outra vez. Alterou no sentido de prevenir da forma que der pra não precisar chegar nesse ponto por causa dos efeitos colaterais.

**Entrevistadora:** Então você acha que nesse sentido...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Alterou sim.

**Entrevistadora:** Alterou a sua percepção...

**Dário (23 anos, branco, de Curitiba):** Melhorou, reforçou.

Para além dos efeitos adversos associados aos ARVs, emergiram nos relatos momentos de autorreflexão na busca de um melhor gerenciamento do risco *versus* o prazer nas relações sexuais. O uso do preservativo masculino nas relações sexuais é um exemplo do dilema, proteção *versus* prazer, igualmente identificado nos relatos de outros homens investigados em diversas pesquisas (FRYE *et al.*, 2013; GUERRIERO *et al.*, 2002).

Como dito, a camisinha é o método de prevenção mais conhecido e o seu uso o mais incentivado pelas campanhas de prevenção e promoção à saúde sexual em todo o mundo. Entretanto, diversas pesquisas apontam para fatores subjetivos de percepção do prazer na relação sexual que fazem com que não somente vários homens, mas também mulheres reclamem desconforto, irritação ou perda de sensibilidade e prazer sexual quando a utilizam. O gerenciamento do risco *versus* manutenção do prazer relacionado ao uso do preservativo masculino fica evidente no relato de Damião (31 anos).

**Entrevistadora:** O que é que muda?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** É desagradável, é constrangedor, é desagradável, mais constrangedor que desagradável. E eu não pretendo repetir.

**Entrevistadora:** Como assim não pretendo repetir?

**Damião (31 anos, de Fortaleza):** Não pretendo repetir esse tipo de empolgação. Não vou dizer que eu não vou mais fazer sexo sem camisinha porque eu gosto sem camisinha, seria meio hipócrita, mas...

O gerenciamento do risco de infecção torna imprevisível o desfecho que pode ocorrer o entre a intenção de fazer sexo protegido *versus* a necessidade por manter relações sexuais desprotegidas ou mais prazerosas. Contudo, a escolha pelo sexo sem proteção não necessariamente indica que o sujeito desconsidere o sexo seguro como sendo o ideal ou mais importante, mas que determinado desfecho foi alcançado através da mensuração subjetiva, conscientemente ou não, dos riscos, consequências e benefícios de determinado ato (KÖRNER; HENDRY; KIPPAX, 2006).

Outro aspecto que também surge na fala de Damião se refere às consequências sociais relacionadas ao estigma da aids e constrangimento relacionado ao uso de ARVs; o que emergiu como algo tão desagradável ao ponto de despertar no participante entrevistado uma disposição para autorreflexão e (re)adequação das suas práticas sexuais e ações de prevenção mesmo que assumindo a possibilidade de uma nova exposição no futuro. Tais consequências psicossociais ficam ainda mais visíveis no relato de outro entrevistado (Michael – 29 anos, branco, de Fortaleza), ao destacar que os efeitos fisiológicos são bastante desagradáveis, mas que ainda assim as implicações psicológicas causaram mais sofrimento e que também foi o grande estímulo para a criação de novos projetos de prevenção para o pós-PEPsexual.

**Entrevistadora:** Você chegou a reavaliar sua experiência de exposição?

**Michael (29 anos, branco, de Fortaleza):** Totalmente, tudo, pra valer, tudo. Você faz uma situação...ainda mais no meu caso que foi uma situação...foi uma bobagem, assim.

**Entrevistadora:** Depois você me fala um pouquinho sobre.

**Michael (29 anos, branco, de Fortaleza):** Sim, então é uma situação que você reavalia muita coisa.

**Entrevistadora:** Então você acha que o mais difícil então é lidar com esse efeito psicológico?

**Michael (29 anos, branco, de Fortaleza):** Sim, mais o efeito psicológico, com certeza.

**Entrevistadora:** Do que o fisiológico...

**Michael (29 anos, branco, de Fortaleza):** Ah, sim, o que mais pega é o psicológico.

Outro ponto importante e que também emerge no depoimento de Michael se refere ao impacto que o uso da profilaxia tem no cotidiano dos entrevistados. Ter que se ausentar do trabalho e ir várias vezes à unidade de saúde para exames e retornos emergem como mais um elemento problemático e que interfere negativamente na rotina, contribuindo ainda mais para que esses indivíduos representem a PEPsexual como algo negativo e que novas ações sejam implementadas para evitar novos episódios de exposição e, conseqüentemente, nova necessidade da profilaxia.

**Entrevistadora:** você acha que essa situação do uso da PEP fez você ...essa situação de risco que você passou...te fez, digamos, olhar de uma forma diferenciada hoje pra prevenção? Com mais rigor.

**Michael (29 anos, branco, de Fortaleza):** Sim, com certeza, com muito mais rigor, toda a situação, no geral, você passa a reavaliar justamente isso.

**Entrevistadora:** Quando você fala no geral é o que ?

**Michael (29 anos, branco, de Fortaleza):** No geral é a situação toda, né? A exposição de risco, você passar pelo PEP, fazer os exames, você vir aqui fazer o teste, é o terceiro teste que eu faço hoje, então toda essa situação, tô saindo do trabalho, pra fazer isso, pra passar por isso de novo, então é a ansiedade

também, aquilo não sai da sua cabeça, então eu digo assim... é ... você passa ..., mas nunca mais quer passar por isso. Acho que é a melhor maneira de você...além do preservativo, se relacionar com qualquer pessoa também, ter um critério a mais, principalmente, ter um relacionamento estável, né?

Dentre os que pretendiam redobrar a atenção e complementar os métodos já usados cotidianamente, os relatos apresentam elementos que remetem para uma autorreflexão acerca das práticas de prevenção comumente adotadas. Um dos participantes (Daniel, 26 anos, pardo, de Curitiba), por exemplo, avalia que depois do uso da PEPsexual ele continuou a utilizar o preservativo masculino como principal método de prevenção ao HIV, mas passou a se preocupar mais com o seu uso correto e com a lubrificação durante o ato sexual.

Para Ivan, 22 anos, pardo, de São Paulo, o uso da PEPsexual fez com que ele mudasse muito a forma como pensava e fazia prevenção ao HIV. Em seu relato a PEPsexual foi tida como “um alerta de que todas as pessoas estão, de alguma forma e em níveis diferentes” expostos ao vírus do HIV e que é preciso haver uma melhor reflexão sobre essas questões antes de qualquer relação sexual.

**Entrevistadora:** Como que você tá pensando? Você acha que esse episódio de você fazer esse tratamento mudou alguma coisa para você? Faz você pensar um pouco diferente ou não? Faz você ficar mais tranquilo ou mais nervoso? Como é que é isso?

**Ivan (22 anos, pardo, de São Paulo):** Ah, mudou muito, entendeu? Porque até então a gente sempre pensa que nunca acontece com a gente, entendeu? Então isso dá um baque na gente e a gente fica meio que receoso agora. Tudo, agora, antes de fazer a gente primeiro pensa, entendeu? Não deixa à vontade tomar conta, entendeu? Então hoje eu penso duas vezes antes de ter alguma relação com uma mulher sem camisinha, entendeu?  
É isso aí.

O relato de Lincon (36 anos, branco, de Curitiba) segue a mesma direção e traz para a discussão a ideia de que não há uma faixa etária sexualmente ativa totalmente protegida da infecção pelo HIV e outras ISTs e que um acidente, como o rompimento do preservativo masculino, pode acontecer até com aqueles que costumam se prevenir seguindo as recomendações preconizadas pelos profissionais de saúde. Em outro momento do seu depoimento expressa a intenção de usar da experiência com o uso da PEPsexual como ensinamento para que ele aumente a atenção aos métodos e estratégias de prevenção ao HIV sem deixar que essa experiência o traumatize e interfira negativamente nas suas próximas práticas sexuais.

**Entrevistadora:** Que é hoje...e como foi aqui?

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** [...] Algo que pode acontecer, né, dizem que estourar camisinha é mal colocado, talvez, mas não sei, né...aconteceu...foi a primeira vez que aconteceu na minha vida...quase 40 anos aí...as vezes é um sinal, né, sei lá, pra se cuidar um pouco mais, mas se cuidar mais...hoje em dia a gente nem sabe mais...o que...como estar se cuidando, né? Ta tão...ta meio assustador assim...ta crescendo demais [falando sobre o HIV/IST/aids].

[...]

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba):** Se Deus quiser vai dar tudo certo, não vou ter nenhum problema nada, né? Mas o que que eu tenho que tirar disso pra mim, cada vez mais prestar atenção e não deixar nenhum pingão de...traumatiza um pouco, na realidade, alguns amigos meus falaram: não dá nada, nem vai fazer nada que isso não dá nada. Eu acho que a maioria dos homens pensam assim, entendeu?

Além do relato de redobrar a atenção no que tange aos meios de fazer prevenção, emergiu também no depoimento de outro entrevistado (Michael- 29 anos, branco, de Curitiba) a pretensão de aumentar a seletividade na escolha das próximas parceiras sexuais e evitar ter relacionamentos casuais concomitantemente ao relacionamento com parceria estável. A representação de que o HIV/aids “é coisa séria” reforçou a necessidade de maior atenção e cautela nas futuras práticas sexuais.

**Entrevistadora:** Você acha que depois disso...você já falou que você repensou...

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Sim, você repensa muito, você repensa muita coisa. Você passa a se tornar mais seletivo. Você sabe, né, é parte da vida, né, você tem um relacionamento, você passa a pensar naquilo com mais cautela. Não é algo banal. Eu acredito que não é algo banal, como as pessoas fazem, né? Tipo vai carnaval...eeee...beleza, festa! Eu não penso assim, ainda mais hoje, hoje muito mais. Já não pensava, hoje muito mais...

**Entrevistadora:** Muito mais, né? Quer dizer você encara mais seriamente ainda.

**Michael (29 anos, branco, de Curitiba):** Muito mais. É coisa séria, tem que ser feita com ...no mínimo com proteção.

Há poucos estudos disponíveis na literatura sobre os impactos do uso da PEPsexual nos projetos de prevenção ao HIV/IST, e nenhum realizado com homens heterossexualmente ativos foi encontrado. Entretanto, nos últimos anos, o interesse sobre os possíveis “efeitos compensatórios” provenientes da disponibilidade de métodos baseados em ARVs – com destaque para a PrEP – tem motivado pesquisas em diferentes contextos. Esse debate tenta dar resposta ao questionamento de que os métodos baseados em ARVs podem contribuir para que

as pessoas modifiquem suas percepções do risco e, dessa forma, ampliar e intensificar práticas sexuais de risco devido à sensação de proteção.

No que tange a PEPsexual mais especificamente, um estudo realizado em São Francisco (EUA) concluiu que ter conhecimento sobre a PEPsexual não levou ao aumento de práticas sexuais desprotegidas entre homens gays; apesar de o aumento de práticas de risco ter aumentado numa pequena parcela de indivíduos investigados (WALDO; STALL; COATES, 2000).

Um estudo de coorte realizado nos EUA concluiu que HSH usuários de PEPsexual tinham maiores probabilidades de ter múltiplos parceiros sexuais e práticas anais insertivas ou receptivas com parceiros soropositivos ou com sorologia desconhecida; além de maior associação com o uso de drogas ilícitas. Entretanto, tal estudo também encontrou menor chance de sexo de alto risco naqueles com maior disposição a utilizar PEPsexual e maior propensão a relatar sexo de alto risco entre aqueles que utilizaram PEPsexual, em comparação aos que não usaram a profilaxia (DONNELL et al., 2010).

Outro estudo epidemiológico avaliou se a disponibilidade de PEP para exposições sexuais ou por uso de drogas injetáveis resultaria na desinibição do comportamento preventivo e concluiu que, após doze meses de seguimento, 83% dos participantes não repetiram a PEP e 73% relataram diminuição do número de vezes que eles se envolveram em práticas sexuais de alto risco, e somente 13% e 14% relataram não ter havido mudanças ou tiveram aumento das práticas de risco, respectivamente. No que se refere aos homens heterossexualmente ativos investigados, 52% tiveram redução do número de práticas insertivas vaginais de alto risco nos seis meses após uso de PEP quando comparados aos valores de base (MARTIN et al., 2004).

Apesar de a maioria dos entrevistados planejarem assumir novos projetos de prevenção, como apresentado até agora, para alguns participantes os métodos e estratégias já utilizadas para a proteção contra a infecção pelo HIV/ISTs já são suficientes para os protegerem da infecção. Tais depoimentos emergiram nos discursos daqueles que tinham o preservativo masculino como principal método de prevenção, conforme pode ser percebido no relato de Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre), único homem em parceria estável com mulher sabidamente soropositiva para o HIV.

**Entrevistadora:** E eu acho que é isso. E vocês... ã... porque assim, depois que tu teve a primeira exposição, tu chegou a modificar alguma coisa? É... pra justamente não ter essa nova exposição? Tu criou alguma estratégia?

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** Camisinha.

**Entrevistadora:** Só a camisinha mesmo.

**Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre):** Feminina, né, tentando fazer ela usar, mas, ela usa com uma má vontade, assim... que não dá nem vontade, né?

Faz-se importante nesse momento resgatar uma informação apresentada anteriormente sobre os métodos e estratégias de prevenção utilizadas por Evandro. O preservativo feminino, por exemplo, já era entendido por ele como um método viável e seguro para a proteção contra a infecção pelo HIV/IST, bem como era frequentemente proposto por ele à sua parceira estável como insumo de prevenção antes mesmo da cena de exposição sexual que culminou no uso da profilaxia. Em outras palavras, tal atitude de evocar o uso do preservativo feminino nas práticas sexuais não pode ser interpretada como uma ação que seria adotada como projeto de prevenção do pós-PEPsexual.

Por fim, a falha do preservativo masculino – por rompimento, por exemplo – foi interpretado por um dos homens (Nelson - 58 anos, branco, de Porto Alegre) como uma causalidade e que tal imprevisto não implicará em mudança no seu repertório de prevenção no pós-PEPsexual.

**Entrevistadora:** Não, né? (cantarola lendo o roteiro). Tá. E agora, assim, depois de ter passado por essa situação, né, que tu teve, enfim, é, todo um atendimento pra pensar essa situação específica o que que muda no teu comportamento de prevenção ao HIV daqui pra frente? Tu... o senhor tá mais atento, o senhor vai, sei lá, modificar a camisinha? O que que muda no teu comportamento pra prevenir essa situação?

**Nelson (58 anos, branco, de Porto Alegre):** Não vai mudar nada, não pode mudar nada, vai mudar o que? Foi uma casualidade que a camisinha arrebentou, não tinha outra pra colocar, não continuei com o ato que eu tinha que continuar. Me sinto mais aliviado que não aconteceu nada. E as prevenções são as mesmas de antes, mesmas e antes. É camisinha e... camisinha, né?

A permanência dos mesmos métodos e estratégias de prevenção após a experiência com a PEPsexual também emergiu implicitamente no relato de Lincon (36 anos, branco, de Curitiba). Ele, que relatou sempre usar preservativo masculino como principal método de prevenção, só almeja “[...] quero poder ter um resultado tranquilo e voltar pra minha vida normal, né, continuar sendo, me cuidado como sempre fiz, sendo uma pessoa de bem, é isso, viver a vida”.

Não identificamos qualquer relação entre os projetos de prevenção ao HIV para o Pós-PEPsexual e o conhecimento prévio sobre a existência ou indicação sobre tal método. Ou seja, os homens que conheciam a PEPsexual anteriormente à exposição sexual não relataram projetos

de prevenção diferentes ou mais específicos que os sujeitos que não conheciam o método. Entretanto, identificamos que os entrevistados que relataram projetos detalhados ou com ações concretas – como “usar preservativo” ou “usar lubrificante” – apresentaram relatos de maior auto percepção do risco individual. Por outro lado, os sujeitos que não possuem a intenção de modificar seu repertório de prevenção foram os que mais frequentemente atribuíram a causa da exposição à parceira sexual.

Mais especificamente, Evandro (41 anos, negro, de Porto Alegre), Sarmiento (41 anos, pardo, de São Paulo) e Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba) foram os únicos que relataram práticas preventivas concretas, como usar mais o preservativo, inserir o lubrificante ou propor TS-HIV à parceira sexual; além disso, foram também aqueles que se perceberam em maior vulnerabilidade diante da infecção pelo HIV e que relataram experiências mais negativas diante da exposição sexual que motivou a busca por PEPsexual. Vejamos o depoimento de Daniel, homem de 26 anos de idade, pardo e que teve sua exposição com parceira casual desconhecida.

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** Então, aconteceu o seguinte, eu tinha...eu fui sair com uma pessoa e...aconteceu um acidente, rompeu o preservativo. Como eu não conhecia muito bem essa pessoa, eu fiquei extremamente assustado, né? Eu pensei: Nossa eu vou ter que ir no médico pra ter certeza que eu não tenho nenhum problema, né? Por mais que ela tivesse me falado que ela não tinha nada, nenhuma doença ou algo do gênero, eu fiquei assustado, ela me disse também que é uma pessoa que não engravida, então tem, mas isso é um outro detalhe, então o que eu fiz, eu fui no hospital e no hospital eu conversei com o médico clínico geral, falei com ele da minha situação.

É importante destacar que esse mesmo entrevistado, mais adiante em seu depoimento, relata que mesmo quando a parceira declarou fazer TS-HIV frequentemente por questões profissionais, isto o tranquilizou um pouco, mas, ainda assim, buscou a PEPsexual; e que, quando perguntado sobre o quê no contexto da exposição o motivou a buscar a profilaxia, relatou que a tranquilidade da parceira diante do rompimento do preservativo o assustou e motivou a busca por ajuda profissional.

**Daniel (26 anos, pardo, de Curitiba):** eu fiquei com pouco assustado assim, mas eu procurei não demonstrar muito, perguntei pra ela como você está? E ela estava extremamente tranquila, muito tranquila, ela estava mais tranquila que eu, ela só falou assim, ah, acontece, né, e ela me disse que nunca tinha acontecido antes com ela, só que eu não sei se isso é verdade ou não, né? Por isso até que eu fiquei preocupado, com a possibilidade de contrair ou não uma doença, procurei a profilaxia [...] o que ela me disse assim é que a cada três meses por causa do profissional, ela faz exames e disse que não tinha nada.



Isso me passou um pouco de tranquilidade, mas mesmo assim, procurei auxílio.

Os que não planejavam modificar suas práticas de prevenção após a experiência com a PEP sexual tinham baixa percepção individual de risco à infecção pelo HIV, relacionavam os casos de HIV à homossexuais e usuários de drogas e, via de regra, percebiam suas parcerias sexuais casuais como responsáveis por uma eventual infecção por suas possíveis práticas sexuais paralelas.

A entrevista de Lincon (36 anos, branco, de Curitiba), por exemplo, é bastante ilustrativa da forma de representar as formas de transmissão do HIV e quais os sujeitos que, segundo algumas características, são mais vulneráveis; representações estas que remontam a noção de grupos de risco dos primeiros anos da epidemia do HIV. Segundo relatado, os homossexuais (por causa do não uso do preservativo) e os usuários de drogas (pelo uso de seringas contaminadas) são os mais vulneráveis ao contágio pelo HIV. Ainda, em seu depoimento, Lincon se questiona sobre o porquê de a exposição ter acontecido com ele e ainda recorre a motivo divino ao acreditar que tal experiência poderia se tratar de uma lição enviada por Deus.

**Lincon (36 anos, branco, de Curitiba): Sim,** a gente fica, fica, é...pensando né, na vida, apesar de eu não...nunca procurar...a gente sabe que os maiores contágios que os maiores contágios são entre os homossexuais, né, drogas e homossexuais, né? Principalmente pelo sexo anal, né, que realmente é mais...e na realidade nem é tanto sexo anal, mas o não usar a camisinha que pega, né? E o uso de seringa, isso eu nunca vacilei, nunca. Sempre que tinha relações mais sérias, namoros, daí sim, eu não usava, mas isso, a gente sabe, ah, a gente sabe as pessoas do convívio assim, e a gente sabe que...então nunca vacilei, assim, dessa vez foi um... eu tava protegido, foi um acaso, né, o que aconteceu. O que eu reavalio hoje: Não sei por que isso aconteceu comigo, não sei se Deus coloca isso pra gente, se essas coisas acontecem ao acaso...sei que aconteceu e é um sinal, o que que eu tenho que tirar disso? Se Deus quiser vai dar tudo certo, não vou ter nenhum problema nada, né? Mas o que que eu tenho que tirar disso pra mim, cada vez mais prestar atenção e não deixar nenhum pingão de...traumatiza um pouco, na realidade, alguns amigos meus falaram: não dá nada, nem vai fazer nada que isso não dá nada. Eu acho que a maioria dos homens pensam assim, entendeu?

## PARTE IV

### CONCLUSÕES

Nas últimas décadas, diversos estudos sobre gênero, masculinidades e o cuidado à saúde têm demonstrado como os ideais relacionados à masculinidade hegemônica influenciam a forma como os homens em geral reconhecem suas vulnerabilidades e se posicionam diante dos riscos à saúde. No que tange aos cuidados frente à epidemia do HIV, os homens heterossexuais ativos são particularmente afetados porque ainda não se reconhecem e nem são reconhecidos nas políticas e programas de prevenção como grupo também vulnerável à infecção. Adicionalmente, mas também relacionado a isto, o estigma do HIV continuamente relacionado aos “desviantes” exclui das ações sobre prevenção os ditos “normais” (COUTO et al., 2018; DWORKIN, 2015; MARQUES JUNIOR; GOMES; NASCIMENTO, 2012). Esses dois pontos de partida são importantes para traçarmos as primeiras conclusões deste estudo.

De maneira inédita na literatura brasileira, este trabalho investigou as percepções de risco à infecção pelo HIV entre homens com práticas heterossexuais que buscaram e tiveram acesso à PEPsexual. Os participantes da pesquisa, portanto, conformam um grupo de indivíduos que, diante de uma experiência afetivo-sexual por eles considerada como “de risco”, buscaram por ajuda profissional; em outros termos, foram de encontro aos preceitos da invulnerabilidade masculina ao HIV aids. Mais do que entender quais elementos, no contexto da prática sexual tida como “de risco”, despertaram as dúvidas, apreensões e a preocupação com a saúde, este trabalho também investigou quem são eles (eixo quantitativo), como costumavam se proteger contra o HIV aids e quais os planos de prevenção após esse episódio de exposição e uso da profilaxia (eixo qualitativo).

Com base nas características descritas no eixo quantitativo, os homens heterossexualmente ativos que buscam a PEPsexual nos serviços pesquisados são, em sua maioria, adultos jovens, com idade média de 31 anos, altamente escolarizados, brancos e sem uso prévio da PEPsexual. Como apresentado, a literatura científica frequentemente descreve outro perfil como sendo de maior risco à infecção pelo HIV, entretanto, nossos resultados indicam que o grupo em maior vulnerabilidade ao HIV não acessa esse método preventivo, mesmo entre os homens heterossexuais. No que tange, especificamente, aos homens heterossexuais, as ações de prevenção precisam ser mais descentralizadas em relação aos tradicionais meios de comunicação e ocupar cada vez mais novos espaços físicos e virtuais,

sem perder de vista as populações de menor nível socioeconômico e em maior vulnerabilidade social.

Ainda nos achados descritivos, a maioria das exposições aconteceu com parceria casual e, segundo a maioria dos participantes, as parcerias possuíam, exclusivamente, outros homens como parceiros sexuais. O uso da camisinha foi pretendido pela maioria dos participantes, no entanto, a falha do preservativo masculino foi o principal motivo por busca da profilaxia. Esses resultados vão ao encontro aos obtidos a partir das análises qualitativas. A maioria dos usuários relatara não conhecer a sorologia da parceria envolvida na exposição sexual, mas, ainda assim, as frequências de testagem sorológica para HIV, Hepatites B e C, Sífilis e Anti-HBs anteriores ao episódio da exposição sexual foi menor do que os valores encontrados em outras populações. Tais resultados exemplificam como os ideais de invulnerabilidade e a percepção de proteção inata relacionados à masculinidade hegemônica se materializam em comportamentos e práticas que aumentam a vulnerabilidade dos homens frente à epidemia de HIV.

No eixo qualitativo, no que tange a percepção de risco, vimos que esta variou bastante; mas, em linhas gerais, quanto mais inesperado e pouco planejado era o encontro sexual, bem como certas características e atitudes da parceira, mais evidente era a percepção de perigo que despontava das narrativas. Para um dos entrevistados, por exemplo, um dos grandes motivos que levou à busca da PEPsexual foi porque a parceria lidou tranquilamente com o fato do rompimento do preservativo e, segundo ele, se ela tinha essa atitude com ele, poderia ter com qualquer outro. Esse relato, inclusive, remete a outro grande motivador para a busca de PEPsexual e que interferiu diretamente na forma que os participantes gerenciavam o risco pessoal: o rompimento ou não uso do preservativo.

Como dito, o preservativo masculino foi o grande protagonista dentre os métodos e estratégias de prevenção à infecção ao HIV, tendo sido citado por todos os participantes. Esse dado não foi de fato uma surpresa e já está bem documentado na literatura científica tanto de natureza epidemiológica, quanto de abordagem qualitativa. Contudo, os fatores contextuais (prática sexual não planejada ou cognição comprometida por uso de álcool ou drogas, por exemplo) e, especificamente, o tipo de vínculo com a parceira sexual (parceria pouco des/conhecida ou por sexo pago) surgiram como elementos importantes a serem considerados em ações de prevenção ao HIV que sejam direcionadas especificamente ao segmento dos homens heterossexualmente ativos ou que pretendam, de fato, incluí-los como parte do público-alvo. Além disso, intensificar os esclarecimentos relativos à qualidade do preservativo distribuído gratuitamente nas unidades de saúde pode ser uma boa estratégia para desmistificar

os preconceitos amplamente disseminados sobre tal insumo e, dessa forma, estimular seu uso. Outros métodos e estratégias, como a prática de exames sorológicos de maneira regular, o uso de lubrificantes e preservativos femininos foram citados superficialmente e de maneira complementar ao preservativo masculino.

Além disso, também ficou bastante evidenciado nas entrevistas que a informação sobre a PEPsexual como método de prevenção à infecção ao HIV é deficiente entre os homens heterossexualmente ativos. Esse fenômeno já foi descrito na literatura e pode-se concluir que grande parte da desigualdade no acesso ao conhecimento se deve à percepção de não pertencimento ao processo histórico da epidemia de HIV e da sensação de invulnerabilidade proporcionada pelos ideais da masculinidade hegemônica. Paralelamente, a *internet* emergiu como uma potente ferramenta de disseminação de informações sobre as indicações para o uso e locais de acesso à PEPsexual, mas, para isso, os sujeitos precisaram, antes, se reconhecerem como também vulneráveis à infecção. Aumentar a quantidade de sítios da *internet*, bem como a qualidade e clareza das informações disponibilizadas podem ser boas ações para que os segmentos dos homens heterossexuais, mas não só eles, possam se beneficiar desses métodos de prevenção e acessar a profilaxia em tempo hábil.

Além disso, como já sugerido na literatura, a linguagem utilizada na comunicação deve ser acessível ao público a quem se destina, os instrumentos utilizados nas ações educativas devem ser condizentes aos contextos culturais de cada grupo e sem pré-conceitos que possam dificultar a adesão ao método (ROTHERAM-BORUS; SWENDEMAN; CHOVNICK, 2009). Nesse sentido, canais em plataformas de vídeo como o *YouTube*, *podcasts* ou até mesmo associado a aplicativos de encontro *on-line* de maior presença de homens heterossexualmente ativos<sup>20</sup> (o *Blendr*, por exemplo) podem consistir veículos de informações potentes para que esse público possa conhecer e ter acesso a uma diversidade de estratégias preventivas ao HIV em um formato de comunicação atual e com boa receptibilidade entre os mais jovens.

O uso dos antirretrovirais foi experienciado negativamente pela grande maioria dos participantes e os depoimentos sugerem que os efeitos adversos associados à PEPsexual foram tão intensos ou modificaram tanto o cotidiano da maioria dos entrevistados que acabaram por estimular autorreflexão e modificaram a forma como estes percebiam e gerenciavam seu risco

---

<sup>20</sup> Atualmente, diversos aplicativos direcionados ao público LGBT, como o *Hornet*, estão disponibilizando, em suas plataformas, informações sobre métodos de prevenção à infecção pelo HIV, como a PrEP e testagem sorológica regular, além de fornecerem espaços para que pessoas soropositivas possam expor seu *status* sorológico e sua carga viral (STALEY, 2015). Tais estratégias ainda não estão disponíveis em aplicativos pensados para o público heterossexual, como *Blendr*, por exemplo.

individual diante do HIV. O estigma da aids também foi um elemento importante que emergiu durante o uso da profilaxia, fazendo com que os usuários modificassem sua rotina para evitar, por exemplo, que seus familiares e amigos descobrissem que eles estavam “usando os mesmos medicamentos que um soropositivo usa”. Estratégias como esconder os comprimidos na mochila ou tomar escondido das outras pessoas foram frequentes e sugerem que combater a representação coletiva associada ao HIV/aids, além de outros ganhos, facilitará o uso de métodos e estratégias baseadas em ARVs, como a PEPsexual e PrEP.

A maioria dos entrevistados lidou com os efeitos adversos sem auxílio da equipe médica da unidade de saúde prescritora da PEPsexual, independente do serviço utilizado, seja porque os efeitos tenderam a diminuir de intensidade ou frequência com o passar dos dias ou porque estabeleceram pouca vinculação com o serviço a ponto de não se sentirem confortáveis em buscar ajuda para manejar as consequências imprevistas. Com base nos achados e nas recomendações da literatura disponível sobre o tema, acreditamos que, para um bom desfecho clínico nos casos de PEPsexual, a possibilidade de retorno ao serviço em busca de ajuda para manejo das consequências negativas associadas ao uso de ARVs pode ser uma boa estratégia para minimizar as taxas de abandono do tratamento, bem como na melhoria da vinculação do/a usuário/a ao serviço de saúde. Diante disso, estudos apontam que programas de prevenção devem buscar formas eficientes de melhorar a comunicação e acolhimento a usuários que, historicamente, já são pouco presentes nos serviços de saúde (BENTZ et al., 2010; CHARPENTIER et al., 2016; KAHN et al., 2001; OZ et al., 2017; TETTEH et al., 2015).

No que tange às modificações na forma de perceber e gerenciar os riscos à infecção pelo HIV após a experiência com a profilaxia, as análises também evidenciaram como as representações associadas à masculinidade hegemônica influenciam na forma que os homens heterossexualmente ativos investigados remodelam (ou não) os seus repertórios de prevenção à infecção. Aqueles que se reconheciam em vulnerabilidade ao HIV também foram os que descreveram ações e estratégias concretas e palpáveis para se prevenirem de novas exposições. Em contrapartida, os participantes que relataram estratégias genéricas e pouco específicas foram também aqueles com baixa percepção de risco e que, em seus depoimentos, remeteram às parcerias sexuais ou a fatores externos a eles o motivo para busca da profilaxia.

Agir visando desconstruir ideais de masculinidade hegemônica consiste, portanto, também numa estratégia preventiva ao HIV e favorece o autocuidado em relação à saúde sexual entre homens heterossexualmente ativos. Além disso, referenciais de masculinidades menos rígidos e mais diversos estimulariam a adoção de práticas sexuais mais seguras e favoreceriam

que, quando expostos, os homens em geral se sentissem confortáveis para buscar ajuda profissional e continuamente aprender e atualizar seus repertórios de métodos e estratégias de prevenção.

Uma questão importante que emerge com frequência nos debates relacionados à implementação de métodos baseados em ARVs, como a PEPsexual e PrEP, se refere à noção da compensação de risco e se baseia na hipótese de que a disponibilidade desses insumos estimularia a adoção de práticas sexuais menos seguras. Ainda há muita controvérsia na literatura sobre esse assunto e nenhum trabalho foi desenvolvido especificamente com homens heterossexualmente ativos pós uso de PEPsexual. No entanto, nossa pesquisa não encontrou elementos que justifiquem que o uso da profilaxia favorece comportamentos sexuais menos seguros; ao contrário, a maioria dos nossos entrevistados revelou a intenção de incorporar novos métodos e estratégias em seus repertórios de prevenção ao HIV após a experiência com a profilaxia. Novos estudos deverão ser realizados a fim de elucidar se e de que maneira a experiência com a PEPsexual pode influenciar na forma que homens heterossexualmente ativos gerenciam o risco à infecção pelo HIV em médio e longo prazo.

Por fim, todos os nossos resultados confluem no sentido de que a percepção e o gerenciamento de risco dos homens heterossexualmente ativos no contexto do uso da PEPsexual e da prevenção combinada são bastante complexos e fortemente influenciados por questões de ordem sociocultural. Para além disso, nossos achados indicam que para que haja êxito em ações de prevenção em HIV/ISTs/aids direcionadas aos homens heterossexualmente ativos, estas precisam não só disponibilizar e tornar acessível métodos biomédicos como a PEPsexual, mas também agir nas representações coletivas de masculinidades para que estes indivíduos possam, de fato, se reconhecer diante do cenário da epidemia, assim como lidar com suas fraquezas e vulnerabilidades e encontrar os caminhos que garantam a prevenção sem abri mão dos desejos, da satisfação e do bem-estar afetivo-sexual.

## PARTE V

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADIMORA, A. A. et al. Heterosexually Transmitted HIV Infection Among African Americans in North Carolina. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 41, n. 5, p. 616–623, abr. 2006.

AGUIAR, R. G. et al. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. São Paulo** v.3 n. 1, p. 37–41, 2012.

AJAYI, A. I. et al. Awareness and use of pre-exposure and postexposure prophylaxes among Nigerian university students: Findings from a cross-sectional survey. **Medicine**, v. 97, n. 36, p. e12226, set. 2018.

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4 ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARMISHAW, J. et al. Non-occupational post-exposure prophylaxis in Victoria, Australia: Responding to high rates of re-presentation and low rates of follow-up. **International Journal of STD and AIDS**, v. 22, n. 12, p. 714–718, 2011.

AYRES, J. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v. 2p. 121–144.

AYRES, J. R. D. C. M. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. São Paulo: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2011. v. 27

AZIM, N. H.; SUBKI, A.; YUSOF, Z. N. B. Abiotic stresses induce total phenolic, total flavonoid and antioxidant properties in Malaysian indigenous microalgae and cyanobacterium. **Malaysian Journal of Microbiology**, v. 14, n. 1, p. 25–33, 2018.

BARROS, C. R. DOS S. et al. Individual- and contextual-level factors associated with client-initiated HIV testing. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 394–407, 2017.

BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. **Modernização Reflexiva**. São Paulo: Unesp, 2000.

BELZA, M. J. et al. Men who pay for sex in Spain and condom use: Prevalence and correlates in a representative sample of the general population. **Sexually Transmitted Infections**, v. 84, n. 3, p. 207–211, 2008.

BENTZ, L. et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: A randomized controlled trial. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 22, n. 12, p. 1509–1516, 2010.

BERQUÓ, E. et al. Uso do preservativo: Tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. SUPPL. 1, p. 34–44, 2008.

BJEKIĆ, M. et al. Reasons for not Using Condoms among Heterosexual Men in Belgrade, Serbia. **Acta dermatovenerologica Croatica : ADC**, v. 26, n. 1, p. 58–60, abr. 2018.

BLACK, R. J. Animal studies of prophylaxis. **Am J Med**, v. 102, n. 5b, p. 39–44, 1997.

BOND, K. T. et al. Knowing is not enough: a qualitative report on HIV testing among heterosexual African-American men. **AIDS Care**, v. 27, n. 2, p. 182–188, 2015.

BOND, L.; LAUBY, J.; BATSON, H. HIV testing and the role of individual- and structural-level barriers and facilitators. **AIDS Care**, v. 17, n. 2, p. 125–140, 2005.

BOWLEG, L. et al. Racial discrimination and posttraumatic stress symptoms as pathways to sexual HIV risk behaviors among urban Black heterosexual men. **AIDS Care**, v. 26, n. 8, p. 1050–1057, 2014.

BOWLEG, L.; RAJ, A. Shared communities, structural contexts, and HIV risk: prioritizing the HIV risk and prevention needs of Black heterosexual men. **Am J Public Health**, v. 102 Suppl, p. S173-7, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008**. Suplemento III - Tratamento e Prevenção, Brasília, 2010.

BREMER, V. et al. Testen wir die Richtigen? Ergebnisse einer Klientenbefragung in der Beratungsstelle zu STD einschließlich Aids des Gesundheitsamtes der Stadt Köln. **Das Gesundheitswesen**, v. 68, n. 11, p. 692–696, nov. 2006.

BROOKS, R. A. et al. Sexual risk behavior has decreased among men who have sex with men in Los Angeles but remains greater than that among heterosexual men and women. **AIDS Education and Prevention**, v. 20, n. 4, p. 312–324, 2008.



- BROWN, M. J.; PUGSLEY, R.; COHEN, S. A. Meeting Sex Partners Through the Internet, Risky Sexual Behavior, and HIV Testing Among Sexually Transmitted Infections Clinic Patients. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 2, p. 509–519, 2015.
- BRYANT, J.; BAXTER, L.; HIRD, S. Non-occupational postexposure prophylaxis for HIV: A systematic review. **Health Technology Assessment**, v. 13, n. 14, p. 1–60, iii, ix–x, 2009.
- BUETIKOFER, S. et al. Prevalence and risk factors of late presentation for HIV diagnosis and care in a tertiary referral centre in Switzerland: Presenting late with HIV-1. **Swiss Medical Weekly**, v. 144, p. w13961, 2014.
- CAI, J.; XIAO, J.; ZHANG, Q. Side effects and tolerability of post-exposure prophylaxis with Zidovudine, Lamivudine, and Lopinavir/Ritonavir: A comparative study with HIV/Aids patients. **Chinese Medical Journal**, v. 127, n. 14, p. 2632–2636, 2014.
- CALAZANS, G. et al. Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. **Aids**, v. 19, n. SUPPL. 4, p. S42–S50, out. 2005.
- CARACIOLO, J. M. M.; SHIMMA, E. Adesão: da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: CRT-DST. **Aids**, 2007.
- CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. SUPPL. 1, p. 70–75, 2008.
- CASALINO, E. et al. Trends in condom use and risk behaviours after sexual exposure to HIV: A seven-year observational study. **PLoS ONE**, v. 9, n. 8, p. e104350, 26 ago. 2014.
- CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 3, n. 2, p. 237–264, out. 1996.
- CASTIEL, L. D.; GUILAN, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
- CHAN, A. C. H. et al. Non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV at St Michael's Hospital, Toronto: A retrospective review of patient eligibility and clinical outcomes. **International Journal of STD and AIDS**, v. 24, n. 5, p. 393–397, 14 maio 2013.
- CHARPENTIER, N. et al. [Barriers and levers to HIV post-exposure prophylaxis]. **Sante Publique**, v. 28, n. 6, p. 791–799, 2016.
- CHESNEY, M. A.; SMITH, A. W. Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma. **American Behavioral Scientist**, v. 42, n. 7, p. 1162–1174, 1999.
- CHOPRA, M. et al. Estimating hiv prevalence and risk behaviors among high-risk heterosexual men with multiple sex partners: Use of respondent-driven sampling. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 51, n. 1, p. 72–77, maio 2009.

- COBAT, A.; HALFEN, S.; GRE, I. Article original ' terminants de l ' utilisation du pre ' servatif et multipartenariat De ' rosexuel aux Antilles et en Guyane franc he , aises  
Determinants of condom use and heterosexual multiple sexual partnership in French Antilles and French Guiana. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v. 56, n. 3, p. 143–157, 2008.
- COHEN, M. S. et al. Annals of Internal Medicine Review Narrative Review: Antiretroviral Therapy to Prevent the Sexual Transmission of HIV-1. p. 591–602, 2007.
- COHEN, S. E. et al. Preparing for HIV pre-exposure prophylaxis: Lessons learned from post-exposure prophylaxis. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 44, n. 1 SUPPL. 2, p. S80–S85, 2013.
- CONNELL, R. **Masculinities**. Cambridge: Polity, 2005.
- CONNELL, R. W. **Políticas de masculinidade**. Rio de Janeiro: Educação & Realidade, 1995. v. 20
- CONNELL, R.; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global -- compreendendo o gênero -- da esfera pessoal à política -- no mundo contemporâneo**. São Paulo: nVersos, 2015.
- CORBETT, A. M. et al. A Little Thing Called Love: Condom Use in High-Risk Primary Heterosexual Relationships. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 41, n. 4, p. 218–224, 2009.
- COSTA, J. DE O. et al. Effectiveness of antiretroviral therapy in the single-tablet regimen era. **Revista de saude publica**, v. 52, p. 87, 14 nov. 2018.
- COSTA, J. F. DA. **A construção cultural da diferença entre os sexosIII Programa de Estudos em Sexualidade e Gênero.**, 1995.
- COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. **Social Science and Medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385–1401, maio 2000.
- COUTO, M. T. et al. Rendering visible heterosexually active men in Brazil: A national study on sexual behaviour, masculinities and HIV risk. **Current Sociology**, v. 66, n. 5, p. 704–723, 26 set. 2018.
- COUTO, M. T. **Gênero, Masculinidades e Saúde**. [s.l.] Tese (Livre Docência) - Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2016.
- COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569–2578, out. 2012.
- COVEY, J.; ROSENTHAL-STOTT, H. E. S.; HOWELL, S. J. **A synthesis of meta-analytic evidence of behavioral interventions to reduce HIV/STIs****Journal of Behavioral Medicine**Springer US, , 30 jun. 2016. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10865-016-9714-1>>. Acesso em: 5 jan. 2019

CROSBY, R. et al. How do young black men having sex with only women differ from those also having sex with men?. **Sexual Health**, v. 10, n. 5, p. 474–475, 2013.

DE LUIZ, G. M. et al. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: Estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. **Athenea Digital**, v. 13, n. 3, p. 39–56, 2013.

DELPPIERRE, C. et al. Correlates of late HIV diagnosis: Implications for testing policy. **International Journal of STD and AIDS**, v. 18, n. 5, p. 312–317, 2007.

DELPPIERRE, C. et al. High-Risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. **AIDS patient care and STDs**, v. 20, n. 12, p. 838–47, 2006.

DENNISON, O.; WU, Q.; ICKES, M. Prevalence of human immunodeficiency virus testing and associated risk factors in college students. **Journal of American College Health**, v. 62, n. 5, p. 309–318, 4 jul. 2014.

DINENNO, E. A. et al. Piloting a System for Behavioral Surveillance Among Heterosexuals at Increased Risk of HIV in the United States. **The Open AIDS Journal**, v. 6, n. 1, p. 169–176, 7 set. 2012.

DONNELL, D. et al. Use of non-occupational post-exposure prophylaxis does not lead to an increase in high risk sex behaviors in men who have sex with men participating in the explore trial. **AIDS and Behavior**, v. 14, n. 5, p. 1182–1189, 2010.

DONTA, B.; BEGUM, S.; NAIK, D. D. Acceptability of male condom: An Indian scenario. **Indian Journal of Medical Research**, v. 140, p. 152–156, nov. 2014.

DOURADO, I. et al. Revisiting the use of condoms in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 63–88, set. 2015.

DWORKIN, S. L. **Men at risk: Masculinity, heterosexuality, and HIV prevention**. New York: NYU Press, 2015.

EDUCACIÓN, E. N. P. Y. et al. Associação entre estados afetivos negativos e comportamentos sexuais de risco Association between negative affective states and sexual risk behaviours. **Educación, E N Psicología Y**, n. 14, p. 14–17, 2017.

ELEFTHERIOU, A. et al. Does attractiveness influence condom use intentions in heterosexual men? An experimental study. **BMJ Open**, v. 6, n. 6, p. e010883, 17 jun. 2016.

ESCUADERO-SÁNCHEZ, R. et al. [Post-exposure prophylaxis against HIV, do we use our resources appropriately?]. **Revista española de quimioterapia : publicacion oficial de la Sociedad Espanola de Quimioterapia**, v. 30, n. 4, p. 293–296, ago. 2017.

FERNÁNDEZ-BALBUENA, S. et al. Awareness and use of nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis among people receiving rapid HIV testing in Spain. **HIV Medicine**, v. 14, n. 4, p. 252–257, 2013.

FERNÁNDEZ-BALBUENA, S. et al. Highly visible street-based HIV rapid testing: Is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study. **Sexually Transmitted Infections**, v. 90, n. 2, p. 112–118, 2014.

FERRAZ, D. A. DE S. **Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a prevenção da aids [tese de doutorado]**. [s.l.] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2019.

GANTNER, P. et al. Predictors of standard follow-up completion after sexual exposure to HIV: Five-year retrospective analysis in a French HIV-infection care center. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, p. 1–9, 2015.

GARCIA, S. M. et al. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDETI, U.; MEDRADO, B. (Eds.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. 1. ed. São Paulo: [s.n.]. v. 2p. 31–50.

GARCIA, S.; DE SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: Iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude e Sociedade**, v. 19, n. SUPPL.2, p. 9–20, 2010.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 6. ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2012.

GIDDENS, A.; SUTTON, P. W. P. W. **Conceitos essenciais da Sociologia**. 1. ed. São Paulo: SciELO-Editora UNESP, 2016.

GLICK, S. N. et al. A Comparison of Sexual Behavior Patterns Among Men Who Have Sex With Men and Heterosexual Men and Women. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 60, n. 1, p. 83–90, maio 2012.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens: Estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 113–128, 2011a.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: FIOCRUZ (Ed.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, Gênero e Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; SOUZA, A. C. B. DE; REBELLO, L. E. F. DE S. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. **Interface (Botucatu. Impresso)**, v. 15, n. 36, p. 67–78, mar. 2011.

GOMES, V. L. DE O. et al. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 22–30, 2011b.

GRANGEIRO, A. et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): Protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. **BMJ Open**, v. 5, n. 8, p. 1–11, 2015a.

GRANGEIRO, A. et al. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 43–62, set. 2015b.

GRANGEIRO, A.; KUCHENBECKER, R.; VERAS, M. A. New HIV prevention methods: recognizing boundaries between individual autonomy and public policies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 1–4, 2015.

GREENE, E. et al. Correlates of unprotected vaginal or anal intercourse with women among substance-using men who have sex with men. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 3, p. 889–899, 2013.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4 suppl, p. 50–60, ago. 2002.

GUIVANT, J. S. A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: entre o diagnóstico e a profecia. **Estudos Sociedade e Agricultura**, n. 16, p. 95–112, 2001.

HEUKER, J. et al. HIV incidence among men who have sex with men prescribed postexposure prophylaxis. In: **Aids**. England: [s.n.]. v. 26p. 1583–1584.

HIGGINS, J. A.; HOFFMAN, S.; DWORKIN, S. L. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 3, p. 435–445, 30 mar. 2010.

HILL, B. J. et al. Condom-associated erection problems: Behavioural responses and attributions in young, heterosexual men. **Sexual Health**, v. 12, n. 5, p. 397–404, 2015.

IANNI, A. M. Z. Sobre a aplicabilidade da teoria de Ulrich Bech à realidade brasileira: situação de saúde e ação política. **Estudos de Sociologia**, v. 15, n. 29, 2010.

INCIARTE, A. et al. Tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine plus ritonavir-boosted lopinavir or cobicistat-boosted elvitegravir as a single-tablet regimen for HIV post-exposure prophylaxis. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 72, n. 10, p. 2857–2861, 1 out. 2017.

IRVINE, C. et al. Efficacy of HIV Postexposure Prophylaxis: Systematic Review and Meta-analysis of Nonhuman Primate Studies. **Clinical Infectious Diseases**, v. 60, n. suppl\_3, p. S165–S169, 2015.

IZULLA, P. et al. HIV postexposure prophylaxis in an urban population of female sex workers in Nairobi, Kenya. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 62, n. 2, p. 220–225, 2013.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections. **AIDS**, 2010.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Guia de terminologia da UNAIDS**. Brasília: Editora da UNAIDS, 2017.

- JUAREZ, F.; LEGRAND, T. Factors influencing boys' age at first intercourse and condom use in the shantytowns of Recife, Brazil. **Studies in Family Planning**, v. 36, n. 1, p. 57–70, 2005.
- KAHN, J. O. O. et al. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study. **J Infect Dis**, v. 183, n. 5, p. 707–714, mar. 2001.
- KALICHMAN, S. C. et al. Heterosexual anal intercourse and HIV infection risks in the context of alcohol serving venues, Cape Town, South Africa. **BMC Public Health**, v. 11, p. 807, 2011.
- KANDA, L.; MASH, R. Reasons for inconsistent condom use by young adults in Mahalapye, Botswana. **African journal of primary health care & family medicine**, v. 10, n. 1, p. e1–e7, 24 maio 2018.
- KEEN, L. et al. Binge drinking, stimulant use and HIV risk in a sample of illicit drug using heterosexual Black men. **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 9, p. 1342–1345, 2014.
- KNIGHT, R. et al. Heteronormativity hurts everyone: Experiences of young men and clinicians with sexually transmitted infection/HIV testing in British Columbia, Canada. **Health (United Kingdom)**, v. 17, n. 5, p. 441–459, 2013.
- KOLLER, S. et al. Condom Use, Contraceptive Methods, and Religiosity among Youths of Low Socioeconomic Level. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 11, n. 1, p. 5–6, 10 maio 2008.
- KÖRNER, H.; HENDRY, O.; KIPPAX, S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: Intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 18, n. 8, p. 879–887, nov. 2006.
- KORT, D. N.; SAMSA, G. P.; MCKELLAR, M. S. Sexual orientation differences in HIV testing motivation among college men. **Journal of American College Health**, v. 65, n. 3, p. 223–227, 2017.
- KOWALSKA, J. D. et al. **Suspected unexpected and other adverse reactions to antiretroviral drugs used as post-exposure prophylaxis of HIV infection - Five-year experience from clinical practice**. Archives of Medical Science. **Anais...**2018Disponível em: <<https://www.termedia.pl/doi/10.5114/aoms.2016.59701>>
- KUCHENBECKER, R. What is the benefit of the biomedical and behavioral interventions in preventing HIV transmission? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 26–42, 2015.
- LAQUER, T. Inventando o sexo. **Corpo e Gênero dos Gregos a Freud**. Rio de Janeiro, 2001.
- LAUBY, J. L. et al. Decisional balance, perceived risk and HIV testing practices. **AIDS and Behavior**, v. 10, n. 1, p. 83–92, 2006.

LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 143–155, 2015.

LEITE, L.; AMÉRICO, C. **Infecção por HIV passa ser de notificação compulsória**, 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/34102-infeccao-por-hiv-passa-ser-de-notificacao-compulsoria>>

LI, H.-C.; CHENG, Y.-P.; YANG, C.-J. Safety, tolerability and effectiveness of HIV non-occupational prophylaxis in Taiwan. **Journal of the International AIDS Society**, v. 17, n. 4 Suppl 3, p. 19736, nov. 2014.

LIM, R. B. T. et al. What are the factors associated with human immunodeficiency virus/sexually transmitted infection screening behaviour among heterosexual men patronising entertainment establishments who engaged in casual or paid sex? - Results from a cross-sectional survey. **BMC Infectious Diseases**, v. 16, n. 1, p. 1–11, 2016.

LIU, H. et al. Effectiveness of ART and condom use for prevention of sexual HIV transmission in serodiscordant couples: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 9, n. 11, p. e111175, 2014.

LUNDING, S. et al. The danish PEP registry: Experience with the use of postexposure prophylaxis (PEP) following sexual exposure to HIV from 1998 to 2006. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 37, n. 1, p. 49–52, 2010.

LUNDING, S. et al. The Danish PEP Registry: Experience with the use of post-exposure prophylaxis following blood exposure to HIV from 1999-2012. **Infectious Diseases**, v. 48, n. 3, p. 195–200, 3 mar. 2016.

LUQUE, A. et al. Assessment of adverse events associated with antiretroviral regimens for postexposure prophylaxis for occupational and nonoccupational exposures to prevent transmission of human immunodeficiency virus. **Infection control and hospital epidemiology the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America**, v. 28, n. 6, p. 695–701, 2007.

MACQUEEN, K. M. et al. HIV Testing Experience and Risk Behavior Among Sexually Active Black Young Adults: A CBPR-Based Study Using Respondent-Driven Sampling in Durham, North Carolina. **American Journal of Community Psychology**, v. 55, n. 3–4, p. 433–443, 2015.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1807–1816, dez. 2008.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage. **Revista de saude publica**, v. 42, n. 2, p. 242–248, 2008.

MAKSUD, I. et al. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 1, p. 104–119, set. 2015.

- MARQUES JUNIOR, J. S.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 511–520, fev. 2012.
- MARTIN, J. N. et al. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. **Aids**, v. 18, n. 5, p. 787–792, mar. 2004.
- MAVHANDU-MUDZUSI, A. H. Zero new HIV infections: Mission impossible with current perceptions of young adults in Vhembe District regarding condom use. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 8, n. 2, p. e1-7, 25 maio 2016.
- MAYER, K. H. et al. Optimal HIV Postexposure Prophylaxis Regimen Completion with Single Tablet Daily Elvitegravir/Cobicistat/Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Compared with More Frequent Dosing Regimens. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 75, n. 5, p. 535–539, 15 ago. 2017.
- MAYER, K. H. et al. Raltegravir, tenofovir DF, and emtricitabine for postexposure prophylaxis to prevent the sexual transmission of HIV: Safety, tolerability, and adherence. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 59, n. 4, p. 354–359, abr. 2012.
- MCCARTY, E. J. et al. Post-exposure prophylaxis following sexual exposure to HIV: A seven-year retrospective analysis in a regional centre. **International Journal of STD and AIDS**, v. 22, n. 7, p. 407–408, jul. 2011.
- MCELRATH, K. et al. Race/sex interactions and HIV testing among college students. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 4, n. 1, p. 112–121, 19 fev. 2016.
- MEDEIROS, E. A. S. et al. Eventos adversos relacionados à profilaxia anti-retroviral em acidentes ocupacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 294–296, abr. 2007.
- MEHTA, S. A. et al. Awareness of post-exposure HIV prophylaxis in high-risk men who have sex with men in New York City. **Sex Transm Infect**, v. 87, n. 4, p. 344–348, 2011.
- MINAYO, M. C. Avaliação por Triangulação de Métodos. In: **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 244p.
- MINAYO, M. C. D. S. et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada, 2011.
- MISRA, K.; UDEAGU, C. C. Disparities in Awareness of HIV Postexposure and Preexposure Prophylaxis Among Notified Partners of HIV-Positive Individuals, New York City 2015-2017. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 76, n. 2, p. 132–140, 2017.
- MONTEIRO, S. S. et al. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 137–146, jan. 2014.
- NASRULLAH, M. et al. Factors Associated With Condom Use Among Sexually Active US Adults, National Survey of Family Growth, 2006–2010 and 2011–2013. **Journal of Sexual Medicine**, v. 14, n. 4, p. 541–550, abr. 2017.



- O'REILLY, K. R. et al. Free condom distribution: what we don't know may hurt us. **AIDS Behav**, v. 18, n. 11, p. 2169–2171, 2014.
- OTTEN, R. A. et al. Efficacy of Postexposure Prophylaxis after Intravaginal Exposure of Pig-Tailed Macaques to a Human-Derived Retrovirus (Human Immunodeficiency Virus Type 2). **Journal of Virology**, v. 74, n. 20, p. 9771–9775, 2000.
- OZ, N. et al. Adherence and characteristics of HIV post-exposure prophylaxis for a population in Tel Aviv of men who have sex with men. **Israel Medical Association Journal**, v. 19, n. 4, p. 257–261, abr. 2017.
- PARKER, R. 8. Grassroots Activism , Civil Society Mobilization , and the Politics of the Global HIV / AIDS Epidemic (18pps). **Brown Journal of World Affairs**, v. xvii, n. ii, p. 21–38, 2011.
- PARKER, R.; EASTON, D.; KLEIN, C. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. **AIDS**, p. 17–46, 2002.
- PATHELA, P. et al. Men who have sex with men have a 140-fold higher risk for newly diagnosed HIV and syphilis compared with heterosexual men in New York City. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 58, n. 4, p. 408–416, 2011.
- PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Cambridge: SAGE Publications, inc, 1990. v. 14
- PERRUSI, A.; FRANCH, M. CARNE COM CARNE:gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. **Revista De Ciências Sociais - Política & Trabalho**, v. 2, n. 37, p. 179–200, 2012.
- PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência**, v. IV, n. 1, p. 53–67, 2008.
- POUNDSTONE, K. E.; STRATHDEE, S. A.; CELENTANO, D. D. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. **Epidemiologic reviews**, v. 26, n. 1, p. 22–35, 2004.
- POYNTEN, I. M. et al. Nonoccupational postexposure prophylaxis, subsequent risk behaviour and HIV incidence in a cohort of Australian homosexual men. **Aids**, v. 23, n. 9, p. 1119–1126, 2009.
- POYNTEN, I. M. et al. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. **HIV Medicine**, v. 8, n. 6, p. 374–381, 2007.
- PRATI, G. et al. PEP and TasP Awareness among Italian MSM, PLWHA, and High-Risk Heterosexuals and Demographic, Behavioral, and Social Correlates. **PLoS One**, v. 11, n. 6, p. e0157339, 2016.
- RABAUD, C. et al. Tolerability of Postexposure Prophylaxis with the Combination of Zidovudine-Lamivudine and Lopinavir-Ritonavir for HIV Infection. **Clinical Infectious Diseases**, v. 40, n. 2, p. 303–305, jan. 2005.

RAJ, A.; BOWLEG, L. Heterosexual Risk for HIV Among Black Men in the United States. **American Journal of Men's Health**, v. 6, n. 3, p. 178–181, 2012.

REBELLO, L. E. F. DE S.; GOMES, R. Qual é a sua atitude? narrativas de homens jovens universitários sobre os cuidados preventivos com a AIDS. **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 916–927, 2012.

REECE, M. et al. Patterns of Condom Acquisition by Condom-Using Men in the United States. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 24, n. 7, p. 429–433, jul. 2010.

RENZI, C. et al. Factors associated with HIV testing: Results from an Italian general population survey. **Preventive Medicine**, v. 32, n. 1, p. 40–48, 2001.

RESTAR, A. J. et al. Perspectives on HIV pre-and postexposure prophylaxes (prep and pep) among female and male sex workers in mombasa, kenya: Implications for integrating biomedical prevention into sexual health services. **AIDS Education and Prevention**, v. 29, n. 2, p. 141–153, 2017.

RICOUER, P. **Tempo e Narrativa (Tomo III)**. Campinas: Papirus, 2012.

ROLAND, M. E. et al. Postexposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus Infection after Sexual or Injection Drug Use Exposure: Identification and Characterization of the Source of Exposure. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 184, n. 12, p. 1608–1612, 2001.

ROSS, L. L. et al. A rare HIV reverse transcriptase mutation, K65N, confers reduced susceptibility to tenofovir, lamivudine and didanosine [4]. **Aids**, v. 20, n. 5, p. 787–789, fev. 2006.

ROTHERAM-BORUS, M. J.; DUAN, N. Next generation of preventive interventions. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 518–526, 2003.

ROTHERAM-BORUS, M. J.; SWENDEMAN, D.; CHOVNICK, G. The past, present, and future of HIV prevention: integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention. **Annual review of clinical psychology**, v. 5, p. 143–167, 2009.

SABO, D. Men's health studies: Origins and trends. **Journal of American College Health**, v. 49, n. 3, p. 133–142, 2000.

SABÓ, D. Understanding men's health: a relational and gender sensitive approach. **Population and Development Studies**, n. 4, 1999.

SCHECHTER, M. et al. Behavioral Impact, Acceptability, and HIV Incidence among Homosexual Men with Access to Postexposure Chemoprophylaxis for HIV. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 35, n. 5, p. 519–525, 2004.

SCHRAIBER, L. B. L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7–17, mar. 2005.

- SIEMIENIUK, R. A. C. et al. Transitioning to HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) from Non-Occupational Post-Exposure Prophylaxis (nPEP) in a Comprehensive HIV Prevention Clinic: A Prospective Cohort Study. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 29, n. 8, p. 431–436, ago. 2015.
- SILVA, C. G. M. DA. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4 suppl, p. 40–49, ago. 2002.
- SIONEAN, C. et al. HIV Risk, prevention, and testing behaviors among heterosexuals at increased risk for HIV infection--National HIV Behavioral Surveillance System. **MMWR Surveill Summ**, v. 63, n. 14, p. 1–39, 19 dez. 2010.
- SOARES, P. DA S.; BRANDÃO, E. R. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: Uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 940–953, 2012.
- SONDER, G. J. B. et al. Comparison of two HIV postexposure prophylaxis regimens among men who have sex with men in Amsterdam: adverse effects do not influence compliance. **Sex Transm Dis**, v. 37, n. 11, p. 681–686, nov. 2010.
- SPARGO, T. **Foucault e a teoria queer: seguido de Ágape e êxtase: orientações pós-seculares**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- STEPHENSON, R. et al. Willingness to use couples HIV testing and discussion of sexual agreements among heterosexuals. **SpringerPlus**, v. 4, n. 1, p. 169, 2015.
- STONE, V. E. et al. Perspectives on adherence and simplicity for HIV-infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens in predicting adherence. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 36, n. 3, p. 808–816, 2004.
- SULTAN, B.; BENN, P.; WATERS, L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. **HIV/AIDS - Research and Palliative Care**, v. 6, p. 147–158, 2014.
- TETTEH, R. A. et al. Adverse events and adherence to HIV post-exposure prophylaxis: A cohort study at the Korle-Bu Teaching Hospital in Accra, Ghana Environmental health. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 573, 20 dez. 2015.
- THOMAS, P. E. et al. HIV Risk Behaviors and Testing History in Historically Black College and University Settings. **Public Health Reports**, v. 123, n. 3\_suppl, p. 115–125, nov. 2008.
- TISSOT, F. et al. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. **HIV Med**, v. 11, n. 9, p. 584–592, 2010.
- TRAN, B. R. et al. Condom use behaviours and correlates of use in the Botswana Defence Force. **International Journal of STD and AIDS**, v. 24, n. 11, p. 883–892, 19 nov. 2013.
- VALIN, N. et al. Evaluation of tolerability with the co-formulation elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate for post-HIV exposure prophylaxis. **BMC Infectious Diseases**, v. 16, n. 1, p. 718, 29 dez. 2016.

VIANA, F. J. M. et al. Factors associated with safe sex among public school students in Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 43–51, 2007.

VILLELA, W.; ARILHA, M. Homem que é homem também pega AIDS? In: **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998. p. 129–144.

VISSER, R. O. et al. Sex in Australia: Experiences of sexual coercion among a representative sample of adults. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 27, n. 2, p. 198–203, 2003.

WALDO, C. R.; STALL, R. D.; COATES, T. J. Is offering post-exposure prevention for sexual exposures to HIV related to sexual risk behavior in gay men? **Aids**, v. 14, n. 8, p. 1035–1039, maio 2000.

WALTERS, S. M. et al. Differences in Awareness of Pre-exposure Prophylaxis and Post-exposure Prophylaxis Among Groups At-Risk for HIV in New York State: New York City and Long Island, NY, 2011-2013. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 75, n. July, p. S383–S391, 2017.

WASHINGTON, T. A.; WANG, Y.; BROWNE, D. Difference in condom use among sexually active males at historically black colleges and universities. **Journal of American College Health**, v. 57, n. 4, p. 411–416, 2009.

WEINBERG, G. A. et al. Nonoccupational HIV Postexposure Prophylaxis. **Jama**, v. 294, n. 13, p. 1615, 2005.

WONG, M. L. et al. Men seeking sex online practise riskier sexual behaviours than men frequenting brothels: Survey findings from Singapore. **Sexually Transmitted Infections**, v. 90, n. 5, p. 401–407, 2014.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for Hiv and the Use of Co-Trimoxazole Prophylaxis for Hiv-Related Infections Among Adults, Adolescents and Children: Recommendations for a Public Health Approach. **Recommendations for a public health approach December supplement to the consolidated ARVs guidelines WHO Geneva**, n. December, p. 52, 2014.

## ANEXOS

### ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Usuário,

Solicito a sua autorização para realizar uma entrevista gravada a ser utilizada em uma pesquisa que procura, dentre seus objetivos:

- Conhecer a organização do atendimento de PEP no âmbito dos serviços e apreender a percepção e a prática de profissionais de saúde frente à PEP e aos indivíduos expostos que procuraram o serviço para uso da profilaxia;
- Compreender as motivações de indivíduos na busca por PEP, explorando o conhecimento sobre a profilaxia, o contexto de busca por PEP, a percepção e o gerenciamento de risco de infecção pelo HIV e a relação estabelecida com o serviço de saúde e com o uso da PEP

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode, inclusive, ouvir a gravação da entrevista e solicitar que seja retirado parte ou totalidade do conteúdo.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você fornecer não serão identificadas como suas. Ao registro transcrito de suas falas será aplicado um pseudônimo e estas estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Esta pesquisa não implicará em nenhum dano a sua saúde. Porém, caso durante ou após a entrevista, você sentir alguma necessidade de atendimento relacionado a sua saúde sexual você poderá solicitar encaminhamento a alguma área do serviço no qual você está sendo atendido ou a algum serviço de referência em sua região de residência.

Você também poderá, a qualquer momento, entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa no âmbito desse serviço (Nome: Alexandre Grangeiro e Marcia Thereza Couto Falcão. Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455. 2º andar, sala 2172. São Paulo, Brasil. CEP 01246-903. Telefone: 11.3061.7076 ou 30618692. E-mails: ale.grangeiro@gmail.com/ marthet@usp.br) e o Comitê de Ética da

Faculdade de Medicina (Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36. São Paulo, São Paulo. CEP 01246-000. Telefone: (11)3893-4401 ou (11) 3893-4407; e-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br).

Sua participação voluntária beneficiará a produção científica na área e o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da epidemia do HIV/aids no Brasil.

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

\_\_\_\_\_  
(nome do entrevistado)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(data)

## ANEXO B: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- Iniciais nome:
- Idade:
- Como você se identifica em relação à sua identidade de gênero:
  - ( )Feminino
  - ( )Masculino
  - ( ) Travesti
  - ( ) Transexual masculino
  - ( ) Transexual feminino
- Como você se define em relação à sua orientação sexual?
- Quanto a sua raça/cor, qual dessas opções você escolheria?
  - ( )Branco
  - ( )Preto
  - ( )Pardo
  - ( )Amarelo
  - ( )Indígena
- Você tem alguma religião? Qual?
- É praticante?
- Você tem algum relacionamento amoroso?
- Você tem filho(s)? Quantos? Moram com você?
- Você tem algum trabalho remunerado ou trabalha de outras maneiras? Conte-me um pouco mais sobre seu trabalho.

### **Explorando o conhecimento sobre a PEP**

- Você veio ao serviço em busca de PEP. Como você ficou sabendo da existência da PEP? (*Explorar: Se foi informação por algum amigo/conhecido, internet, folheto/cartaz etc.*).
- Quais as informações que você tinha sobre a PEP? (*explorar: se sabe como ela funciona, em que situações é indicada, se conhece alguém que já usou, se o/a próprio/a usuário/a já usou antes*)
- Quais são as suas expectativas em relação ao uso da PEP? (*explorar a situação atual*).
- E você já tinha vindo alguma vez a este serviço de saúde? Em que situação?
- Como foi chegar até o serviço? (*explorar a situação atual em termos da dificuldade de acesso, do receio quanto ao atendimento e à demanda por PEP*)

### **Explorando o contexto de busca pela PEP**

- (Pensando na relação sexual que o trouxe ao serviço para uso de PEP) Você poderia descrever a cena/a situação? (*Descreva como se fosse uma cena de novela/filme*) (*Explorar: quando, onde, com quem e o que rolou /teve penetração? Vaginal, anal, etc.?*).
- (*Em caso de relações heterossexuais, explorar se fizeram alguma coisa para evitar gravidez; para os demais, explorar se fizeram algo para evitar DST nessa relação*)
- O que desta cena fez com que você avaliasse que necessita de PEP? (*Explorar: esta cena é comum ou episódica, a parceria é conhecida ou não, se as práticas sexuais da cena são usuais ou não, se uso droga/álcool e se isso interferiu no uso do preservativo etc.*).
- Esta cena que você descreveu faz parte de algum contexto de mudança em sua vida afetiva/sexual? Você poderia falar sobre isto?

### **Relação com o Serviço e com o uso da PEP**

→ Você poderia construir e narrar a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP no serviço? (*Explorar todas as possibilidades: Como você sentiu a reação dos diversos profissionais, Como você reagiu às reações destes profissionais? Como manejou a narrativa sobre a cena que levou a buscar PEP frente aos diferentes profissionais etc.*).

→ Como você avalia sua experiência de busca de PEP no serviço? Você poderia descrever uma experiência boa e uma experiência ruim neste percurso de busca por PEP?

→ Como você descreveria seus atendimentos subsequentes? (*Explorar as nuances entre a narrativa e a relação que ele estabeleceu no atendimento inicial e nos atendimentos posteriores com o serviço e seus profissionais*).

→ No uso subsequente que você fez/faz do serviço após a busca por PEP, você utilizou ou frequentou outras atividades assistenciais (*Explorar: de prevenção, de PEP, testagem, preservativo/gel, tratar DSTs etc.*). Como você avalia estes atendimentos?

→ Você poderia nos contar sobre sua experiência com a medicação da PEP? (*Pensar que é importante pedir que relate sobre a primeira semana de medicação e como se sentiu. Depois explorar até onde ele seguiu com a medicação. Considerar os efeitos colaterais, a situação social de uso do medicamento, se relatou tais mudanças ou efeitos ao serviço ou a terceiros e como foi acolhido, se no contexto do uso da medicação chegou a reavaliar a experiência de exposição ao risco etc.*)

Variação do roteiro para usuários do grupo sem-PEPsexual (todos os demais blocos permaneceram iguais ao roteiro de usuários que receberam PEPsexual)

### **Relação com o Serviço e com o uso da PEP**

→ Você poderia construir e narrar a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP no serviço?

→ Você poderia nos contar como foi seu processo de chegada até o serviço e, na sua visão, as razões que contribuíram pra que você não conseguisse chegar a tempo de fazer uso da PEP?

→ No uso subsequente que você fez/faz do serviço após a busca por PEP, você utilizou ou frequentou outras atividades assistenciais (*Explorar: de prevenção, de PEP, testagem, preservativo/gel, tratar DSTs etc.*). Como você avalia estes atendimentos?

Variação do roteiro para usuários não aderentes (todos os demais blocos permaneceram iguais ao roteiro de usuários que receberam PEPsexual)

### **Relação com o Serviço e com o uso da PEP**

→ Você poderia construir e narrar a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP no serviço?

→ Como você avalia sua experiência de busca de PEP no serviço? Você poderia descrever uma experiência boa e uma experiência ruim neste percurso de busca por PEP?

→ Você não retornou a um atendimento agendado no protocolo de PEP (Identificar se o paciente não aderiu a PEP ou se ele não fez o seguimento). *Explorar como isso aconteceu (se foi para outro serviço, se reavaliou risco, se foi por conta de efeitos colaterais ou outras situações sociais do uso da medicação, se foi por motivo de mau atendimento do serviço ou por algum outro problema com profissional da assistência, mudanças na rotina de vida ou trabalho).*

### **Finalizando com questões de Prevenção e das (possíveis) mudanças com a PEP**

→ Você acha que você pode se infectar pelo HIV? Por quê?

*(Explorar quais características ele(a) avalia que o(a) colocam mais ou menos em risco, que práticas sexuais lhe parecem arriscadas, que práticas de prevenção são possíveis, se há tipos de parceria que considera mais ou menos arriscadas)*



→ No último ano, de que maneiras você procurou se prevenir da infecção pelo HIV? (*Explorar: camisinha, teste, serosorting, escolha de posição, uso de gel, abstinência, práticas não insertivas, escolha de parceiros, variação de métodos de acordo com a parceria e com as práticas sexuais*)

→ Você acha que essas maneiras de se prevenir foram diferentes a depender do parceiro com quem você estava se relacionando?

(*Explorar: parceiro fixo e parceiros eventuais; parceiros conhecidos ou desconhecidos; parcerias do mesmo sexo ou de sexo oposto; situações em que é mais difícil negociar o uso do preservativo; parceiros afetivos ou clientes; troca de sexo por favores ou bens*)

(*Para Profissionais do sexo, explorar ainda: se a exposição ao risco está ligada ou não ao pagamento do programa, às práticas sexuais envolvidas, a ser cliente conhecido e/ou fixo ou não, às experiências com parceiros afetivo/amorosos, à prática de sexo em grupo*).

→ E você acha que essas maneiras de se prevenir mudaram depois que você usou PEP?

(*Explorar: parceiro fixo e parceiros eventuais; parceiros conhecidos ou desconhecidos; parcerias do mesmo sexo ou de sexo oposto; situações em que é mais difícil negociar o uso do preservativo; parceiros afetivos ou clientes; troca de sexo por favores ou bens*)

(*Para profissionais do sexo, explorar ainda: se a exposição ao risco está ligada ou não ao pagamento do programa, às práticas sexuais envolvidas, a ser cliente conhecido e/ou fixo ou não, às experiências com parceiros afetivo/amorosos, à prática de sexo em grupo*).

→ (Heterossexuais) Você usa algum método pra evitar gravidez? Qual?

(*Explorar: razões para escolha do método contraceptivo; percepção sobre interferência desta escolha no uso do preservativo; intenções reprodutivas da mulher e do/s parceiro/s*)

**Você gostaria de fazer algum comentário adicional? O que achou da entrevista?**

**Muito obrigada/o!**

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: PARECER CEP DA PESQUISA-BASE



## APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 06/08/2014, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **251/14** intitulado: **“A EFETIVIDADE DA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO DO HIV PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENSUAL, DO USO COMBINADO DOS MÉTODOS PREVENTIVOS CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV E DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO SEXUAL, EM SERVIÇOS PÚBLICOS BRASILEIROS”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

**Pesquisador (a) Responsável: Alexandre Grangeiro**

**Pesquisador (a) Executante: Alexandre Grangeiro**

**O pesquisador deverá aguardar a aprovação da CONEP para iniciar a pesquisa.**

CEP-FMUSP, 06 de Agosto de 2014

**Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori**  
**Vice-Coordenador**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

## APÊNDICE B: PARECER CEP

**APROVAÇÃO**

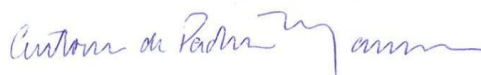
O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25/10/2017, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0345/17** intitulado: “**Homens heterossexuais e gerenciamento do risco de infecção pelo HIV: experiências em cinco cidades brasileiras**”. apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

**Pesquisador (a) Responsável: Márcia Thereza Couto Falcão**

**Pesquisador (a) Executante: Lorruan Alves dos Santos**

**CEP-FMUSP, 25 de Outubro de 2017.**



**Prof. Dr. Antônio de Pádua Mansur  
Vice-Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa**

APÊNDICE C: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HOMENS HETEROSSEXUALMENTE ATIVOS ENTREVISTADOS  
(quadro ampliado).

Nome	Idade (anos)	Cor	Sítio	Tipo da exposição	Religião	Relação Estável	Filhos	Categoria de Profissão	Trabalho formação	Momento em que a entrevista foi realizada
<b>Pablo</b>	18	Branca	RIB	Parceira casual	Cristão ou acredita em Deus	Não	Não	Profissionais das ciências e das artes	Professor/Voluntário	Retorno de 30 dias
<b>Ivan</b>	22	Parda	SP	Parceira casual	Católico não praticante	Não	Não	Comércio	Garçom	Retorno de 30 dias
<b>Dário</b>	23	Branca	CUR	Parceira casual	Sem religião/ateu/agnóstico	Sim	Não	Outros	Desempregado	Retorno de 90 dias
<b>Daniel</b>	26	Parda	CUR	Parceira casual	Católico não praticante	Não	Não	Profissionais das ciências e das artes	Analista de Sistema	Terceira ida ao serviço*
<b>Marco</b>	27	Branca	SP	Parceira casual	Católico não praticante	Sim	Não	Profissionais das ciências e das artes	Contabilidade em uma empresa de publicidade	Primeiro retorno ao serviço*
<b>Iago</b>	29	Branca	POA	Parceira casual	Sem religião/ateu/agnóstico	Não	Não	Outros	Autônomo	Sem registro*
<b>Michael</b>	29	Branca	CUR	Parceira casual	Católico não praticante	Não	Não	Profissionais das ciências e das artes	Desenvolvedor de Sistemas	Terceira ida ao serviço*
<b>Damião</b>	31	SI	FOR	Parceira casual	Sem religião/ateu/agnóstico	SI	SI	Profissionais das ciências e das artes	Analista de Sistema	Sem registro*
<b>Cirilo</b>	33	Parda	POA	Parceira estável	Sem religião/ateu/agnóstico	Sim	Não	Outros	Autônomo	No dia da prescrição
<b>Lincon</b>	36	Branca	CUR	Parceira casual	Católico não praticante	Não	Não	Profissionais das ciências e das artes	Coordenador gastronômico	Retorno de 30 dias
<b>Celso</b>	38	Parda	RIB	Parceira casual	Católico não praticante	Sim	Sim	Comércio	Setor de combustíveis	Retorno de 30 dias

Fonte: Informações extraídas das entrevistas. SI: Sem Informação; CUR: Curitiba/PR; POA: Porto Alegre/RS, SP: São Paulo/SP; RIB: Ribeirão Preto/SP; FOR: Fortaleza/CE. \* Não há registro do dia específico em que a entrevista foi realizada.

APÊNDICE C: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS HOMENS HETEROSSEXUALMENTE ATIVOS ENTREVISTADOS  
(quadro ampliado) (*continuação*).

Nome	Idade (anos)	Cor	Sítio	Tipo da exposição	Religião	Relação Estável	Filhos	Categoria de Profissão	Trabalho formação	Momento em que a entrevista foi realizada
<b>Evandro</b>	41	Negra	POA	Parceira estável soropositiva	Espírita e outras	Sim	Não	Serviços	Massoterapeuta	No dia da prescrição
<b>Sarmiento</b>	41	Parda	SP	Parceria casual	Cristão ou acredita em Deus	Sim	Sim	Comércio	Importação/exportação	Seis meses após prescrição
<b>Antônio</b>	43	Branca	CUR	Parceira casual	Católico praticante	Sim	Sim	Profissionais das ciências e das artes	Advogado	No dia da prescrição
<b>Victor</b>	46	Branca	RIB	Parceira casual	Católico não praticante	Não	Sim	Comércio	Atendente/livreiro	Retorno de 30 dias
<b>Nelson</b>	58	Branca	POA	Parceira casual	Católico praticante	Não	Sim	Outros	Desempregado/aposentado	No dia da prescrição

Fonte: Informações extraídas das entrevistas. SI: Sem Informação; CUR: Curitiba/PR; POA: Porto Alegre/RS, SP: São Paulo/SP; RIB: Ribeirão Preto/SP; FOR: Fortaleza/CE. \* Não há registro do dia específico em que a entrevista foi realizada.