

**Vivian Salles Alvarez**

**Masculinidade e prevenção: a relação entre a prática sexual dos homens e a  
profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP)**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza  
Couto Falcão

**São Paulo  
2017**

**Vivian Salles Alvarez**

**Masculinidade e prevenção: a relação entre a prática sexual dos homens e a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP)**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo  
2017**

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

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

©reprodução autorizada pelo autor

Alvarez, Vivian Salles

Masculinidade e prevenção: a relação entre a prática sexual dos homens e a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP) / Vivian Salles Alvarez. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.HIV 2.Síndrome da imunodeficiência adquirida 3.Profilaxia pós-exposição 4.Masculinidade 5.Identidade de gênero 6.Pequisa qualitativa

USP/FM/DBD-152/17



Para todas as analistas que fizeram e fazem parte da minha vida: Eléida, Cristina e Ana Lúcia.

Em especial à Maria Ângela, que partiu cedo demais e sem a qual eu não teria tido coragem de sustentar o lugar que ocupo hoje.

## AGRADECIMENTOS

Toda vez que eu me deparava com uma dissertação ou uma tese pra ler, eu ia direto para os agradecimentos. Eram aquelas palavras que davam o tom da minha leitura. Era aquele apaixonamento que eu procurava no texto. Quando chegou o meu momento de escrever, me dei conta de que nesses quase três anos de mestrado, muita coisa mudou e que eu mudei ao longo do processo. Que muitos dos primeiros apaixonamentos não existem mais, mas tantos outros foram sendo descobertos e construídos ao longo dessa jornada. Nesse sentido, escrever os agradecimentos é reviver esse caminho e poder olhar para ele com novos olhos, sendo mais generosa comigo e com os muitos encontros que a minha pesquisa possibilitou.

À Márcia Thereza Couto, por além da orientação se dispor a fazer percursos tortuosos e potentes comigo. Quando formamos uma dupla de trabalho, estamos apostando que através das afinidades iniciais conseguiremos formar um bom time. Às vezes esse processo não é tão fácil, requer muitos ajustes, conversas, e paciência. A nossa dupla foi desafiadora para ambas. A ela coube acreditar em mim quando eu não era capaz de fazê-lo, e com isso me fazer redescobrir os sentidos da escolha pelo mestrado.

A todos os pesquisadores participantes do projeto coordenado por Alexandre Grangeiro, por me acolherem e contribuírem com o meu trabalho.

À Luciana Nogueira Fioroni, pelo incentivo desde a graduação a ser uma pesquisadora crítica e comprometida. Pelos conselhos carinhosos e contribuições importantes ao longo desse processo. Com certeza a pessoa responsável pelo meu apaixonamento pela temática do HIV.

Às professoras Rosana Machin e Cristiane Cabral, que compuseram a minha banca de qualificação. Pela leitura cuidadora e pelos ricos questionamentos para o desenvolvimento da dissertação.

Aos professores Ricardo Teixeira e André Mota pelas provocações e por despertarem inquietações necessárias a respeito do campo da saúde no momento político que vivemos.

Aos meus parceiros de pós-graduação Florêncio, Yuri e Marcelo. Pelas valiosas contribuições ao texto apresentado no exame de qualificação e também por tornarem essa caminhada mais leve e afetuosa.

Aos queridos amigos Aline, Mayra, Lígia e Luiz que me ajudaram a pensar, a escrever, a não desistir e, principalmente, por incentivarem cada passo.

Ao meu pai, que mesmo não concordando com a minha escolha, me apoiou de muitas formas.

Ao meu namorado Bruno, pela paciência, pelo carinho, pelo cuidado e pelo companherismo, sem os quais teria sido muito difícil me dedicar a este trabalho.

À Capes, pela bolsa de mestrado.

E por fim, mas não menos importante, a todos aqueles que se dispuseram a participar das entrevistas e a compartilhar sua intimidade.

*Tudo que podemos fazer quando decidimos estudar um assunto é descrevê-lo de uma maneira particular, que vem somar-se a outras descrições possíveis.*

Jurandir Freyre Costa, “Sem fraude, nem favor” (1998).

## **LISTA DE SIGLAS**

**CDC:** Centro de controle e prevenção de doenças

**CTA:** Centro de Testagem e Aconselhamento

**DST:** Doença sexualmente transmissível

**HSH:** Homens que fazem sexo com homens

**PEP:** Profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

**PrEP:** profilaxia pré-exposição ao HIV

**PVHA:** Pessoas vivendo com HIV/Aids

**TARV:** Terapia antirretroviral

**TasP:** Tratamento como prevenção

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNAIDS:** Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## RESUMO

Alvarez VS. *Masculinidade e prevenção: a relação entre a prática sexual dos homens e a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Com a ampliação dos estudos de gênero e saúde, especialmente na linha das masculinidades, emergiram questões a respeito da prevenção do HIV/aids que foram incorporadas às discussões sobre construtos socioculturais promotores de vulnerabilidades para as populações masculinas frente à epidemia. No atual cenário da epidemia, duas questões chamam atenção em relação aos homens: o fato da epidemia se mostrar concentrada na população entre homens que fazem sexo com homem (HSH) e da principal via de transmissão do vírus ser heterossexual. Os esforços para o controle da epidemia de HIV/aids no Brasil têm se concentrado no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids, bem como na implementação de intervenções de prevenção combinada. Esta última pode ser descrita como a possibilidade de manejo entre estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais que se colocam como alternativas ao discurso preventivo centrado preponderantemente no preservativo masculino. Entre as abordagens biomédicas, a profilaxia pós-exposição sexual consentida (PEPSexual) se coloca como uma estratégia fundamental para este trabalho, de caráter qualitativo, cujo objetivo mais amplo foi compreender como os homens constroem aproximações e distanciamentos quanto às configurações identitárias em termos da sexualidade, de representações sociais quanto ao HIV/aids, de motivações a procurar a PEPSexual, caracterizando o uso que fazem de um serviço especializado em DST/HIV no município de São Paulo. A técnica de entrevista semiestruturada foi aplicada na realização de 15 entrevistas com homens que buscaram PEPSexual no ambiente do serviço. Os resultados e análises foram organizados em categorias que expressaram as representações sociais dos entrevistados, a respeito de: 1) vivência sexual masculina, 2) percepção sobre o risco e prevenção ao HIV e 3) conhecimento e busca pela PEP. O estudo permitiu compreender como as construções a respeito das masculinidades influenciam o modo pelo qual os homens acionam recursos e estratégias para a busca de prevenção ao HIV/aids.

**Descritores:** HIV; síndrome de imunodeficiência adquirida; profilaxia pós-exposição; masculinidade; identidade de gênero; pesquisa qualitativa

## ABSTRACT

Alvarez VS. *Masculinity and prevention: the nexus between men sexual practice and HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP)* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

As gender and health studies amplify, particularly about masculinities, some questions about HIV/aids prevention emerge. Those questions cover sociocultural constructs that promote vulnerabilities for masculine populations facing the epidemic. At the current scenario of epidemic, two things stand out when it comes to men: the epidemic concentrates itself between men who have sex with men (MSM) and the main transmission path is heterosexual. Control efforts of the epidemic in Brazil focus the infection early diagnosis and treatment, as well as combined prevention intervention. This last one can be described as management possibility among biomedical, behavioral and structural strategies; those present an alternative for the prevention of men condom use only. Among biomedical approaches, consent Post-Exposure Prophylaxis (SexualPEP) is an important strategy for this work, from a qualitative perspective, which the main goal was to comprehend how men build their identity configuration. This, regarding sexuality, social representation towards HIV/aids, reasons to seek SexualPEP, all things that characterize how men use an STD/HIV specialized service in São Paulo county. At this service, took place fifteen semi structured interviews with men. We chose to present the analysis and results in categories about social representations towards: 1) sexual experience, 2) HIV prevention and risk perception, and 3) knowledge and seeking for PEP. This study allowed us to realize how much the quest for health services, as well as strategies of HIV/aids prevention are related to matters of masculinities constructions of men about themselves and how they perceive being a man in this sociocultural context.

**Descriptors:** HIV/; acquired immunodeficiency syndrome; post-exposure prophylaxis; masculinity; gender identity; qualitative research

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>2. INTRODUÇÃO À TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO</b> .....	15
<b>2.1. Breve panorama do HIV/Aids no Brasil e o cenário atual da prevenção</b> 15	
<b>2.2. Os homens frente à epidemia e a relação com o cuidado</b> .....	21
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	25
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	26
<b>4.1. O que é ser homem? Gênero e masculinidade em questão</b> .....	26
<b>4.2. Masculinidade, percepção de risco e vulnerabilidade ao HIV</b> .....	34
<b>5. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	39
<b>5.1. Descrição geral da pesquisa e delineamento do recorte</b> .....	39
<b>5.2. Representações sociais como recurso metodológico à análise dos dados</b> 45	
<b>5.3. Interpretação dos dados</b> .....	48
<b>6. RESULTADOS E ANÁLISE</b> .....	50
<b>6.1. Caracterização dos sujeitos</b> .....	50
<b>6.2. A vivência sexual masculina</b> .....	57
<b>6.3. Percepção sobre o risco e prevenção</b> .....	65
<b>6.3.1. Conhecimentos sobre o HIV</b> .....	66
<b>6.3.2. O que se sabe sobre o risco?</b> .....	69
<b>6.3.3. De que maneira eu costumo me prevenir para o HIV?</b> .....	70
<b>6.4. Conhecimento e busca pela PEP</b> .....	73
<b>6.4.1. O que se sabe sobre a PEP?</b> .....	73
<b>6.4.2. Tomada de decisão pela PEP</b> .....	77

6.4.3. Percepção de uso de serviço .....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO I: Parecer Cosubstanciado do CEP.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO II: Roteiro entrevista para usuários de pep – Grupo <i>PEPSexual</i> .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO III: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>105</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), tive a oportunidade, através de um projeto de extensão, de entrar em contato com o cuidado voltado para as pessoas vivendo com HIV/Aids. Trabalhei com crianças que conviviam com o vírus em função de transmissão vertical e com seus cuidadores. A experiência ampliou meu desejo de estudar o tema e decidi que meu trabalho de conclusão de curso seria a respeito das representações sociais dos profissionais de saúde que trabalhavam com essa população a respeito da aids pediátrica. Ao final desse processo, me dei conta de que a minha experiência estava restrita ao campo da infância e das práticas dos profissionais no serviço de saúde. E, embora já existisse a vontade de continuar pesquisando, compreendi que, para ingressar no mestrado, eu deveria expandir meu conhecimento a respeito da temática do HIV e assim delimitar melhor meu objeto de estudo.

Fazer o Aprimoramento em Psicologia Clínica e Hospitalar em HIV/Aids no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) me pareceu ser um caminho no qual eu poderia conciliar essa vontade com a possibilidade de participar de um programa que articula a prática profissional com o ensino. Durante este período, atendi pessoas vivendo com HIV/Aids em UTI, em enfermaria e em ambulatório e, ao final da especialização, apresentei uma monografia sobre prevenção e conjugalidade entre prostitutas. Ao contrário da experiência que havia tido durante a graduação que ficara restrita a uma população específica, o aprimoramento permitiu que eu entrasse em contato com um panorama muito maior. Pensar e escrever sobre prostituição e atender majoritariamente homens durante este período despertou meu interesse para os estudos de gênero e foi neste momento que a minha questão de pesquisa começou a se desenhar. Embora seja sabido que os homens que fazem sexo com homens (HSH) tenham uma prevalência maior para o HIV, eu não estava convencida de que isso se devia apenas à questão da modalidade sexual praticada por este grupo. A minha escuta era de que o vírus era um fantasma que perseguia a questão da homossexualidade e da construção subjetiva do masculino.

Ao estudar a temática gênero e mais especificamente as masculinidades, entrei em contato com as produções da professora Márcia Thereza Couto, que dialogavam com as minhas inquietações, e a procurei com a proposta de realizarmos um trabalho que articulasse as representações sociais sobre HIV e as masculinidades. Ela então me convidou para participar da pesquisa chefiada pelo Alexandre Grangeiro, “*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*”, na qual ela era responsável pelo componente qualitativo do estudo. Integrar essa equipe de trabalho e participar de diversas etapas de discussão e operacionalização da pesquisa fizeram com que eu pudesse adensar meu conhecimento, e assim fazer um recorte temático no qual eu poderia discutir os interesses que minha experiência haviam despertado.

Paralelamente eu havia iniciado a minha clínica particular que, apesar de inicialmente não ter este objetivo, foi sendo composta por homens que vivem com HIV/Aids ou que desenvolveram uma fobia de contrair o vírus. A minha hipótese é de que a minha experiência atraía esse público que buscava não apenas um acolhimento para as suas angústias, mas também um profissional que tivesse familiaridade com as questões que envolvem o vírus. Nesse sentido, o desejo de realizar uma pesquisa que articulasse as questões de gênero, em especial das masculinidades, como componente fundamental na prevenção ao HIV, não apenas tinha respaldo nas demandas da saúde pública, como ferramenta de futuras intervenções, mas também buscava refletir sobre as questões que os homens traziam na minha prática clínica.

Debruçar-se sobre a epidemia da aids em um momento em que o Brasil, que antes era visto como uma referência no cuidado a pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), experimenta uma crise social, econômica e política é desafiador, pois implica em tentar superar o discurso biomédico vigente e fazer uma reflexão pautada no campo das construções sociais. Ao fazer uso da categoria ‘gênero’ para pensar na prevenção masculina ao HIV, procuro propor uma via de acesso ao tema que incorpore as questões que não podem ser quantificadas, mas que influenciam diretamente na maneira como os homens lidam com o cuidado em saúde.

Como dito anteriormente, este texto é o resultado de um recorte de uma pesquisa maior, portanto, o roteiro de entrevista aplicado visava um amplo leque de

interesses, o que exigiu uma leitura bastante atenta e crítica ao conteúdo explicitado pelos nossos sujeitos, para que a análise apresentada aqui correspondesse ao objetivo proposto. Participar de uma pesquisa multicêntrica possibilita uma visão ampla sobre o tema e um contato com as diversas nuances dele, mas também impõe limitações que impactam no desenvolvimento do trabalho individual e na homogeneidade da aplicação das entrevistas.

O presente trabalho é uma análise de entrevistas realizadas com homens que relataram ter vivido uma situação sexual de risco com homens ou mulheres e que buscaram a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEPSexual) em um serviço de saúde localizado na cidade de São Paulo. Este serviço é voltado para o atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids e para pessoas que desejam realizar exames sorológico para HIV, sífilis e hepatites virais, bem como fazer uso de profilaxia de emergência.

O texto da dissertação está estruturado da seguinte forma: na introdução traço um breve panorama da aids no Brasil, das novas tecnologias de prevenção ao HIV/aids e da relação homens-cuidado. Na sequência, são apresentados os objetivos. O tópico seguinte traz os referenciais teóricos e conceituais que norteiam o recorte do objeto, dos quais destaco as discussões sobre masculinidade e gênero, bem como o conceito de vulnerabilidade e a noção de risco. Na parte metodológica, apresento a descrição da pesquisa mais ampla e o recorte realizado para este trabalho. Neste tópico também ressalto os referenciais de análise dos dados, particularmente o das *representações sociais*.

## 2. INTRODUÇÃO À TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO

### 2.1. Breve panorama do HIV/Aids no Brasil e o cenário atual da prevenção

No começo da década de oitenta, nos EUA, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão de vigilância epidemiológica norte-americano, identificou um surto de casos de pneumonia e de Sarcoma de Kaposi na população de homens que faziam sexo com homens (HSH). Reconhecia-se a existência de uma epidemia causada por fatores desconhecidos, mas foi apenas em 1983 que a etiologia viral da aids foi aceita, dando início à identificação do agente viral que a causava (CDC, 2014). Devido à incidência predominantemente entre HSH, inicialmente suspeitou-se que houvesse relação entre a doença e a homossexualidade.

No Brasil, o primeiro caso de aids confirmado ocorreu em São Paulo, em 1982. Do início da epidemia até Junho de 2014 foram registrados 757.042 casos de aids, sendo 491.747 (65%) em homens e 265.251 (35%) em mulheres (Ministério da Saúde, 2014). Estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde demonstram que, ao fim de 2014, aproximadamente 781 mil pessoas viviam com HIV/aids no Brasil (PVHA), representando uma taxa de prevalência de HIV de 0,39%. Dessas pessoas vivendo com HIV/Aids, 83% (649 mil) foram diagnosticadas. Aproximadamente 80% destas foram vinculadas ao serviço de saúde em algum momento depois do diagnóstico; no entanto, apenas 66% continuaram retidas nesses serviços (Ministério da Saúde, 2015).

Mais da metade (52%) das PVHA estão fazendo uso do tratamento antirretroviral (TARV), sendo que 46% (356 mil) delas apresentaram supressão viral pelo menos seis meses após o início do tratamento. Considerando apenas PVHA em TARV, a proporção de supressão viral atinge aproximadamente 88% (Ministério da Saúde, 2015).

O último boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (2015) chama atenção para o fato de que, pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção por 100.000 habitantes caiu para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos (19,7/100.000). Com relação ao perfil da epidemia de

HIV/Aids no Brasil, o documento mostra que há uma concentração de casos em populações-chave que respondem pela maioria de casos novos do HIV em todo país, como gays e HSH, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo.

Com relação a esses grupos populacionais, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram taxas de prevalência de HIV de 10,5% entre HSH, 5,9% entre usuários de drogas injetáveis e 4,9% entre mulheres que trabalham com sexo. A prevalência de infecção pelo HIV entre tais grupos populacionais, quando comparadas à população geral (0,39%), é bastante significativa e revela uma situação de maior vulnerabilidade (Ministério da Saúde, 2014).

A epidemia do HIV/Aids é atravessada o tempo todo por obstáculos que estão diretamente relacionados com os efeitos que as hierarquias de classe, de raça, de gênero e de orientação sexual têm sobre as experiências sexuais das pessoas, e que irão determinar contextos de maior ou menor vulnerabilidade à doença e ao acesso à prevenção e ao tratamento (Grotz; Parker, 2015).

Para continuar falando do atual panorama do HIV/Aids é preciso que se faça uma contextualização do momento em que o Brasil está vivendo. Estamos atravessando a pior crise experimentada pelo país pós-democratização (Corrêa, 2016). Além de uma recessão econômica, enfrentamos severas distorções do sistema político, que fragilizam as instituições reguladoras construídas no processo de democratização. Não cabe a este trabalho fazer uma leitura política sobre este momento, mas ter em mente esses acontecimentos é fundamental para que se compreenda os motivos implicados no comprometimento da resposta brasileira ao enfrentamento do HIV/Aids. Em 1980, quando a epidemia eclodiu, o Brasil vivia uma efervescência democrática, o que possibilitou a construção de um Estado no qual as políticas sociais desempenhavam um papel significativo. A discussão das questões de gênero e sexualidade que se apresentavam como demandas dos movimentos sociais, ganharam corpo e passaram a ser pauta dos debates na esfera pública, e com isso foi possível estabelecer um diálogo no campo da prevenção que fez com que o país ganhasse destaque internacional quanto à resposta frente ao HIV/Aids (Corrêa, 2016). Estabelecemo-nos como referência para o mundo, ao fazer uso de uma linguagem progressiva e livre de preconceitos para falar com a população brasileira, em especial

com os grupos vulneráveis (Basthi, 2015). Hoje há uma reação conservadora quanto aos diversos cenários sexuais, a qual inibe e dificulta o acesso a tais populações (Basthi, 2015). Essa mudança se expressa através dos dados divulgados em 2014 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaid): entre 2005 e 2013 a quantidade de casos diagnosticados no mundo caiu para 27,5%, enquanto que no Brasil aumentou em 11% (Grotz; Parker, 2015)

No ano passado, comemoramos 20 anos de acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral (TARV) implantado no Brasil através da lei 9.313 de 13 de Outubro de 1996 (Ministério da Saúde, 2016). Essa medida causou importante impacto na morbimortalidade por aids (Fazito-Rezende et al., 2010), aumentando a sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids (Chequer et al., 1992; Marins et al., 2003); e com isso mudando o perfil clínico da aids, que passou a ser considerada uma doença crônica. Em dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4<sup>1</sup>, considerando a motivação do paciente (Ministério da Saúde, 2014). A implementação do tratamento como prevenção (TasP) tem sido reconhecida como uma das mais importantes medidas de saúde pública para o controle da transmissão do HIV (Wilson et al., 2010; Hull et al., 2014; Cohen et al., 2011; Montaner et al., 2010). Nesse contexto, o monitoramento clínico das PVHA, incluindo a cascata de cuidado contínuo, torna-se essencial para conhecermos os esforços necessários a maximizar os efeitos das intervenções e nortear as ações para conter o avanço da epidemia de HIV/Aids (Nosyk et al., 2014).

Por ser um método econômico e, portanto, de maior disponibilidade, o preservativo masculino foi promovido como estratégia preventiva dominante no campo da Saúde Coletiva. No entanto, após 30 anos da epidemia da aids no país,

---

<sup>1</sup> Quando uma pessoa tem o diagnóstico de HIV, a contagem de CD4, a percentagem de CD4 e a relação CD4/CD8 são usadas para avaliar o progresso da doença. Os linfócitos CD4 são o principal alvo do HIV, e seu número diminui com a evolução da doença. Como os CD4 são destruídos com maior rapidez que outros tipos de linfócitos, e as contagens absolutas variam a cada dia, é útil determinar o número de CD4 comparado com o de outros tipos de linfócitos. Com frequência, a contagem de CD4 é comparada com a contagem total de linfócitos, e os resultados são expressos como uma percentagem. Ou a contagem de CD4 é comparada com a contagem de linfócitos CD8, e o resultado é expresso em uma relação. A contagem e a percentagem de linfócitos CD4, assim como a relação CD4/CD8, avaliam o estado do sistema imunológico e o risco de complicações e de infecções debilitantes. Esses exames são usados juntamente com a carga viral do HIV, que mede a quantidade de vírus no sangue, para avaliar o progresso e o prognóstico da doença e a eficácia do tratamento (Labtestonline, 2011).

observou-se que nem sempre esta alternativa é viável e apropriada a todos os grupos, evidenciando algumas falhas na introdução desta estratégia no cotidiano das pessoas (Terto Jr, 2015). Dentre elas, a negligência em levar em consideração as especificidades da sexualidade das pessoas que o utilizam (Ferraz; Paiva, 2015).

Atualmente, os esforços para o controle da epidemia de HIV/Aids, no Brasil, estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das PVHA, bem como na implementação de intervenções de prevenção combinada. Os métodos preventivos incluem um amplo leque de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais que se colocam como alternativa ao discurso preventivo no contexto do HIV centrado no preservativo masculino (Gavigan et al., 2014).

Nesse sentido, o surgimento de tecnologias biomédicas eficazes para a redução da transmissão do HIV, como as profilaxias pré e pós-exposição sexual (PrEP e PEP), possibilitou um novo olhar sobre a adoção de estratégias de redução de riscos. Ou seja, parece que o mais adequado seria uma combinação de estratégias de prevenção para que os diversos aspectos relacionados à complexidade envolvida no processo de escolha pelo(s) método(s) de prevenção possam ser considerados, como o tipo de relação sexual, o parceiro envolvido, o acesso aos métodos de prevenção, as vulnerabilidades sociais – as construções sociais das masculinidades hegemônicas e subordinadas –, dentre outros. Afinal, as pessoas criam e escolhem modos de se prevenir de acordo com as situações e condições em que acontecem as experiências e encontros sexuais (Grangeiro et al., 2016).

Entre as abordagens biomédicas, a profilaxia pós-exposição sexual consentida (PEPSexual) se coloca como uma estratégia fundamental para este trabalho. A PEP nasceu no início dos anos 1990, época em que existia apenas o AZT<sup>2</sup> e alguns poucos antirretrovirais. As primeiras utilizações tiveram como alvo os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de laboratório) que acidentalmente se feriam com materiais perfurocortantes e ou que haviam entrado em contato com algum líquido corpóreo infectado pelo HIV (Ministério da Saúde, 2014).

---

<sup>2</sup> AZT (azidotimina) ou Zidovudina é um fármaco utilizado como antiviral, inibidor da transcriptase reversa (inversa). Indicado para o tratamento da aids e contágio por *Pneumocystis carinii*. Foi uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento da aids no Brasil. Atualmente é usado no tratamento de infecções por HIV, em associação com outros medicamentos anti-retrovirais. (Disponível em: [rnpvha.org.br](http://rnpvha.org.br)).

Em 1997, um pequeno estudo demonstrou que a administração de AZT, nesses casos, reduzia em 81% a probabilidade de transmissão do vírus. Apesar das limitações científicas desse estudo, a profilaxia medicamentosa da infecção pelo HIV tornou-se um procedimento aceito. Com o aparecimento dos novos antirretrovirais, a profilaxia ganhou mais eficácia e indicação nas situações de compartilhamento de seringas, de exposições ocupacionais e sexuais (Ministério da Saúde, 2014).

A PEP consiste na utilização de antirretrovirais dentro de 72 horas após a exposição sexual, durante 28 dias, como forma de prevenção, inibindo a replicação viral e a transmissão do HIV para todo organismo (Fernandez, 2015). Esta tecnologia existe desde 2007, mas foi apenas em 2010 que as diretrizes sobre seu uso foram atualizadas, incorporando a recomendação da utilização a partir do tipo de práticas sexuais e da prevalência do HIV em populações específicas (Ministério da Saúde, 2014).

No atual cenário da epidemia e das formas de prevenção combinadas, discutir PEP é debruçar-se sobre questões bastante controversas, já que ainda são incipientes os estudos sobre a introdução da PEP Sexual no cotidiano dos serviços de prevenção ao HIV/Aids. De um lado, pensa-se que a disponibilidade de tal recurso poderia desencadear um aumento do número de pessoas que adotam práticas sexuais desprotegidas, uma vez que alguns estudos identificam que os HSH que já fizeram uso da PEP têm maior probabilidade de relatar sexo de alto risco, em comparação com aqueles que não fizeram uso da PEP (Donnell et al., 2010).

Por outro lado, um estudo que teve duração de um ano, conduzido no condado de São Francisco (EUA) por Martin et al. (2004), mostra que a maioria das pessoas que faz uso de PEP não apresenta desinibição de comportamento sexual. Participaram dessa pesquisa 397 pessoas que procuraram pela profilaxia dentro de 72 horas após a exposição sexual e preenchiem os critérios para o uso da TARV. Dessas pessoas, 91% foram homens. Dentre eles, 92% tiveram uma exposição com outro homem e 18% com mulheres. Além disso, os participantes passaram por cinco sessões de aconselhamento, que foram realizadas no momento de busca pela PEP e após a primeira, a segunda, a quarta e a quinta semanas de tomada da TARV. Os resultados mostraram que a oferta do uso da PEP em casos de exposição sexual não provoca um encorajamento no comportamento de alto risco. No entanto, os pesquisadores reforçam

a questão de que a diminuição significativa no comportamento de risco estaria atrelada ao uso da PEP em conjunto com a estratégia de aconselhamento adotada pelo estudo. A combinação dessas duas medidas foi responsável para que 77% dos homens que tiveram práticas homossexuais terem diminuído seu comportamento sexual de risco nos seis meses seguintes após o uso da profilaxia.

Heuker et al. (2012), mais recentemente, chamaram atenção para a necessidade da combinação de mais de uma estratégia preventiva no atendimento às pessoas que buscam o uso da PEP Sexual. Em seu estudo, que ocorreu em Amsterdã e durou de 2000 a 2009, participaram 395 homens que fizeram uso da PEP em função de uma relação sexual de risco com outro homem. Os pesquisadores destacam duas questões importantes. A primeira delas é que a população estudada faz uma superestimação do risco, que se explicitaria no momento de busca da profilaxia ao relatar uma cena sexual com alguém sabidamente HIV+, já que assim teriam mais chances de receber a PEP. A segunda questão é que muitos homens que participaram do estudo acabaram soroconvertendo. Ou seja, o estudo revela uma espécie de contradição entre o comportamento preventivo e sexual, o que corrobora a ideia de que a prevenção deve ser cuidada em toda sua complexidade, levando em consideração o sujeito como ser sexual.

Neste sentido, as escolhas por quais métodos e que combinações tendem a se tornar ainda mais complexas, já que implicam em uma série de questões e dinâmicas socioculturais e psíquicas que devem ser consideradas tanto por pessoas, como por profissionais, assim como por tomadores de decisão na formulação de políticas e protocolos. A efetividade da prevenção do HIV depende do acesso e da utilização dos recursos preventivos e do reconhecimento dos arranjos sexuais possíveis de serem feitos visando reduzir as chances de infecção. Inclui também a percepção de risco em relação à aids, o desejo ou interesse por proteção, a disponibilidade de informação sobre os modos de prevenção e os custos associados a cada um, e ainda a capacidade individual de acionar este complexo conjunto de referências no momento da relação sexual (Grangeiro et al., 2016).

A grande diversidade de pontos de vista e achados dos estudos iniciais a respeito das questões que envolvem o uso da PEP Sexual é reflexo de um panorama bastante heterogêneo no que se refere à população que busca a profilaxia. Existem

importantes particularidades nos diferentes grupos populacionais – aqui em específico os homens – que não podem ser negligenciadas, uma vez que estão implicadas significativamente na relação do sujeito com suas práticas sexuais.

## **2.2. Os homens frente à epidemia e a relação com o cuidado**

Tratando-se dos homens, recorte populacional específico deste estudo, cabe iniciar este tópico trazendo o argumento de que é apenas nos anos 1980 que teóricos das ciências humanas nos EUA começaram a problematizar o papel masculino ideal como um dispositivo de alienação para os próprios homens e de desentendimento com as mulheres (Badinter, 1993). Os estudos a respeito das questões de saúde do universo masculino são bastante recentes e foram impulsionados por um contexto paradoxal. Se por um lado os homens desfrutam de maior poder social do que as mulheres, eles também são o grupo que apresentam maiores desvantagens em relação aos agravos em saúde (Couto; Gomes, 2012). No campo da saúde, a maneira pela qual se dá a socialização dos homens é especialmente problemática. Na medida em que ‘ser homem’ se constrói em oposição ao que é ‘ser mulher’ e que os comportamentos ligados ao autocuidado são associados ao universo feminino, movimentos masculinos em direção ao próprio cuidado em saúde poderiam ser interpretados como fragilidade na manutenção do papel social atribuído ao homem (Paschoalick et al., 2006; Gomes et al., 2011).

Quanto à epidemia da aids, podemos dizer que ela não se configurou apenas como um fenômeno médico, mas também social, que atingiu milhões de pessoas e trouxe impactos socioculturais relevantes (Terto Jr, 1996). O surgimento da epidemia no Brasil na década de 1980 coincidiu com o desenvolvimento de grave crise social, política e econômica. A atenção do governo estava voltada para processos políticos que visavam à construção de uma democracia e, por isso, agravos à saúde que acometiam parcelas maiores da população ganhavam destaque. O HIV/Aids era visto como uma doença limitada aos homossexuais, um segmento populacional circunscrito e marginalizado (Parker, 1994). Este cenário contribuiu para que o preconceito recaísse sistematicamente sobre os gays, e a aids fosse associada à noção de desvio,

sendo, até hoje, uma doença muitas vezes interpretada social e moralmente como um castigo (Sontag, 2007; Grotz; Parker, 2015).

À época, a problemática falta de investimento do governo brasileiro na formulação de estratégias de enfrentamento da epidemia abriu espaço para que surgissem diversas organizações não-governamentais (ONGs) preocupadas com o risco enfrentado pelos homossexuais e outras que se dedicavam exclusivamente à aids (Parker, 1994). Posteriormente, estas organizações desempenharam um papel fundamental para o tensionamento no campo do planejamento das políticas e de desenvolvimento de um Programa Nacional de Combate à Aids.

Os primeiros relatórios epidemiológicos elaborados nas Américas tiveram enfoque na transmissão do HIV entre homossexuais; porém, já revelavam um grande número de casos de aids entre homens que declaravam manter relações sexuais com homens e mulheres. Em 1984, 71% dos diagnósticos de HIV/Aids eram em homens homossexuais e bissexuais. Esse dado sugeria que o comportamento bissexual masculino poderia ser uma ponte de transmissão do vírus entre a população homossexual e a heterossexual (Parker, 1994).

Quanto às taxas de detecção de aids segundo o sexo, os dados do boletim epidemiológico de 2014 (Ministério da Saúde, 2014) mostram que, no período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. Neste período, a razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, chegou a ser de 15 casos de homens para cada 10 casos de mulheres. No entanto, a partir de 2009 começa a ocorrer uma diminuição na participação das mulheres nos novos casos e assim, em 2013, a razão passou a ser de 1,8. O documento mostra que, apesar do aumento da participação das mulheres no início da epidemia, nos últimos dez anos houve uma queda de 14% de casos de aids entre esse público.

Por outro lado, em relação aos homens as taxas de detecção de HIV/Aids apresentaram crescimento nos últimos dez anos. Em 2004, a taxa era de 25,8 casos para cada 100 mil habitantes, a qual passou para 26,9 para cada 100 mil em 2013 (Ministério da Saúde, 2014). É importante ressaltar que a razão de sexo apresenta diferenças regionais importantes na região Sudeste e Centro-Oeste, onde há 21 casos

masculinos para cada 10 femininos. No resto do país a relação é de 1,7 (Ministério da Saúde, 2014).

Em termos de categoria de exposição, nos últimos anos tem-se observado uma leve estabilização entre os casos de transmissão heterossexual entre os homens (53,4%). Mas ainda assim, a transmissão heterossexual se mantém como a mais importante via de transmissão do vírus. Esses dados corroboram a necessidade não apenas de considerarmos a participação dos homens no contexto da epidemia do HIV/Aids, mas também de que eles sejam focalizados nas campanhas de prevenção (Rebello et al., 2011)<sup>3</sup>.

Em 2001, o programa das Nações Unidas voltado para o HIV/Aids (UNAIDS), através de uma campanha mundial, já destacava questões a respeito do comportamento sexual masculino como um fator de risco tanto para os homens quanto para as mulheres e crianças, bem como o fato de que a saúde sexual dos homens não estaria recebendo atenção adequada pelos governos dos países (Rebello et al., 2011).

Amparados pelos significantes ‘força’, ‘coragem’, ‘potência’ e ‘resistência’ – valorizados pelo modelo cultural de masculinidade hegemônica –, os homens tendem a procurar os serviços de saúde quando existe algum sintoma ou uma intercorrência que consideram grave (Gomes et al., 2011). Os hábitos de prevenção não fazem parte do cotidiano masculino, o que, entre outros aspectos, contribui, para que os homens não frequentem espaços ligados ao cuidado em saúde (Guerriero et al., 2002; Marques Junior et al., 2012).

Com a ampliação dos estudos a respeito da saúde do homem, emergiram trabalhos a respeito da prevenção e disseminação do HIV/Aids que discutiam as construções socioculturais a respeito dos papéis masculinos como fatores de vulnerabilidade desses sujeitos frente à epidemia (Guerriero et al., 2002; Alves, 2003; Villarinho et al., 2002). Dentre esses fatores destacam-se: o início precoce da vida

---

<sup>3</sup>A prevalência do HIV entre a população homossexual é maior do que em heterossexuais. Dados do boletim epidemiológico dizem, no entanto, que a maior via de transmissão é a heterossexual. Ao pesquisar na literatura e entre pessoas que trabalham com o tema, surgiu a seguinte questão: quando é feita a notificação dos casos de HIV, é assinalado um campo de "orientação sexual", que pode ser ou não perguntado. Igual vemos ocorrer a respeito de raça/etnia no IBGE. Ou seja, às vezes isso é perguntado e às vezes a pessoa coloca o que compreendeu daquela situação. Ao mesmo tempo, como a orientação é auto referida, será que as pessoas conseguem de fato expressar sua identidade sexual, ou ainda se veem acuadas em função de preconceitos e de estigmatizações? O dado, portanto, tem grandes chances de ser enviesado.

sexual; a valorização da multiplicidade de parcerias sexuais; sexualidade desenfreada; prontidão sexual e homossexualidade (Taquette, Rodrigues, 2015).

Falar sobre saúde do homem requer, antes de tudo, fazer uso de posicionamentos teóricos que dialoguem entre si e que forneçam não apenas um olhar amplo sobre essa população, mas que também considerem suas particularidades. Esse movimento se coloca como imperativo para que não sejam reproduzidos discursos que reforcem ainda mais os estereótipos masculinos (Couto; Gomes, 2012; Marques Junior et al., 2012). Nesse sentido, identificamos como instrumentos significativos para a discussão o uso dos conceitos de gênero, de masculinidade, de vulnerabilidade e de prevenção.

### 3. OBJETIVOS

Diante do panorama apresentado, este trabalho tem como objetivo mais amplo compreender como os homens constroem aproximações e distanciamentos em termos das:

1. descrições das práticas afetivo sexuais vivenciada por eles no contexto de busca pela PEPSexual;
2. representações sociais quanto ao HIV e à aids, bem como quanto aos significados atribuídos ao risco de contrair HIV;
3. motivações a procurar a PEPSexual e, ao fazê-lo, como esses homens caracterizam o uso que fazem de um serviço especializado em DST/HIV e como vivenciam a experiência no protocolo da PEPSexual.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Após 30 anos de epidemia, a prevenção da infecção pelo HIV baseada no uso do preservativo em todas as relações sexuais tem se mostrado insatisfatória, já que os estudos mostram que pouco se avançou na reflexão a respeito de como essa estratégia impacta os diferentes grupos de homens, seja em termos de orientação sexual (hetero, homo e bissexuais), seja no que se refere às diferenças de pertencimento social, racial, etário e geracional que existem entre os homens (Leal et al, 2015). Por diferentes razões, muitas relações ocorrem sem este recurso de proteção. Desta maneira, nos últimos anos o discurso centralizado no uso constante e correto do preservativo, como a forma mais eficaz e efetiva de se prevenir ao HIV, foi colocado em discussão. Existe uma urgência de novas estratégias mais adequadas e compatíveis com a sexualidade e com os estilos de vida de cada sujeito. Já que o não uso do preservativo não significaria simplesmente efeitos de desinibição, negligência ou que o preservativo foi abandonado.

Nesta direção, o presente estudo se apoia em referenciais em articulação: gênero, sexualidade e vulnerabilidade. Busca-se, especificamente, relacionar como a construção das masculinidades conformam as vivências da sexualidade e impactam os contextos de vulnerabilidades dos homens.

##### 4.1. O que é ser homem? Gênero e masculinidade em questão

*ser homem é, antes de tudo, estar em uma posição que implica em poder*

Pierre Bourdieu

Nos anos 1970, o surgimento dos Movimentos de Liberação das Mulheres, de Liberação dos Gays e de Liberação dos Homens, nos EUA, viabilizou o início de uma consciência sobre a possibilidade de mudança nas relações de gênero (Connell, 1995). Em função da industrialização e das guerras, as mulheres começavam a sair dos espaços privados para ocupar os espaços públicos. Os movimentos feministas, por sua

vez, ganhavam cada vez mais força ao propor a atualização de papéis sociais (Silva, 2000). Este cenário tornava visíveis novas identidades sociais, provocando, em seu processo de afirmação e diferenciação, novas divisões sociais e o nascimento do que passou a ser conhecido como “políticas de identidades” (Louro, 2016).

Neste sentido, Silva (2000), em seu artigo *Masculinidade na História: a construção cultural da diferença entre os sexos*, coloca que o culto à masculinidade e a importância do não desvio da norma dos papéis sociais de homens e mulheres foram elementos fundamentais para um estado de decadência masculina, que impulsionou a necessidade de redefinição da masculinidade.

A noção de “papel masculino”, que consistia em um conjunto de atitudes e expectativas que definiam uma masculinidade apropriada, foi se esvaziando de sentido, uma vez que não permitia compreender as complexidades no interior da masculinidade, bem como suas múltiplas formas (Connell, 1995). Neste cenário, o conceito de gênero se colocou como perspectiva necessária para discutir esse novo panorama e assim eram inaugurados os estudos sobre gênero (Silva, 1999). Em função de, num primeiro momento, existir uma forte relação entre os estudos de gênero e os estudos sobre mulheres, ‘gênero’ chegou a ser utilizado como sinônimo de ‘mulheres’. Scott (1995) afirma que essa associação tinha um caráter político que dialogava com a preocupação dos estudos feministas em se legitimarem como um saber acadêmico. Entretanto, na medida em que as mulheres questionavam o seu papel de subordinação, propondo uma rediscussão dos papéis sociais impostos pela norma sexual, os homens tiveram sua posição colocada em cheque. Os estudos sobre o masculino, em décadas posteriores, constituem reflexo direto do avanço conquistado pelas mulheres (Silva, 1999).

A ideia de masculino e feminino se constituiu a partir de uma oposição. E, se o poder está na mão do homem, a superioridade dele é intrínseca ao simples fato dele ser homem, cabendo à mulher unicamente o lugar de inferioridade. Desta maneira, os significantes associados ao masculino se explicitam através da lógica da dominação e, portanto, de uma liberdade sexual na qual o outro, a princípio a mulher, é instrumento de satisfação do desejo. Porém, se por um lado o homem é o sujeito que tem sua constituição atrelada ao poder e, portanto, a uma série de regalias que resultam disso,

por outro lado, ele também é a figura que se apresenta de forma engessada e com possibilidades restritas de questionamento a respeito do seu lugar no mundo.

Neste sentido, é razoável dizermos que a maneira pela qual a identidade masculina se constrói faz com que os próprios homens acabem se tornando reféns de um modelo que exige, o tempo todo, uma manutenção do exercício de poder dado a eles (Badinter, 1993).

O ataque simbólico à identidade masculina é observado desde a primeira infância, uma vez que o cuidado com o bebê é do domínio do universo feminino. Se por um lado a menina constrói a sua identidade a partir de uma identificação com a mulher, o menino se implica nesse processo pela diferenciação (Badinter, 1993). Tal movimento irá requerer considerável investimento do menino, uma vez que, além de precisar construir uma identidade masculina pautada nos significantes associados à virilidade e à atividade, precisará estar em constante vigília para que a sua sexualidade em hipótese alguma seja associada ao feminino e, conseqüentemente, à fragilidade.

Ainda no que se refere a esse processo, Badinter (1993) diz que o menino deverá provar três vezes, convencendo a si e aos outros, de sua identidade masculina através dos seguintes elementos: ‘não ser mulher’; ‘não ser um bebê’ e ‘não ser um homossexual’. Ou seja, é preciso atravessar o universo feminino, em especial o cuidado feminino, para transformar-se em um homem. Para isso, se faz necessário um afastamento físico e a inclusão do menino em lugares públicos onde ele possa conviver com outros homens – primos, irmãos, tios, amigos – que irão assumir responsabilidade central na socialização destes, assim como na educação e na iniciação sexual (Parker, 1991). Nessa dinâmica de abandono do universo feminino e de identificação com o universo masculino, existem dois movimentos significativos que caracterizam a passagem ‘do menino para homem’ e que possuem quase um caráter pedagógico do que é ‘ser homem’ (Badinter, 1993). O primeiro deles, que se configura em uma das primeiras sanções feitas à socialização de gênero, é o uso de estratégias que garantam que o garoto não se torne homossexual, como, por exemplo, comparando de maneira pejorativa seu comportamento ao de um homem afeminado. O segundo movimento é o de incitar a vida sexual do menino, promovendo arranjos para iniciação sexual, oferecendo elementos que explorem o sexo (revistas, filmes, imagens), construindo e consolidando a figura da mulher – da passividade – como objeto de desejo sexual do

homem. No universo masculino, a vida sexual precoce é vista como saudável e positiva e é aceito que ela seja vivenciada de forma incontrollável.

Segundo Louro (2016), a sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos e convenções, dentre outros, que são processos profundamente culturais e plurais, e, portanto, não há nada de exclusivamente “natural” nesse terreno. É a cultura que define o que é “natural” ou não. Nesse sentido, a autora diz ainda que:

Os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros - feminino ou masculino - nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade - das formas de expressar desejos e prazeres - também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade (Louro, 2016, p. 11).

Na obra *Corpos, Prazeres e Paixões* (1991), o antropólogo americano Richard Parker teve como objetivo principal desvelar o mito do Brasil como um país sensual. Ao falar da complexidade das sexualidades atreladas ao erotismo desse mito, o autor revelou importantes contradições deste cenário, marcado por uma tradição patriarcal e por uma forte presença da religião católica.

Ao debruçar-se sobre a formação da cultura brasileira, Freyre (2003) apontou que o Brasil, em função de sua trajetória histórica marcada pela colonização europeia, se organizou a partir do ideal de família patriarcal, no qual o núcleo seria composto pelo patriarca, por sua mulher e pelos filhos legítimos. À margem dessa estrutura existiria um outro grupo de pessoas que se relacionaria com esse núcleo, através do patriarca, sendo ele constituído de amantes, de filhos ilegítimos, de escravos, de amigos, de clientes, dentre outros. Nesse sentido, é a figura do patriarca que, a partir do seu desejo, estabelece a relação entre o privado e o público, conferindo assim um poder ilimitado dentro do núcleo supracitado e tornando as relações entre suas figuras bastante hierarquizada e distante. Dentro de uma lógica de funcionamento no qual o poder quase absoluto do homem é legitimado, a maneira pelo qual o patriarca exercita esse poder pode ser inclusive através da violência.

É diante deste simbolismo da violência que podemos compreender de maneira mais clara as relações que se estabeleceram entre os homens e as mulheres no

Brasil, que, por sua vez, foram fundamentais para a maneira como os homens foram construindo não apenas a sua identidade, mas também a forma pela qual foram produzindo sentidos para a própria sexualidade.

A constituição do masculino, que tem raízes na tradição patriarcal, é desvelada a partir da linguagem cotidiana sobre os significados atribuídos ao masculino e ao feminino. É claro que a relação entre esses dois universos é de extrema importância para que possamos pensar nos homens, já que, como dito anteriormente, é nesta relação de oposição que muitos significados se criam. Para efeitos do trabalho em questão, iremos nos ater ao universo masculino e explorar as diversas dimensões de masculinidades, como elas se relacionam entre si e de que maneira a vivência da sexualidade é impactada por essas construções.

O patriarcado no Brasil parece produzir um tipo específico de homem cuja legitimação deste lugar se vincula ao exercício da sexualidade. Este construto irá nos ajudar a refletir sobre os paradoxos da sexualidade masculina que se configuram no cotidiano e no discurso dos homens.

Parker (1991) se utiliza da linguagem sobre o corpo para demonstrar de que maneira se dá a construção de gênero na nossa sociedade. Ele aponta que os termos empregados no cotidiano para se referir ao falo masculino – ‘pau, cacete, pica, porra’ – se referem a instrumentos de violência não apenas física – ‘mata a pau’, ‘dar um cacete’, ‘picar’/no sentido de morder – mas também através da fala – ‘dar um esporro’. Nesse sentido, o aparelho genital masculino é um estandarte de força e vontade que se coloca como elemento central no entendimento da masculinidade na vida do homem brasileiro. É neste contexto simbólico de força, de poder, de virilidade, de agressividade, de potência sexual e de dominação que, a figura do machão se coloca tão importante quanto as figuras do pai e do marido na construção do ideal de homem moderno. Qualquer falha ao reproduzir esse ideal é vista como uma alternativa negativa na edificação do que é ser um homem e é nessa ideia que irão se inserir como figuras contrastantes os homens homossexuais e aqueles que foram traídos por suas esposas – os ‘cornos’.

A ideia de homem homossexual se insere de maneira ambígua no cotidiano, uma vez que, apesar de se tratar de um corpo masculino, se associa ao papel passivo, já que é um corpo a ser penetrado. É, portanto, um corpo também feminino, gerando

uma poderosa carga emocional a respeito do seu papel sexual e de sua identidade. Segundo Taquette e Rodrigues (2015, p. 1184):

As relações homossexuais também são marcadas segundo este sistema de relações de gênero, podendo-se dizer que, pelo menos em princípio, são estruturadas sob um modelo machista. Baseada na hierarquia do gênero, por linhas de atividade e passividade. Os homens passivos ou efeminados assumem o papel simbólico das mulheres, estando sujeitos às formas de dominação.

As questões das posições *passivas* e *ativas* que se consolidaram na relação entre o homem e a mulher no contexto cultural brasileiro também servem para pautar a relação entre os próprios homens e, portanto, são referências que, por ora, consideramos pertinentes incorporar aos referenciais de análise. Como descrito no início deste capítulo, o lugar essencialmente masculino é aquele ligado a ‘ser ativo’, ainda que ele possa vir a se relacionar sexualmente com outro homem. A identidade masculina é preservada, uma vez que ele mantém sua posição de poder no contexto do ato sexual. Por outro lado, o homem que assume o lugar de ‘ser passivo’ durante o ato sexual tem sua virilidade – poder – cerceada por si e pelos outros homens, tornando-se uma mulher simbólica e por isso uma figura ameaçadora.

Existe um certo medo que permeia o universo masculino a respeito da manutenção de um tipo específico de sexualidade caracterizada pela dominação sobre o outro que é ameaçada tanto pela figura de outros homens como pela da mulher. Neste sentido, Parker (1991, p. 82) coloca:

No ridículo e no desgosto que tão frequentemente acompanham essas figuras, o homem brasileiro não é apenas um dominador inquestionado na ideologia patriarcal, mas também uma vítima potencial - constantemente aberto para o ataque simbólico, não apenas por outros homens, mas também por mulheres.

Gagnon e Simon (1973) afirmam que a sexualidade está sujeita à modelagem sociocultural e que, portanto, ela nos diz algo sobre a verdade de nossa cultura. Vance (1995, p.18) posteriormente afirmou que:

Dado o fato de que um ato sexual não carrega consigo um sentido social universal, segue-se que a relação entre atos sexuais e identidades sexuais não é uma relação fixa e que ela é projetada, a um grande custo, a partir do local e da época do observador para outros locais e épocas. As culturas fornecem categorias, esquemas e

rótulos muito diferentes para enquadrar experiências sexuais e afetivas.

O corpo biológico é o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível. No entanto, ela não se limita ao que se constrói no diálogo com as crenças, ideologias e imaginações de cada um (Weeks, 2016). Sexualidade e gênero são sistemas distintos, que se entrelaçam em muitos pontos. Tais pontos de conexão variam conforme a história e a cultura (Vance, 1995). Segundo o modelo de influência cultural proposto por Vance (1995), a cultura pode encorajar ou desencorajar a expressão da sexualidade, mas não ignora que existem fundamentos da sexualidade que são universais e biológicos, e nesse aspecto o núcleo da sexualidade é a reprodução. A construção do que é ‘ser homem’ se constrói pela ideia de atividade sexual intensa, e ser homossexual, heterossexual ou bissexual está relacionado ao significado erótico que o sujeito atribui à sua prática sexual e à forma como ele percebe os papéis de gênero em seu contexto (Mota, 1998). Muitos HSH, por exemplo, não se consideram homossexuais, pois avaliam que, em determinadas circunstâncias ou com determinadas pessoas, fazer sexo com um homem não é considerado uma prática homossexual. Os homens aprendem que a valorização da atividade sexual é o que legitima a identidade masculina e, nesse sentido, é importante desempenhar o papel de quem domina, e, portanto, ‘penetra’ o outro. Esses constructos possibilitam a formação de um cenário no qual o comportamento sexual privado do homem não é necessariamente o que ele constrói como identidade pública de sua sexualidade, tornando a prevenção ao HIV bastante complexa.

A obra *Masculinities: knowledge, power and social change*, publicada por Connell em 1995, é considerada um marco teórico importante no campo dos estudos sobre a masculinidade. O autor, a partir de um diálogo entre a psicanálise e as ciências humanas, centra-se na ideia de que o gênero e a sexualidade são constructos sociais e discursivos que interagem entre si (Carvalho Filho, 2008).

Quanto ao texto sobre a feminilidade do volume XXII das *Obras Completas* de Freud (2006), é especialmente importante, uma vez que é nele que Freud desenvolve a ideia de que a feminilidade e a masculinidade seriam posições psíquicas e qualidades mentais coexistentes e que, portanto, estariam presentes em homens e mulheres, e se distanciariam da concretude da diferença anatômica. Contudo, Connell

reconhece que mesmo sendo uma visão que tenta descolar a questão de gênero do sexo anatômico, ainda cede ao binarismo e às convenções dos estereótipos, sendo o ‘masculino’ um significante de atividade e o ‘feminino’ de passividade, fazendo referência inclusive à influência dos costumes sociais que “[...] compelem as mulheres a uma situação passiva”. A psicanálise contribui com a discussão na medida em que articula a relação entre os processos psíquicos, a dinâmica social e a mudança histórica, provocando uma reflexão a respeito dos sentidos atribuídos ao corpo e às possibilidades sociais.

Quanto às ciências sociais, principalmente em um diálogo intenso com Foucault, Connell se aproxima da questão do corpo sexuado como um dispositivo de poder e, nesse sentido, o corpo é essencial para a construção da masculinidade. Segundo Carvalho Filho (2008, p. 3):

Não há ‘o corpo’ mas corpos no plural e na diversidade, cada um deles com uma trajetória no transcursar do tempo. Através das práticas corporais e reflexivas, eles são tratados como o processo social e desenhados na história, transformando-se em símbolos, signos e posições no discurso sem cessar de serem corpos, pois sua materialidade não está apagada, ela continua importando.

Ao articular as concepções da psicanálise e das ciências sociais sobre o masculino e feminino, Connell (1995) coloca que as diferenças entre os gêneros e, por consequência, os comportamentos considerados masculinos, são fatores influenciados ao longo do tempo e do espaço. Tornando, assim, a concepção de gênero fluída.

Padrões tradicionais de masculinidade são tão predominantes que é comum que sejam tidos como ‘naturais’. Mas, na realidade, neles não há uma construção única do que seja masculinidade. O modelo hegemônico de masculinidade evoca aspectos de poder, sexualidade incontrolável e agressividade e, muitas vezes, são adotados como forma de se opor ao modelo considerado feminino. Connell (1995 p. 188) define masculinidade como sendo “uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”, e salienta que, normalmente, existem “mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade”. Dessa maneira, o mais adequado seria utilizar o termo “masculinidades” ao invés de “masculinidade”. Dentre os diversos modelos de masculinidades, existe um que se apresenta como “hegemônico”, e corresponderia a um ideal cultural de

masculinidade – estruturado a partir da heterossexualidade e da dominação –, enquanto os outros existiriam para manter relações de subordinação, de cumplicidade ou de marginalização em relação ao hegemônico (Connell, 1995).

Segundo Connell (1995) e Kimmel (1992, 1997), a masculinidade hegemônica gera um déficit em saúde, uma vez que essa maneira de ‘ser homem’ está ligada a comportamentos danosos que se desdobram em riscos significativos para o adoecimento, ainda mais porque tal masculinidade não é algo dado, mas algo que constantemente se procura conquistar; sendo, em muitos casos, inalcançável. E é como resultado disso que os homens reprimem suas necessidades em saúde, o que leva a identificar esse grupo como vulnerável aos agravos em saúde e, conseqüentemente, ao HIV. Deste modo, considera-se que os sujeitos homens, mesmo quando atualizam padrões de masculinidade hegemônica (o que, via de regra, resulta na subordinação de outros homens que se situam em escalas de poder e prestígio inferiores, bem como as mulheres), também podem sofrer pressões sociais para a atualização do padrão hegemônico de masculinidade que geram riscos à infecção pelo HIV.

#### **4.2. Masculinidade, percepção de risco e vulnerabilidade ao HIV**

Connell (1995, p. 189) afirmou que:

O gênero é, nos mais amplos termos, a forma pela qual as capacidades reprodutivas e as diferenças sexuais dos corpos humanos são trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico. No gênero, a prática social se dirige aos corpos. Através dessa lógica as masculinidades são corporificadas, sem deixar de ser sociais. Nós (os homens) vivenciamos as masculinidades (em parte) como certas tensões musculares, posturas, habilidades físicas, formas de nos movimentar, e assim por diante.

Braz (2007) argumenta que é mais difícil ‘construir’ um homem do que uma mulher em função das particularidades pelas quais o gênero masculino é constituído durante toda a vida no processo de construção de sua identidade e subjetividade. Segundo a autora o homem sofreria sucessivas ameaças à sua constituição biológica, física, psicológica e sociocultural. O esforço contínuo necessário ao homem para que ele possa construir-se como tal, conferiria a ele uma fragilidade psíquica que se

manifestaria no corpo através de uma maior vulnerabilidade (Badinter, 1993). Ainda nesse sentido, observamos que as inúmeras exigências relativas à constante questão de gênero que perpassa a conduta e os hábitos masculinos produzem modos de viver, mas também modos de adoecer e morrer (Braz, 2007). Nesse sentido, a trajetória da epidemia do HIV/Aids está estreitamente ligada às construções socioculturais da masculinidade hegemônica, uma vez que os sentidos atribuídos pelos homens ao cuidado com si, e conseqüentemente com a prevenção, o coloca em um lugar de vulnerabilidade frente ao vírus.

A aids surgiu como uma doença capaz de estigmatizar e de gerar "identidades deterioradas" Segundo Sontag (2007, p. 89), "toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença como o próprio mal, uma doença que torne culpadas suas 'vítimas'". Apesar do uso de drogas injetáveis ser uma importante via de transmissão do vírus, a transmissão sexual é a que mais povoa o imaginário social e a que provoca discussões acaloradas. Parece existir uma ideia de que uma vez que a doença é transmitida através da prática sexual, e está atrelada ao desejo, ela implicaria maior culpabilidade (Sontag, 2007).

No texto *O Corpo e a Sexualidade* (2016), Weeks afirma que a aids, mais que uma doença, é uma metáfora para a nossa cultura sexual, na medida em que traz à tona nossa ansiedade sobre nossos corpos e nosso sexo, reforçando o fantasma de sermos punidos por uma certa liberdade sexual conquistada nas décadas de 1960 e 70. Para Sontag (2007, p. 97):

Contrair aids equivale precisamente a descobrir – ao menos na maioria dos casos até agora – que se faz parte de um determinado 'grupo de risco', uma comunidade de párias. A doença expõe uma identidade que poderia ter permanecido ocultada de vizinhos, colegas de trabalho, familiares e amigos. Ao mesmo tempo, confirma uma identidade, e, no grupo de risco mais atingido nos Estados Unidos num primeiro momento, o dos homossexuais masculinos, chegou a dar origem a uma comunidade, bem como a uma experiência que isola e expõe os doentes a discriminações e perseguições.

Sendo assim, é inevitável não pensarmos em uma imagem na qual a aids seria o "castigo" dado aos homossexuais por se autorizarem a sustentar o próprio desejo. E, nesse sentido, é impossível não dialogar com a relação entre os homens e a vulnerabilidade ao HIV. A autora afirma ainda que não há uma evolução de definições,

de crenças ou de comportamentos sexuais, mas uma história que é modelada por relações de poder, que envolvem atravessamentos de gênero, de classe e de raça, e que operam por meio de dispositivos religiosos, legais, médicos, pedagógicos e psicológicos. Forças de resistência, como os movimentos gays, surgem como reação à tentativa de controle e discriminação que resultam das interpretações criadas sobre a sexualidade. É por meio deste embate que códigos e identidades sexuais vão sendo forjados.

O conceito de vulnerabilidade tem sido usado como um referencial para a interpretação da epidemia da aids desde a década de 1990 e dialoga intensamente com os direitos humanos (Brignol et al., 2015). A vulnerabilidade se propõe a olhar a pessoa levando em consideração um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos relacionados à maior suscetibilidade ao vírus, bem como à menor disponibilidade de recursos para a sua proteção (Ayres et al., 2012).

Estudos nacionais e internacionais (Brignol et al., 2015; Cáceres et al., 2008; Pando et al., 2012; Clark et al., 2008; Deiss et al., 2008) evidenciam que altas prevalências de HIV e outras DSTs em HSH não ocorrem apenas em função de fatores biológicos, mas também em função de aspectos da vida social, de saúde mental, de experiências afetivas e de outras muitas construções subjetivas. Além disso, a literatura chama atenção para o fato de que a identidade sexual se encontra associada às práticas sexuais de risco para infecção por HIV (UNAIDS, 2013; Deiss et al., 2008; Beyer et al., 2012; Berry et al., 2012), ao estigma (Mizuno et al., 2012) e também à infecção pelo HIV (Beyrer et al., 2016; Baral et al., 2011).

Fazer prevenção, muitas vezes, é desafiador. O uso do preservativo ainda é o método mais seguro e barato de evitar a infecção, mas nem sempre é promovido adequadamente e, portanto, adotado pelos segmentos mais expostos ao vírus. Existem contextos de vida e de relações afetivo/sexuais nos quais nem sempre há espaço para a adoção de medidas de prevenção.

Ainda faltam estudos que considerem os homens como sujeitos concretos e dotados de forma singular de construir e de vivenciar as masculinidades em contextos socioculturais particulares, e que seguem diferentes marcadores sociais, como geração, orientação sexual, classe, raça/etnia, entre outros.

As construções socioculturais da masculinidade hegemônica contribuem na forma como os sujeitos atribuem sentidos à prevenção, pois, este referencial torna-o mais vulnerável na medida em que diminui sua percepção acerca da suscetibilidade à infecção pelo HIV (Marques Junior et al., 2012).

Estudos mostram que, com o uso e expansão da terapia antirretroviral (TARV), a partir da década de 1990, as atitudes e comportamentos relacionados à gestão de risco entre os homens homossexuais HIV-negativos vêm mudando. A evolução dos medicamentos envolvidos na TARV proporcionou uma vida mais longa e de maior qualidade para as pessoas vivendo com HIV/Aids, diminuindo o medo das consequências de comportamentos sexuais de risco (Chen et al., 2003; Halkitis et al., 2004; Elford, 2006; Kalichman et al., 2007). Segundo Gomes et al. (2011): Os medos sexuais masculinos que circulam no imaginário social podem afetar a sexualidade dos homens. Isso não significa que esses medos afetem a todos os homens ou que afetem de mesma maneira aqueles que por eles são influenciados.

Dentre os medos destacados pelos autores, existe um destaque para a homofobia. Ela seria explicada a partir do eixo da heterossexualidade, que institui a heteronormatividade entre os gêneros. Nesse sentido, além do homem ser definido através do aparelho genital masculino, ele deve atestar seu desejo sexual pelo sexo oposto. Dessa maneira, os homens de sexualidade não heterocentrada são considerados “anormais”, sendo comparados às mulheres e denominados de “passivos” ou “inferiores”.

Ao mesmo tempo em que a homofobia gera um sofrimento nos homens que sentem desejo por outros homens, ela produz medo nos homens considerados “normais”, levando-os a interditar partes do próprio corpo (nádegas e ânus), a sentir desconforto ao ter uma relação sexual com uma mulher que assume um papel mais ativo e a recusar receber demonstrações afetivas de outros homens, ainda que sejam não sexuais.

Outra questão importante que merece atenção é o medo dos homens de não conseguirem ter ou manter uma ereção. Vinhal (2009), em pesquisa realizada no Brasil com 10 mil homens, de 19 cidades diferentes, aponta que a falta de ereção é um dos quatro maiores temores do homem brasileiro. Esse dado corrobora o modelo hegemônico de masculinidade no qual a “dominação” é um eixo importante. No contexto da prevenção ao HIV e a outras DSTs, Rebello e Gomes (2009) apontam que

interromper a relação sexual para colocar o preservativo ainda é motivo de angústia para parte homens, pois estes temem perder a ereção, o que poderia ser interpretado como uma falta de virilidade.

Essa discussão é importante para pensarmos como os medos masculinos influenciam fortemente a prevenção e promoção de saúde no campo da saúde sexual masculina. A prevenção ao HIV entre os homens heterossexuais e os HSH, em função de todo o panorama construído socialmente do que é ser homem, deve ser pensada considerando-se as especificidades envolvidas na maneira em que cada grupo entende e vivencia a própria sexualidade.

## 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A seguir apresento os recursos metodológicos aqui utilizados. Para isso, começarei descrevendo o contexto mais amplo da pesquisa, do qual este trabalho deriva, e posteriormente explanarei sobre o recorte do objeto desta dissertação, em termos do processo de produção dos dados empíricos, e, finalmente, sobre os referenciais de análise utilizados na interlocução com os dados produzidos no campo.

### 5.1. Descrição geral da pesquisa e delineamento do recorte.

Este trabalho deriva da pesquisa “*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*”. A pesquisa mais ampla se caracteriza como um estudo de efetividade que comporta três componentes, sendo dois epidemiológicos e um qualitativo. Os componentes epidemiológicos analisam o grau de proteção contra a infecção pelo HIV oferecido pela profilaxia pós-exposição sexual (PEPSexual) (componente 1) e os efeitos compensatórios da PEP sexual nas práticas sexuais, o grau de proteção oferecido pelo uso combinado de métodos preventivos (profilaxias pré- e pós-exposição sexual, preservativos, uso do teste anti-HIV e outras práticas mais seguras), comparando-o ao uso exclusivo de métodos tradicionais (preservativos e práticas mais seguras) (componente 2). O componente qualitativo (componente 3), do qual este projeto se origina e se constitui como um recorte, tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde e as motivações dos indivíduos para a escolha dos métodos preventivos. O estudo mais amplo aconteceu em cinco serviços das seguintes cidades: Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Ribeirão Preto e Fortaleza, sendo esta pesquisa de mestrado circunscrita ao serviço de São Paulo.

No processo de construção da operacionalização da pesquisa mais ampla, que teve o serviço de São Paulo como piloto para os outros campos, para os levantamentos bibliográficos e para a análise do banco de dados RedCap (que contém os dados relativos a todas as pessoas que fizeram uso da PEP no Serviço), avaliei que existia

um cenário a ser explorado no que se refere à relação entre os homens, sua sexualidade e o uso da Profilaxia Pós-Exposição, uma vez que cerca de 91.1%<sup>4</sup> dos atendimentos realizados envolvem homens.

O componente 3 do projeto mais amplo e o recorte aqui apresentado definem-se enquanto pesquisa qualitativa e buscam aproximações sucessivas da realidade, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado (Minayo, 2005). Esse tipo de investigação trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e se adequa a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna. Minayo (2005) diz que a abordagem qualitativa não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado, dado que tem como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade.

O universo não passível de ser captado por hipóteses perceptíveis, verificáveis e quantificáveis é o campo das pesquisas qualitativas. A imersão nas esferas da subjetividade e do simbolismo, firmemente enraizadas no contexto social do qual emergem, é condição essencial para o seu desenvolvimento. Através dela, consegue-se penetrar nas intenções e nos motivos, a partir dos quais ações e relações adquirem sentido. Sua utilização é, portanto, indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo. Chizzotti (1991) cita como características da investigação qualitativa a imersão do pesquisador nas circunstâncias e no contexto do estudo; o mergulho nos sentidos e nas emoções; o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto.

Uma crítica constante à abordagem qualitativa é aquela que diz respeito ao rigor do método utilizado, ou seja, à problemática da validade e da verificação nas

---

<sup>4</sup> Consulta feita à base de dados RedCap em fevereiro de 2014.

ciências sociais, em outras palavras, da questão da cientificidade e da suposta fragilidade da pesquisa qualitativa nesta esfera. Embora se aceite que a produção intelectual é sempre um ponto de vista a respeito do objeto, Demo (1995) levanta critérios de cientificidade internos e externos para que um trabalho seja considerado científico e, neste sentido, tais critérios constituem as bases sobre as quais o presente estudo se apoia.

Quanto aos critérios internos, há a coerência, a consistência, a originalidade e a objetivação. A coerência significa a argumentação lógica, concatenada: premissas iniciais, construção do discurso e conclusões congruentes entre si. A consistência refere-se à qualidade argumentativa do discurso. A originalidade diz respeito a uma produção inovadora, que permite o avanço do conhecimento. A objetivação é o conceito que diz sobre a tentativa de reproduzir a realidade o mais próximo possível do que é, ou seja, expressa a busca de uma aproximação cada vez maior ao objeto que se pretende estudar e compreender. Minayo (2005) diz ainda que admitir que o trabalho científico pressupõe a cooperação de numerosos esforços individuais, e que submeter o produto do conhecimento à interface das discussões entre pares da academia e com os grupos sociais que constituem a tessitura real do objeto indicam somente que a pluralidade de perspectivas permite lançar diferentes focos de luz a respeito do objeto estudado e não que a verdade seja o resultado dos pontos de vista dos vários estudiosos. A autora acrescenta ainda que a comparação seria um dos recursos utilizados para tornar mais universal o saber sobre determinado grupo cultural.

Segundo Spink (1993, 1995), quando se fala em objetividade na pesquisa qualitativa, dois elementos são considerados: a fidedignidade e a validade dos resultados obtidos. Essa última questão pressuporia realidades e concepções únicas. A pesquisa qualitativa não tem a pretensão de ser representativa no que diz respeito ao aspecto distributivo do fenômeno e, se alguma possibilidade de generalização advier da análise realizada, ela somente poderá ser vista e entendida dentro das linhas de demarcação do vasto território das possibilidades.

No desenho metodológico desta pesquisa, tomou-se como referência de técnica de produção de dados a entrevista semiestruturada.

Previamente à realização da pesquisa de campo, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada com usuários (ANEXO I). O roteiro de entrevista com usuários buscou explorar questões a respeito do conhecimento desses sujeitos sobre a PEP, o contexto de busca por essa tecnologia, a relação com o serviço e com o uso da profilaxia, assim como a percepção de risco e o gerenciamento feito por esses homens. Com isso, pretendeu-se investigar a relação entre a prática sexual dos homens e a PEP, tendo como foco as dimensões de gênero, de sexualidade e de vulnerabilidade implicadas na maneira pela qual esses homens gerenciam o próprio risco ao HIV, no contexto da PEP.

Tendo em vista que esta pesquisa faz parte de um contexto mais amplo, a execução das entrevistas foi feita por mim em conjunto com diversos pesquisadores, totalizando um grupo de cinco pessoas experientes e devidamente capacitadas que se revezaram durante os períodos de atendimento de retorno à PEPSexual no serviço pesquisado.

Foi importante que esse trabalho fosse feito de forma coletiva, uma vez que o serviço funciona das 8:00 às 20:00 e engloba cinco espaços físicos, compostos por: 1) recepção central – que é a porta de entrada do serviço, na qual as pessoas que procuram a PEPSexual são orientadas em direção ao local de atendimento –; 2) recepção do CTA (Centro de Treinamento e Aconselhamento) – no qual o usuário retira uma senha e em seguida é feita uma primeira triagem, que verifica se o usuário está dentro das 72 horas necessárias para que ele entre no protocolo de atendimento da profilaxia –; 3) CTA – local no qual o usuário realiza boa parte do protocolo de atendimento e que irei detalhar em breve –; 4) farmácia – onde é feita a retirada de medicamento para os 28 dias de tratamento –; 5) ambulatório – local no qual é feito o agendamento do retorno ao serviço.

Como dito anteriormente, o CTA é o local no qual ocorre a maior parte do atendimento aos usuários de PEPSexual. As etapas consistem em acolhimento, aconselhamento, realização de exames (teste da saliva, hemograma, exame de urina, e exames de DSTs e hepatites virais), tomada da primeira dose da medicação quando o teste de saliva der negativo e por fim consulta com o médico.

O serviço em questão é uma referência no atendimento de DST/Aids no município de São Paulo e por isso recebe diariamente uma demanda considerável. Tal

demanda é composta por usuários matriculados e que, portanto, fazem o acompanhamento no local, bem como por pessoas que procuram o serviço apenas para a realização do teste de HIV, que pode ser feita através do teste rápido ou do exame de sangue. Nesse sentido, foi observado que, apesar desta significativa demanda, o atendimento de PEPSexual, por ter uma prioridade, tinha duração total de cerca de duas horas. Os participantes desta pesquisa foram homens, acima de 18 anos, expostos ao HIV por meio de relações sexuais consentidas (com outros homens ou com mulheres), que buscaram o serviço e foram incluídos nos critérios necessários para fazer uso de PEP. Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: 1) ter mantido, nos últimos 30 dias, relações sexuais com indicação para o uso de PEP, conforme definido nas recomendações do Ministério da Saúde; 2) ter teste negativo para o HIV no momento em que procurou o serviço de saúde para utilizar PEP, quando a exposição ocorreu nas últimas 72 horas; 3) não ter utilizado a PEP para a reprodução assistida ou por exposição ocupacional, nos últimos 30 dias; 4) ter manifestado consentimento em participar do estudo, por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II). Durante os primeiros dias de trabalho de campo e de convite aos usuários a participarem da pesquisa, notou-se que o momento de busca pela PEPSexual é marcado, na grande maioria das vezes, por uma ansiedade de resolução do conflito causado pela possibilidade de soroconversão ao HIV. E que, portanto, realizar as entrevistas neste momento poderia enviesar a narrativa dos usuários. Nesse sentido, optou-se por realizar as entrevistas em algum dos momentos nos quais estes sujeitos retornam ao serviço<sup>5</sup>.

O retorno ocorre no ambulatório que é o mesmo espaço físico no qual os usuários matriculados e em tratamento realizam seu acompanhamento. Este atendimento é feito por três profissionais, sendo dois profissionais médicos e um da enfermagem. Além desse atendimento de retorno de PEPSexual, estes profissionais também realizam o atendimento de retorno de pessoas que fazem uso da profilaxia por

---

<sup>5</sup> Aqui devemos fazer dois esclarecimentos. O primeiro deles é que o protocolo de atendimento de PEP prevê que o usuário retorne ao serviço nos seguintes momentos após o primeiro atendimento: 10/15 dias; 1 mês; 3 meses e 6 meses. Assim, as entrevistas ocorreram em algum desses momentos. Não houve homogeneidade entre os momentos para o dia da aplicação do instrumento da pesquisa. O segundo esclarecimento é de que apesar de avaliarmos que era possível que as entrevistas feitas no dia da busca da PEP fossem enviesadas, optamos por incluí-las no nosso trabalho, pois se entendeu que elas traziam contribuições importantes para a nossa discussão e colaboravam para que fosse atingido o critério de saturação.

acidente ocupacional. Logo a agenda é mista entre esses dois públicos e a abordagem dos usuários de PEPSexual só foi possível através da colaboração dos profissionais que, durante a atividade com o paciente, comunicavam sobre a pesquisa e indicavam a presença de pesquisadores na sala de espera. Os usuários que se dispunham a conversar com os pesquisadores e a conhecer detalhes da pesquisa se dirigiam a uma sala na qual eram informados sobre os objetivos da pesquisa e em seguida sobre o TCLE. De maneira geral os usuários foram bastante receptivos à nossa abordagem. As poucas recusas que ocorreram eram justificadas sob o argumento da não disponibilidade de tempo para permanência no serviço. É importante lembrar que existe uma taxa significativa de não comparecimento ao atendimento de retorno, o que dificultou essa etapa de campo da pesquisa. Irei discutir mais adiante algumas hipóteses para essa baixa assiduidade nas consultas de retorno.

A princípio foi estimado que seriam entrevistados vinte homens, sendo dez heterossexuais e dez que fazem sexo com outros homens. No entanto, durante a captação dos entrevistados, se apresentaram alguns problemas. O primeiro deles foi o fato de que muitos pacientes não comparecem aos atendimentos de retorno. Houve dias em que, nos períodos definidos como retorno de PEP (segunda-feira das 9:00 às 12:00 / quarta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 19:00 / quinta-feira das 13:00 às 16:00), não comparecia nenhum usuário para a consulta. Em conversas informais com os profissionais responsáveis por estes atendimentos sobre esse cenário, a fala deles era de que isso era bastante comum. Tive a percepção de que esse comportamento era esperado por eles e de que, portanto, não havia surpresa relacionada a tais faltas.

O segundo problema que se apresentou foi o de que os homens autodeclarados heterossexuais, além de comparecerem em menor número, se mostraram mais resistentes a participar das entrevistas. Penso que essa atitude está relacionada ao forte estigma do HIV em sua associação à homossexualidade.

Diante desse cenário e do fato de que não seria viável continuar fazendo o campo por mais tempo foi necessário avaliar o material presente nas entrevistas e ponderar se ele já apresentava saturação. Obtivemos um resultado final de 15 homens entrevistados, sendo: 3 heterossexuais, 8 homossexuais e 4 bissexuais.

Quando falamos de amostragem intencional, como é nosso caso, nos deparamos com algumas perguntas. A primeira delas é: quem selecionar? A resposta

a isso se dá exatamente no momento em que é feito o delineamento da pesquisa. No nosso caso, homens que mantiveram relação sexual desprotegida com homens e mulheres, e que no período de 72 horas após essa relação fizeram busca pela PEP e cumpriram os requisitos necessários para participar do protocolo de atendimento.

A segunda pergunta é: quantos sujeitos devemos selecionar? Embora esta resposta não esteja dissociada da questão anterior, ela se coloca como algo secundário, uma vez que o que nos interessa em uma pesquisa qualitativa é a forma como os sujeitos representam a experiência vivida e a qualidade das informações obtidas através das entrevistas realizadas (Fontanella et al, 2008). É importante que a amostra final apresente um conteúdo consistente a respeito das diversas dimensões implicadas no contexto a ser estudado, no nosso caso, a percepção de risco e a busca pela PEP, e por isso, nesse contexto, a representação estatística é de menor importância.

Em síntese, a delimitação amostral foi feita seguindo o critério de saturação, no qual o pesquisador, através de uma análise contínua do material obtido nas entrevistas, avalia que existe pouca informação substancialmente nova sendo produzida, havendo reincidência de sentidos (Patton, 1990). Na realidade, a saturação se dá quando o pesquisador reconhece que alcançou os sentidos manifesto e latente das falas dos entrevistados, sendo a saturação decisão do próprio pesquisador.

Tendo em vista os conceitos de amostra intencional e saturação explicitados entendeu-se que embora o total de entrevistas não estivesse de acordo com o que se pretendia inicialmente, o critério de saturação havia sido cumprido, e que, portanto, poderíamos fazer uso do material obtido como forma de nos aproximarmos da realidade a ser investigada.

## **5.2. Representações sociais como recurso metodológico à análise dos dados**

A ideia da doença como um castigo coletivo é a mais antiga explicação para a causa das patologias. No entanto, ser acometido por uma enfermidade não estava atrelado, necessariamente, a uma vergonha. Foram a lepra e a sífilis que posteriormente inauguraram esse aspecto, pois acarretavam transformações no corpo que passavam a ser vistos como repulsivos. A sífilis, no entanto, tinha um caráter diferente, pois era sexualmente transmissível. Esta via de infecção é encarada pela

maioria das pessoas como um mal do qual a própria vítima é culpada em função dos seus excessos sexuais. Mas enquanto a sífilis conseguiu ganhar uma reputação positiva, sendo associada à atividade mental intensa em decorrência de muitos artistas e escritores notáveis (Baudelaire, Maupassant, Jules de Goncourt e Flaubert) terem terminado a vida num estupor sifilítico, chegando-se a acreditar que as lesões cerebrais causadas pela neurosífilis pudessem constituir uma fonte de originalidade no pensamento ou na arte, a aids foi associada ao escândalo, uma vez que se vinculou ao sexo gay, e portanto às perversões sexuais (Sontag, 2007).

No caso da aids, o que estava em destaque não era a promiscuidade, ou pelo menos não a perversão em si. O que se colocava de maneira exposta era uma determinada prática sexual considerada antinatural e por isso, perigosa (Sáez; Carrascosa, 2016).

Ao propor o termo ‘representação social’, ou ‘representação coletiva’, Durkheim estava interessado em enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento coletivo (Herzlich, 1991). Para o autor, a representação coletiva não seria apenas a soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. Ela é uma realidade que se impõe a esse sujeito, e acrescenta:

as formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conformam-se a elas. São coisas que têm existência própria. O indivíduo as encontra formadas e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são (Durkheim, 1999, p. 94).

Neste sentido, as categorias básicas do pensamento possuem sua origem na sociedade, e o conhecimento só pode ser encontrado na experiência social, ou seja, a vida social é a condição de todo pensamento organizado.

As representações coletivas designam um conjunto que engloba conhecimentos, crenças, mitos, religião, ciência, entre outras coisas. Durkheim, em sua obra *As regras do método sociológico* (1999), propôs, como condição essencial na elaboração do conhecimento, a formação de conceitos com origem nas características da vida na coletividade, que são repartidos pelos membros do grupo. Para o sociólogo, a individualidade humana se constitui a partir da sociedade. Uma função primordial da representação coletiva seria a transmissão da herança coletiva dos antepassados,

que acrescentariam às experiências individuais tudo o que a sociedade acumulou de sabedoria e de ciência no passar dos anos.

É nessa questão que Moscovici diverge de Durkheim e acrescenta novos elementos à elaboração do conceito de representação social. Para ele, não é apenas uma herança coletiva dos antepassados que é transmitida de maneira determinista e estática. O indivíduo tem papel ativo e autônomo no processo de construção da sociedade, da mesma forma que é criado por ela. Ele também tem participação na sua construção. As representações sociais são “um conjunto de conceitos, frases e explicações originadas na vida diária durante o curso das comunicações interpessoais” (Moscovici, 1981, p. 156).

As representações são fenômenos sociais que têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam. Assim, o que é real para uma determinada cultura pode não ser para outra. O conhecimento classificado como verdadeiro pode ser visto diferentemente por categorias profissionais distintas. Conhecimento e realidade deverão ser compreendidos dentro de contextos sociais específicos e suas relações analisadas a partir destes contextos. A importância dessas disciplinas, para as representações sociais, se dá pelas diferenças observadas entre as sociedades em termos daquilo que é admitido como conhecimento. Jodelet (1988) afirma que as pessoas constroem representações sociais como uma forma de dominar, compreender e explicar os fatos e as ideias que preenchem o universo da vida. Este tipo de conhecimento prático dá sentido à realidade cotidiana. Isto pode ser captado nos processos de formação das representações sociais que são a ancoragem e a objetivação. Na ancoragem, a representação vai buscar a matriz onde se inserir, entendendo-se por matriz o sistema de pensamento social preexistente que dá sentido à representação. Já a objetivação concretizaria em imagens aquilo que é abstrato e distante. É preciso ressaltar que a representação social se forma com o objetivo de dar um sentido para aquilo que é estranho e novo.

A partir das considerações acima, justifica-se a escolha metodológica de caráter analítico do material produzido na pesquisa empírica: as representações sociais, tal como tratadas por Serge Moscovici.

Moscovici (1985) definiu a Psicologia Social como a ciência do conflito entre o indivíduo e a sociedade. O indivíduo só existe dentro da rede social e toda sociedade é resultado da interação de milhares de indivíduos. Segundo o autor, os fenômenos da ideologia (cognição e representações sociais) e os fenômenos de comunicação, todos vinculados aos diversos níveis das interações humanas, são objetos de estudo da Psicologia Social.

O fundamental no estudo da Psicologia Social é o que ela tem de original, que é questionar a separação entre o individual e o coletivo, contestando a dualidade entre o psíquico e o social, sem deixar de compreendê-los como campos interdependentes. A representação social torna-se um instrumento deste campo do saber, na medida em que articula o social e o psicológico como um processo dinâmico, permitindo compreender a formação do pensamento social. Ela favorece o desvendar dos mecanismos de funcionamento da elaboração social do real, tornando-se fundamental no estudo das ideias e condutas sociais.

### **5.3. Interpretação dos dados**

Em relação às etapas de análise e de interpretação dos dados empíricos, o caminho percorrido foi o seguinte: 1) transcrição e leitura repetida do material; 2) codificação das informações; 3) análise a partir do referencial das representações sociais e igualmente a partir da literatura acerca do objeto em questão, especialmente na articulação com os estudos sobre masculinidades e risco/prevenção relativos ao HIV/Aids.

Na trajetória analítico-interpretativa das entrevistas com usuários, foram percorridos os seguintes passos:

- Leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa;
- Identificação do recorte temático que emergiu dos depoimentos;
- Identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos;
- Identificação de formas de organização dos discursos, dos processos dissociativos e das contradições.

- Busca de sentidos socioculturais subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa;
- Diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo;
- Elaboração de síntese interpretativa, procurando articular o objetivo do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos.

Ao investigar as representações sociais dos homens em relação à prevenção do HIV, no contexto de uso da PEP, procurou-se entender a tradução que esse grupo social faz da própria sexualidade, das dimensões de vulnerabilidade em que estão inseridos, bem como o modo que expressam a tomada de decisão pelo uso dessa tecnologia de prevenção. Foi importante entender o que influenciava suas ações, e que representações estavam embutidas em suas condutas. Afinal, todo objeto novo (uso da PEP Sexual) parte do preexistente (representação sobre o que é HIV, sobre a cena sexual vivida, entre outras coisas) e do esperado (não soroconverter).

A leitura flutuante e “impregnativa” das entrevistas possibilitou a identificação dos temas mais preponderantes (explícitos e implícitos) nas falas dos sujeitos. Posteriormente, estas falas foram agrupadas de acordo com os temas trazidos. Esses temas, por sua vez, deram origem a categorias mais amplas compostas por subcategorias. Por fim, visando à produção de um diálogo e de uma síntese interpretativa com articulação entre o objeto de estudo, dados empíricos e base teórica, tais categorias foram problematizadas e discutidas de acordo com a bibliografia apresentada.

## 6. RESULTADOS E ANÁLISE

### 6.1. Caracterização dos sujeitos

Para um melhor entendimento dos resultados e análise, inicio com uma caracterização dos participantes da pesquisa. Os entrevistados tinham entre 20 e 42 anos, e a média de idade foi de 32,1. Dos 15 entrevistados, 8 se declararam homossexuais, 4 bissexuais – sendo que todos eles relataram exposição sexual com outro homem – e 3 heterossexuais. Um dos sujeitos, que se identificou como heterossexual no momento da entrevista, teve a exposição sexual que o motivou a buscar pela PEP com uma travesti. Esse dado foi obtido através da médica que era responsável pelos atendimentos de retorno. Mais adiante discutiremos a maneira pela qual as informações chegam até os pesquisadores e sobre como o usuário constrói diferentes narrativas sobre si a depender do contexto em que está inserido.

A respeito da questão raça-cor/etnia, 9 entrevistados se declararam brancos, 4 pardos, 1 amarelo e 1 indígena. Sobre o tipo de parceria em que se encontravam no momento da entrevista, 9 sujeitos declararam não ter um/uma parceiro/a fixo/a e outros 6 que sim.

Abaixo apresentamos uma tabela com características sociodemográficas e com resumos sobre a história dos sujeitos entrevistados, enfatizando o tipo de interação sexual vivida que os fez procurar pela PEP Sexual, o que entendiam como risco para o HIV naquele contexto e como se deu a escolha pelo serviço.

<b>Nome Fictício</b>	<b>Idade</b>	<b>Orientação Sexual</b>	<b>Raça/ Etnia</b>	<b>Religião</b>	<b>Tipo de parceria</b>	<b>Filhos</b>	<b>Profissão</b>
<b>André</b>	31	Bissexual	Branco	Não específica	Fixa	0	Empresário
<b>Bruno</b>	20	Bissexual	Branco	Agnóstico	Eventual	0	Estudante
<b>Caio</b>	22	Heterossexual	Pardo	Católico	Eventual	0	Garçom
<b>Daniilo</b>	41	Heterossexual	Pardo	Sem religião	Fixa (namorando)	2	Empresário
<b>Eduardo</b>	40	Homossexual	Branco	Ateu	Eventual	0	Diretor de empresa
<b>Fábio</b>	37	Homossexual	Branco	-	Eventual	0	Designer de interior
<b>Gabriel</b>	32	Homossexual	Branco	Sem religião	Eventual	0	Professor
<b>Heitor</b>	38	Homossexual	Branco	Católico e Espírita	Eventual	0	Gerente
<b>Ivan</b>	23	Homossexual	Pardo	Evangélico	Eventual	0	Professor
<b>João</b>	27	Homossexual	Indígena	Não específica	Fixa (namorando)	0	Fotógrafo
<b>Kauê</b>	40	Homossexual	Branco	Não específica	Fixa (namorando)	0	Médico
<b>Leandro</b>	27	Heterossexual	Branco	Católico	Fixa (casado)	0	Auxiliar administrativo
<b>Mateus</b>	27	Homossexual	Amarelo	Não específica	Fixa (namorando)	0	Fotógrafo
<b>Nelson</b>	35	Bissexual	Pardo	Católico	Eventual	0	Professor
<b>Otávio</b>	42	Bissexual	Branco	Católico	Eventual	0	Fotógrafo

**ANDRÉ:** 31 anos, empresário, bissexual e solteiro. Foi procurar o serviço de saúde, pois pela primeira vez manteve uma relação sexual anal receptiva com outro homem e acreditava que a camisinha pudesse ter rompido, já que no dia seguinte, ao ir ao banheiro, observou uma secreção no orifício anal. Procurou o parceiro com o qual teve relação e ele disse que não achava que o preservativo pudesse ter rompido, mas que se tivesse, André poderia ficar tranquilo, uma vez que recentemente tinha realizado um exame cujo resultado para HIV era negativo.

André ficou sabendo sobre a PEP através do Google e foi procurar o serviço mais próximo à casa dele para fazer uso da profilaxia. Durante a entrevista, relatou que, apesar de ser solteiro, tem uma parceira fixa com quem costuma manter relações sexuais sem preservativo, privilegiando o uso do anticoncepcional como forma de evitar gravidez. Com o uso da profilaxia, André disse que estava preocupado com a explicação que teria que dar para a parceira a respeito da reintrodução do uso do preservativo na vida sexual do casal.

**BRUNO:** 20 anos, estudante, bissexual e solteiro. Foi procurar o serviço para fazer um teste rápido para HIV junto com o parceiro eventual com o qual manteve uma relação sexual anal insertiva. Durante o ato, a camisinha rompeu e eles decidiram fazer o teste rápido juntos. Bruno relatou que estava mais preocupado com o parceiro do que consigo, já que esse havia desempenhado a função passiva durante a transa e, por isso, teria corrido maior risco de se infectar pelo HIV. No entanto, a testagem revelou que o entrevistado não tinha sorologia positiva para o vírus enquanto seu parceiro sim. No serviço, foi sugerido que Bruno fizesse uso da PEP. Ele tinha conhecimento a respeito da profilaxia, pois havia visto um vídeo em um canal de humor da internet com a participação do Dr. Drauzio Varela a respeito de novas tecnologias biomédicas de prevenção para o HIV (PrEP e PEP).

**CAIO:** 22 anos, garçom, heterossexual e solteiro. Procurou o serviço, pois manteve uma relação sexual sem preservativo com uma mulher no primeiro encontro. Segundo o entrevistado, a desinibição da parceira, o fato de ela ser mais velha e os comentários dos amigos em comum a respeito dos hábitos sexuais dela o fizeram avaliar que existia a possibilidade dele ter se colocado em risco para o HIV.

Caio era casado até pouco tempo atrás e, em função da sua ex-esposa não poder engravidar, o uso do preservativo não fazia parte do seu cotidiano. Depois da separação, transou com poucas mulheres e disse que o uso do preservativo não ocorria de maneira consistente.

O entrevistado descobriu a PEP através de uma pesquisa que realizou na internet logo após o ocorrido, pois ficou preocupado que pudesse ter contraído alguma doença.

**DANILO:** 41 anos, empresário, heterossexual, tem uma namorada. Procurou o serviço depois de uma experiência em uma casa de swing. Como na ocasião ele estava bastante alcoolizado, não sabia se havia feito uso consistente do preservativo em todas as relações sexuais que manteve no local. Relata ter sido a primeira vez que foi em um estabelecimento desse tipo, diz que sempre teve curiosidade em conhecer, mas que até recentemente era casado e que a esposa não possuía o mesmo interesse.

Danilo conhecia o serviço de saúde, pois passa na frente todos os dias a caminho do trabalho, e após o ocorrido decidiu entrar para fazer o exame de HIV, pois acreditava que havia se contaminado durante a experiência no swing. Dentro do serviço, foi recomendado que ele usasse a PEP, já que ainda não tinham se passado 72 horas da exposição sexual.

**EDUARDO:** 40 anos, diretor de empresa, homossexual e solteiro. Procurou o serviço após uma exposição anal receptiva na qual o preservativo não foi utilizado durante toda a transa. Ele relata que raramente se expõe sexualmente, pois é muito preocupado com a prevenção ao HIV e a outras DSTs. O entrevistado disse que suas estratégias de prevenção são: uso do preservativo em todas as relações sexuais e realização do teste para HIV anualmente. Eduardo avaliou que, neste episódio em especial, o uso do álcool foi um fator importante para que ele não se atentasse ao uso do preservativo e deixasse a questão da prevenção em segundo plano.

Eduardo ficou sabendo da PEP através de uma amiga médica com quem ele compartilhou o ocorrido e que sugeriu que ele procurasse um serviço de saúde para fazer uso da profilaxia.

**FÁBIO:** 37 anos, designer de interiores, homossexual e solteiro. Quando Fábio procurou o serviço, ele estava em um relacionamento com uma pessoa sabidamente HIV+ e durante o ato sexual o preservativo rompeu. O parceiro contou a ele sobre a possibilidade de fazer a PEP e procuraram juntos o serviço que já era conhecido pelo parceiro de Fábio, uma vez que era o mesmo local no qual ele retirava sua medicação.

**GABRIEL:** 32 anos, professor, homossexual e solteiro. Procurou o serviço após ter uma relação sexual anal receptiva. O entrevistado relatou que, quando o parceiro dele ejaculou, o pênis ficou flácido e o preservativo ficou preso dentro dele. Após algumas horas, ele percebeu que um líquido parecido com esperma estava saindo dele e, em função do ocorrido no ato sexual, deduziu que o sêmen pudesse ter vazado do preservativo.

Gabriel ficou preocupado com a situação e procurou informação na internet a respeito de algo que pudesse fazer, e foi assim que ele soube da PEP.

**HEITOR:** 38 anos, gerente, homossexual e solteiro. Procurou o serviço, pois teve uma exposição oral receptiva na qual ele machucou o pênis do parceiro, o que causou um sangramento do órgão sexual deste em sua boca. Como o parceiro possuía sorologia desconhecida, ele decidiu procurar a profilaxia. No serviço, foi sugerido que ele trouxesse este parceiro para fazer o exame de HIV. No dia seguinte, os dois voltaram, mas não era mais possível fazer o teste rápido em função do horário e Heitor optou por fazer uso da PEP, já que a sorologia do parceiro continuava desconhecida. No dia seguinte, este parceiro disse que havia feito o teste e que tinha dado negativo, mas mesmo assim o entrevistado continuou o uso da profilaxia.

Heitor não procurou de imediato pela PEP. Ele chegou pedindo para fazer o teste rápido e, durante a consulta de aconselhamento, foi sugerido que ele trouxesse o companheiro para que a decisão de tomar ou não a profilaxia pudesse ser feita embasada em mais fatores.

**IVAN:** 23 anos, professor, homossexual e solteiro. Procurou o serviço, pois manteve uma relação sexual sem preservativo com um parceiro a respeito do qual tinha pouco conhecimento e ficou preocupado que pudesse ter se infectado pelo HIV, uma vez que

avalia que se o parceiro não insistiu para que fizessem uso do preservativo durante a relação, este deve ser uma pessoa pouco preocupada com as questões de prevenção. Ivan ficou sabendo da PEP através de um amigo, que relatou a ele sobre a experiência de um outro amigo que já havia feito uso da profilaxia no próprio serviço.

**JOÃO:** 27 anos, fotógrafo, homossexual, tem um namorado. João tem um parceiro soropositivo. Ele tentou entrar no protocolo de estudo de PrEP (PrEP Brasil), mas quando ficou sabendo desta pesquisa, já não haviam mais vagas para novos voluntários. Segundo o entrevistado, o uso da PEP entra em uma espécie de prevenção sistemática.

João possui um repertório significativo a respeito do conhecimento de estratégias de prevenção ao HIV. Ele já fez uso da PEP neste serviço, local onde o namorado faz acompanhamento, e em outros lugares também.

**KAUÊ:** 40 anos, médico, homossexual, tem um namorado. Procurou o serviço depois de uma exposição sexual sem preservativo com um homem. O entrevistado e seu namorado possuem um relacionamento aberto, no qual existe um acordo de que ambos podem sair com outras pessoas. O parceiro de Kauê é aconselhador de um CTA, e quando ele o comunicou que havia tido uma exposição de risco com outro homem, o namorado o orientou a fazer uso da PEP.

Apesar de Kauê ser médico, ele relatou que, no seu contexto de trabalho, que é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a demanda de uso da profilaxia não é recorrente, já que existiria um receio por parte dos usuários de serem expostos. O médico procurou este serviço, pois já o conhecia através de uma atividade de trabalho realizada lá há alguns anos atrás.

**LEANDRO:** 27 anos, auxiliar administrativo, heterossexual e casado. Procurou o serviço depois de ter relação sexual anal com uma garota de programa e o preservativo ter rompido. O entrevistado diz que não costuma usar preservativo nas relações sexuais com a esposa, mas que, quando tem uma interação sexual extraconjugal, sempre faz uso.

Leandro conhecia o serviço, pois seu colégio era ali perto e também porque um professor de lá já havia comentado sobre o local. Durante a adolescência, chegou a fazer o teste para HIV lá. Ele relatou que, no dia seguinte após a exposição com a garota de programa, procurou o serviço para fazer um teste rápido para HIV, pois acreditava que, se tivesse contraído o vírus, o resultado já revelaria. Durante o aconselhamento, foi sugerido que ele fizesse uso da PEP.

**MATEUS:** 27 anos, fotógrafo, homossexual, tem um namorado. Procurou o serviço depois de ter ido a uma sauna. Na situação, ele se encontrava bastante alcoolizado e, embora acredite que não teve nenhuma exposição anal – apenas oral –, avaliou que seria importante procurar a profilaxia. O entrevistado relatou que, assim que saiu da sauna, entrou em contato com o parceiro e juntos decidiram que ele deveria fazer uso da PEP.

Mateus conhecia o serviço, pois rotineiramente – a cada 3 meses – ele e o namorado realizam o teste para HIV no local.

**NELSON:** 35 anos, professor, bissexual e solteiro. Procurou o serviço, pois, após ter mantido uma relação sexual com o ex-namorado (na ocasião era o atual), este comunicou que era HIV+. O parceiro do entrevistado também disse que, por fazer o tratamento medicamentoso de forma consistente e ter sido o passivo da relação sexual, ele não havia corrido nenhum tipo de risco de se infectar.

Nelson não acreditou no namorado e decidiu procurar a profilaxia. Um amigo já havia feito uso da PEP no próprio CRT e o aconselhou a fazer lá.

**OTÁVIO:** 42 anos, fotógrafo, bissexual e solteiro. Procurou o serviço após saber que o parceiro com o qual havia tido uma relação sexual casual era HIV+. Otávio relatou que desempenhou o papel de ativo durante o sexo e que não sabia afirmar com certeza se o preservativo não havia rompido durante o ato. O entrevistado relatou muitas dúvidas a respeito da forma de contágio do vírus e, em função disto, avaliou que seria melhor procurar um serviço de saúde para fazer a profilaxia. Otávio conhecia a PEP através de uma reportagem sobre abuso sexual, na qual além da informação sobre o uso da pílula do dia seguinte, também foi mencionado o uso da profilaxia como

estratégia de proteção para o HIV. Ao se lembrar dessa informação, procurou na internet informações a respeito do acesso à PEP e se dirigiu até o serviço de saúde.

## **6.2. A vivência sexual masculina**

O nosso roteiro de entrevista não privilegiou diretamente a investigação das identidades sexuais, mas sim focalizou nas atuais experiências afetivo-sexuais dos homens. Foram observados uma série de indícios a respeito da forma como os homens expressam a sua sexualidade no contexto de busca pela PEP. Através de um diálogo entre estas informações e o que a literatura tem apontado, este tópico objetiva se aproximar e contribuir com a discussão a respeito das construções sociais a respeito da masculinidade expressa na sexualidade dos homens entrevistados.

Quando nos debruçamos sobre os fatores que implicaram na disseminação do HIV/Aids e nas maneiras como a sociedade brasileira reagiu a ela, precisamos nos voltar às crenças e às práticas que estruturaram as interações sexuais. Nesse sentido, é preciso que levemos em consideração a forma pela qual a sexualidade foi constituída social e culturalmente no Brasil (Daniel; Parker, 1993).

Uma série de estudos a respeito das identidades sexuais e sua relação com a questão do HIV, realizados nos anos 1980 e 90, demonstraram que as categorias “homossexualidade”, “bissexualidade” e “heterossexualidade” são especialmente problemáticas no contexto da cultura sexual brasileira e têm sido menos significativas na estrutura ideológica do que noções de “atividade” e “passividade”. (Fry; MacRae, 1983; Parker, 1993; Daniel; Parker, 1993; Parker, 1994). Segundo Fry e MacRae (1983), na nossa cultura sexual, os papéis atribuídos aos homens e às mulheres são bastante distintos. Em função disto, as pessoas que não podem ou não querem se conformar com os atributos sociais e sexuais associados ao sexo biológico, tem como opção assumir atributos do sexo oposto. Diante dessa construção, os autores afirmam que:

as pessoas não são classificadas de acordo com seu suposto comportamento sexual homo ou hetero. Não existem identidades sexuais como ‘o homossexual’ na nossa cultura que define uma pessoa pelo seu suposto gosto por relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. O que existe são identidades sociais e sexuais

construídas de combinações de sexo biológico e papéis sexuais (p. 38,39).

Para compreendermos melhor o que os autores dizem, pensemos que, no Brasil, o termo “bicha” é utilizado para designar homens que desempenham tarefas associadas às mulheres e que preferem estar na companhia de “homens de verdade”. O homem que é designado como "bicha" ao manter relações com outros homens, desempenha um papel "feminino passivo". Ao parceiro dele, por outro lado, caberá desempenhar o papel de “masculino ativo”. Ambos estarão mantendo relações homossexuais, porém a um é atribuído o significante da passividade (mulher) e ao outro o da atividade (homem).

O referencial de “ativo” e “passivo” é bastante apropriado para pensarmos em determinados segmentos da cultura brasileira, mas é preciso cuidado ao trabalhar com estes significantes, uma vez que eles não podem ser empregados para a cultura como um todo. Uma situação ocorrida durante a pesquisa de campo ilustra esta questão.

**Leandro**, durante sua entrevista, se declarou heterossexual e relatou que a exposição sexual que o fez procurar pela profilaxia havia sido com uma garota de programa. No entanto, após a entrevista, a médica responsável pelo acompanhamento dele no serviço de saúde comunicou à entrevistadora que a exposição sexual dele havia sido com uma travesti.

A travesti sob o ponto de vista biológico é um homem. No entanto, é uma figura que se apresenta travestida de mulher e, portanto, a ela é atribuído um papel sexual de caráter feminino. Ou seja, ela é quem “dá” (Fry; MacRae, 1983). Se relacionar com uma travesti permite, de alguma maneira, que o homem experiencie uma sexualidade homoafetiva e, ao mesmo tempo, preserve a sua identidade de “macho”.

Mesmo antes do surgimento do HIV/Aids no Brasil, as interações sexuais ocasionais ou frequentes dos homens com outros homens não necessariamente colocavam em questionamento a sua orientação sexual (Guimarães et al., 1992). As noções de “heterossexualidade”, “bissexualidade” e “homossexualidade” trazem em si uma certa superficialidade na cultura sexual brasileira e, por isso, não são necessariamente as classificações mais importantes ou evidentes para estruturar o universo sexual na vida cotidiana (Parker, 1994). Configuram-se como mais

significativas as noções de “passividade” e “atividade” que expressam os papéis distintos dentro do ato sexual (Daniel; Parker, 1993). Sendo esses significantes componentes que parecem estruturar o universo sexual na cultura brasileira, Parker (1994, p. 58) afirma que “[...] a seleção de um objeto sexual pode ser menos significativa na construção subjetiva da identidade de um indivíduo do que o papel desempenhado em suas interações sexuais”.

Nesse sentido, Daniel e Parker (1993 p. 16) ainda colocam que:

[...] especialmente para os membros das classes populares, para as quais categorias médicas ou científicas mais elitizadas como homossexualidade e bissexualidade talvez sejam distantes, os chamados parceiros ‘ativos’ nas interações com o mesmo sexo não se consideram necessariamente ‘homossexuais’ ou ‘bissexuais’ e suas interações também são ‘ativas’ com membros do sexo oposto ou seus papéis sociais como maridos ou pais podem ser mais significativos na constituição de sua percepção de si mesmos do que as ocasionais relações mantidas com outros homens.

Como ressaltado anteriormente, os termos “passividade” e “atividade” contribuem para pensarmos as construções culturais a respeito da sexualidade em certos segmentos e, nesse sentido, os autores acima destacam essa limitação. No caso do entrevistado **Leandro**, observamos dois marcadores sociais importantes. Além de pertencer a uma camada socioeconômica baixa, ele foi o único entrevistado que relatou ser casado. Ou seja, neste caso é fundamental que esses elementos sejam considerados na compreensão do discurso que o entrevistado faz de si nos diversos contextos nos quais se apresenta: para o serviço, para a médica e para a pesquisadora.

Outro ponto importante que chamou atenção na análise das entrevistas foi o fato de que três entrevistados, **Ivan, Caio e Heitor**, relataram que por conta do sexo ter acontecido de forma facilitada seria um indício de que “algo estaria errado”. No item seguinte, irei explorar de que maneira essa ideia faz interlocução com a questão da prevenção, mas neste momento o interesse está na reflexão de que o sexo, quando acontece em um contexto não conservador, traz consigo uma ideia de que é necessário que haja uma punição para o prazer e para a vivência do desejo em sua completude. Essa imagem estaria atrelada à fantasia de que a aids seria uma doença produzida por um comportamento perigoso traduzido sob a forma de excessos sexuais (Sontag, 2007).

A associação trazida pelos entrevistados remete a uma lógica da vivência da sexualidade ligada ao feminino. Segundo Guimarães (1996), a construção simbólica da masculinidade é caracterizada pelo livre acesso do homem à sua sexualidade, podendo dispor-se dela de forma evidenciada. Essa relação, portanto, pressuporia intimidade com o próprio prazer e a liberdade de exercê-lo. Por outro lado, a sexualidade feminina se caracteriza pelo esforço constante na sustentação dos significantes associados ao ocultamento e ao silenciamento.

Guimarães (1996) diz que tal silenciamento feminino não é a expressão da falta de um discurso sobre si mesma, mas uma reprodução de um discurso não verbal – passado de mãe para filha – que acompanha a construção da sexualidade feminina nos aspectos físicos, biológicos e emocionais sobre o modelo do que é ser mulher. Mas ainda que exista um discurso sobre si, não há um saber sobre a própria identidade. A manutenção deste desconhecimento é realizada através das interdições que se manifestam por via dos preconceitos e tabus, que ao mesmo tempo reforçam o caráter de pureza, de ingenuidade, de fragilidade e de inferioridade, atributos indispensáveis à imagem da mulher ideal (Badinter, 1993).

**Ivan**, durante vários momentos da entrevista, coloca que *“Eu não tenho uma vida sexual muita ativa, assim. Eu não saio fazendo muito sexo”*, ou então: *“Que nem eu falei, eu não tenho uma vida sexual muito ativa. Eu não sou de fazer sexo ocasional”*. O entrevistado está o tempo todo preocupado em não apenas reforçar que a tomada de iniciativa para que a cena sexual que o levou a procurar a PEP teria ocorrido por uma desenvoltura sexual que o parceiro apresentou, mas também de se desresponsabilizar pela cena em si. Nesse sentido, ele coloca que:

*Aí, eu tava, de verdade, eu não estava com a intenção de fazer sexo (risada leve). Por mais que tenha sido no carro (do entrevistado), tivesse ido a um lugar vazio, desconhecido, mas eu não tava na intenção. Mas a gente foi conversando. A gente começou a se beijar. Daí, do beijo, né? Foi aquilo na mão. Aí, ele veio, ele tomou a iniciativa de... Sentou no meu colo e aí tudo aconteceu. Mas por iniciativa dele.*

**Heitor**, por sua vez, relatou que: *“Minha vida sexual não é tão ativa, vamos dizer assim. Quando eu tô com uma pessoa, é (ao fazer referência a um relacionamento estável). Não sou esse tipo de pessoa de sauna, essas coisas”*.

Os entrevistados parecem fazer uso de um discurso associado ao feminino para não problematizar a própria sexualidade e amparar-se em aspectos que proporcionem uma explicação para o desejo. A identidade feminina virtuosa é vista essencialmente como tímida, passiva, frágil, dependente e fiel. Tais atributos são considerados positivos dentro de uma lógica heteronormativa, todavia também são características do aprisionamento resultante das ações de dispositivos de controle social sobre a sexualidade, decorrentes de fatores históricos marcantes, responsáveis pela segmentação de valores diferenciais nas relações de gênero (Guimarães, 1996).

Neste sentido, os entrevistados, ao se utilizarem de um “idioma de gênero” feminino que os descreve como ‘homens virtuosos’ e, portanto, como mais próximos do modelo feminino de identidade sexual, se colocam como seres capturados de forma passiva pela lógica da dominação masculina.

**Caio**, ao contar sobre a cena sexual que o levou a procurar a profilaxia, diz: *“Pelo fato de eu não conhecer a pessoa e pela forma que eu fiquei com ela. Que aí, depois, eu fui ver que ela não era uma pessoa, assim, de se confiar, entendeu?”*. O entrevistado ressalta ainda que: *“Porque, assim, a pessoa, eu não conheço. Primeiro eu não conheço, entendeu? Aí, depois, que eu ouvi essas conversas, entendeu? Que veio falar pra mim. Ah, ela já tinha ficado com outros, entendeu?”*. Por fim, coloca que: *“Porque se ficou comigo sem (preservativo), com outro também pode ter ficado”*.

Chama atenção outro componente nos casos de **Ivan**, **Heitor** e **Caio**. O fato de que os três declararam ser religiosos. O primeiro relatou ser evangélico, o segundo católico e espírita, e o último católico. Diversos estudos (Agleton; Mazin, 2000; Barros et al., 2001; Vilela; Doreto, 2006; Granados-Cosme et al., 2007) destacaram que a aids foi e continua sendo representada como uma punição para o exercício da sexualidade. Vilela e Doreto (2006) complementam esta questão ao enfatizarem que a lógica cristã, que influenciou fortemente a cultura ocidental, corroborou na construção da sexualidade como algo potencialmente perigoso. Ou seja, vivenciar a sexualidade de maneira coerente apenas com o próprio desejo seria algo que acarretaria um castigo ao sujeito e, nesse sentido, o HIV/Aids surgiria como a materialização disto.

**Danilo**, **Eduardo** e **Mateus** trouxeram nas entrevistas contextos sexuais bastante específicos que fogem ao cotidiano deles. Os três ainda reforçaram que o uso associado de álcool não apenas facilitou a experiência sexual, como também foi

significativo para que a prevenção ao HIV acabasse em segundo plano. Este segundo fator será discutido de maneira mais consistente no próximo item.

**Danilo** colocou que a experiência na casa de swing havia sido algo inédito na sua vida. O entrevistado relatou: *“Eu tava separado, a gente tem a curiosidade de ir e na curiosidade cê acaba não indo com a parceira. Então você não vai nunca, a coisa vai passando. Separou, você tá solteiro agora, posso ir”*. Na sequência, ao discorrer sobre como essa situação não é comum na vida sexual dos homens, embora exista uma espécie de incentivo para o exercício de uma sexualidade desenfreada, diz:

*Porque como homem você pode até conhecer casa de prostituição. Mas não tem a essência. Para mim não serve, não... Você vai, tô pagando. Não tô comprando nada na padaria. Então, não vai. Você acaba indo num ambiente desse porque você vê que é pura diversão de todo mundo. Dos dois lados.*

E continua:

*A pessoa não tá ali porque você tá pagando. Ela tá ali, porque ela quer tá ali. Então tem uma diferença. Então assim, curiosidade. Você vai, não sabe como fazer. Nunca teve a experiência de como... Poderia ter ido outras vezes e ter uma experiência. ‘Opa! É assim que faz’.*

**Eduardo** abriu seu discurso a respeito da exposição sexual dizendo que: *“Por isso que eu não bebo (risadas). É verdade. Eu tenho um bar enorme em casa, eu, realmente, bebo com muito pouca frequência... eu bebi demais na sexta-feira...”*, e continua: *“E de sexta pra sábado, aconteceu. E eu não tava atento o suficiente para entender que, em algum momento da relação, ele ficou sem camisinha”*.

*“Meu problema, nesse caso específico, realmente foi bebida. Porque eu bebo muito pouco. Eu sou um cara muito pequeno e leve e bota quatro, cinco vodkas em mim, realmente foi o suficiente pra perder a noção”*.

**Mateus** deixa claro em sua entrevista que a ida à sauna foi influenciada pelo fato de estar alcoolizado. Coloca que: *“Aí, depois da balada, eu tava muito bêbado... Eu tava com amigos, mas aí eu tava muito bêbado e eu: ‘Ah, eu vou pra sauna X’”*. E mais adiante: *“Porque assim, lá não rolou penetração. Mas, ao mesmo tempo, eu fiquei com medo, porque parte eu também não lembro direito. Então, foi por isso que eu não... Fiquei na dúvida”*.

Um dos entrevistados, **Bruno**, não teve uma exposição sexual na qual o componente uso de álcool estivesse presente. No entanto, em sua entrevista colocou que: “*Quando eu bebo, sim, eu fico mais excitado*” e que isso o faria ser mais flexível em relação ao uso do preservativo. Esta fala em conjunto com as outras experiências trazidas pelos sujeitos nos coloca diante de uma questão importante a respeito da vivência da sexualidade e do uso de álcool. Porém, de maneira nenhuma podemos dizer que existe uma relação simples entre estes dois elementos. Esta questão se coloca de forma complexa e parece lançar luz a respeito de duas dimensões importante. A primeira delas, e talvez a mais perceptível em uma leitura preliminar, é o fato de que, quando os sujeitos estão alcoolizados, o uso do preservativo é colocado em segundo plano. A segunda, que aparece de forma mais tímida, mas bastante significativa para pensarmos as questões da sexualidade, é o fato de que o uso do álcool, em alguma medida, facilita uma experiência sexual que pode não fazer parte do repertório cotidiano do sujeito, ou então uma experimentação do desejo que é socialmente vista como particularmente complicada. Ou seja, o álcool seria uma espécie de ferramenta facilitadora para uma sexualidade latente e também um artifício que relativizaria a responsabilidade do sujeito a respeito dela.

Existe mais um aspecto a ser considerado neste tópico: a dualidade entre amor e sexo. Connell e Pearse (2015) colocam que a sexualidade é um campo importante dentro do apego emocional. A sociedade contemporânea reforça, através de muitos elementos, a ideia de que os relacionamentos têm como base o amor romântico. Esse significado, por sua vez, carrega em si os traços dos processos sociais por meio dos quais foi produzido. O amor romântico é construído e consolidado através dos pressupostos heteronormativos e nesse sentido dialogar de maneira honesta e franca sobre os desejos e “negociar” de que forma a prevenção pode ser feita dentro da relação seria colocar em discussão a mística dos encontros amorosos (Villela, 1998).

Segundo Freire (1991, p.58) “antes da invenção histórica do homossexual os homens podiam referir-se a seus amores masculinos na linguagem do romantismo, mantendo, ao mesmo tempo, a imagem de virilidade que tinham de si mesmos”, e continua: “o fato de amar homens não o fazia representante de uma outra espécie de homem. Era apenas um homem capaz de sentir-se atraído por pessoas do mesmo

sexo”. A criação efetiva de uma categoria “homossexual” nomeou o “amor que não ousa dizer seu nome”.

**Heitor**, ao buscar a PEP, informou que havia tido uma exposição por sexo oral sem ejaculação, mas que durante o ato ele sentiu gosto de sangue e que isso seria resultado de algum machucado que teria feito durante o ato. Esta cena foi interpretada pelo entrevistado como uma exposição de risco e, por isso, ele acreditava que deveria fazer uso da profilaxia. Durante o acolhimento, foi sugerido que trouxesse o parceiro para que fosse feito um teste rápido com o objetivo de verificar se era necessário que ele aderisse ao protocolo da PEP. Ao trazer o parceiro, foi feita uma consulta em conjunto e, através das perguntas feitas pelo profissional responsável, surgiu a informação de que esse parceiro havia tido relações sexuais com outros homens enquanto se relacionava com **Heitor**.

O entrevistado, por sua vez, relatou que, para ele, a relação com este parceiro em questão não era casual e, por isso, ao saber que ele estava saindo com outras pessoas, foi uma surpresa. Segundo o entrevistado: *“Eu tava conhecendo a pessoa, tava me envolvendo. Mas, ao mesmo tempo, essa pessoa tava com outros parceiros e não é o que eu quero pra minha vida”*. E continua:

*Tava na sala. Aí quando, realmente, ele falou que tava com duas pessoas, enfim. Ao mesmo tempo que cê tá com uma pessoa, ao mesmo tempo cê pensa que tá só com você. Me fragilizei, cheguei a chorar. Não desesperador, mas lágrimas escorreram do meu olho.*

**Nelson**, durante a sua entrevista, se mostrou bastante abalado por ter se sentido enganado pelo parceiro a respeito de sua sorologia. O entrevistado contou que:

*Então ela (a pessoa com que ele estava namorando) tem HIV, né? E daí a gente pegou confiança. Aí ele sempre queria transar sem camisinha. Eu falava que não, que eu não confiava, eu tinha que conhecer primeiro. Aí foi passando uns tempos. Aí eu peguei a confiança nele e foi nessa vez que, que eu fui sem camisinha e aí ele me contou que tinha o HIV. Aí eu fiquei desapontado por que... Não, tinha que ter falado antes, né? Aí ele ficou com medo de que ia abandonar ele. Eu falei: ‘- Não. Eu ia ficar do seu lado. Você tinha que ter confiado em mim e não me enganado, né?’*

Mais adiante disse que: “*Eu fiquei sem chão... Eu tava com tanta raiva que eu não queria ligar, não queria falar. E fiquei dias e dias sem falar, sem telefonar. Porque na hora dá raiva. Eu fiquei com raiva, né? E só me deu raiva, raiva*”.

O entrevistado também contou que esse sentimento negativo foi se dissipando com o tempo e que se o parceiro tivesse compartilhado com ele a sua sorologia, **Nelson** teria continuado na relação e que o fato dele ter o vírus não seria um impeditivo para o namoro:

*Com certeza, eu teria (continuado a namorar). Só ia me cuidar mais, ia usar sempre preservativo... Eu falei pra ele. Foi burrice dele. Que eu ia gostar mais dele ainda, eu ia ajudar mais ele... Porque eu sei que uma hora ele ia precisar de mim, assim, quando ele tivesse fraco, né? Na questão de tomar o medicamento ou querer largar o tratamento... Eu ia tá lá do lado dele pra ajudar ele... Apoiar ele. Eu ia apoiar ele, né? Mas ele não confiou em mim, né?*

### 6.3. Percepção sobre o risco e prevenção

O modo como os entrevistados compreendem o que é risco, como o percebem e quais estratégias de prevenção utilizam é discutido dentro desta categoria. Segundo Parker (1994), sempre que existe um estigma social em relação a um determinado padrão de comportamento, há uma probabilidade de pelo menos uma parte (se não a maioria) dos indivíduos da amostra esconder informações a respeito dos comportamentos condenados socialmente (Parker, 1994). Porém no caso de busca pela profilaxia pós-exposição ficou claro que estávamos lidando com um público bastante específico quanto à questão da prevenção.

As falas demonstraram que o HIV assume um lugar hegemônico entre as DSTs. Nesse sentido, as representações feitas a respeito do vírus ainda trazem resquícios dos primeiros tempos da epidemia. Os comportamentos sexuais considerados desviantes, bem como aqueles associados à impulsividade e à irresponsabilidade são mencionados como os principais fatores de risco para o HIV.

Neste contexto, o preservativo aparece como figura central na escolha de método preventivo. Em segundo plano, há o discurso da prevenção da gravidez como uma responsabilidade feminina através do uso da pílula anticoncepcional e, de forma

bastante discreta, surgiram conhecimentos a respeito de tecnologias biomédicas, principalmente a PrEP.

### 6.3.1. Conhecimentos sobre o HIV

O roteiro de entrevista não procurou levantar informações a respeito do conhecimento sobre o HIV. No entanto, no momento que os entrevistados se depararam com uma situação de exposição, seus conhecimentos e crenças a respeito do vírus surgiram e se mostraram relevantes para compreender os motivos de busca pela profilaxia e também para que demonstrassem uma consistência na tomada de medicação, mesmo que ela acarretasse efeitos colaterais prejudiciais em seu cotidiano.

**Otávio** procurou o serviço após saber que o parceiro com o qual havia tido uma relação sexual casual era soropositivo. Ele ficou com medo de ter se infectado pelo HIV. O seu relato não revelou que ele tenha de fato vivido uma situação de exposição, mas, ao ter essa informação sobre o seu parceiro, ele foi tomado por diversas questões a respeito do HIV, e com isso surgiram falas a respeito do seu (des)conhecimento sobre o vírus. O entrevistado coloca que:

*Eu beijei ele, teve secreção dele, eu fiquei melado, entendeu? Tipo, pega? Aí são as dúvidas que passam na cabeça de uma pessoa. É possível eu pegar, ser contaminado pelos poros, entendeu? Eu tava com sangramento na boca. É possível ter beijado ele e será que ele tava com sangramento na boca? Será que ele tinha uma ferida na boca e eu não sei? Concorda?*

**Heitor** relatou de maneira bem direta e resumida os seus conhecimentos sobre o HIV:

*É uma doença transmissível sexualmente ou contato com sangue de pessoas contaminadas. Que é uma doença que ainda não tem cura. É uma doença que aos poucos vai diminuindo toda a sua imunidade. Uma doença resistente que não demonstra, uma pessoa não demonstra que é positiva e, se ela não falar, você está correndo esse risco.*

O entrevistado provavelmente teve acesso a esse tipo de informação através de um ex-parceiro que era HIV+ e que realizava o acompanhamento no próprio serviço. **Heitor** o acompanhava nas consultas médicas e relatou que o médico do antigo namorado havia esclarecido as dúvidas a respeito do vírus.

A leitura do material apontou para uma questão geracional relacionada ao conhecimento sobre HIV/Aids. Grangeiro (2016) recentemente realizou uma análise a respeito dos diagnósticos entre jovens nascidos depois de 1990 e que, portanto, iniciaram sua prática sexual quando os impactos do uso do antirretroviral já eram observados na sociedade. O autor apontou que estes jovens, entre 15 e 24 anos, apresentavam uma incidência 3,2 maior do que aqueles que nasceram em 1970, que, por sua vez, iniciaram sua prática sexual no momento em que a epidemia da aids surgiu. Entre os homossexuais essa taxa é de seis vezes mais. Uma hipótese que poderia explicar essa mudança, segundo Grangeiro (2016), seria a de que estaríamos passando por uma mudança geracional do comportamento sexual. Dentre outras coisas, as novas gerações estão iniciando a vida sexual mais cedo, tendo maior número de parceiros sexuais e utilizando menos o preservativo. Parece razoável afirmar, portanto, que as representações sociais a respeito do HIV, bem como a percepção de risco são construções subjetivas afetadas pelo contexto no qual o sujeito está inserido. Esse dado dialoga com as falas dos entrevistados, uma vez que os discursos parecem sofrer influência do momento histórico em que aqueles sujeitos começaram a sua vida sexual. Percebeu-se que os homens a partir dos 30 anos expressaram associações estereotipadas em relação ao vírus.

**Eduardo** (40 anos):

*E você pensa nossa, tem um lado, a vergonha da sociedade, querendo ou não eu cresci na época da peste gay, do câncer gay. Ia morrer todo mundo rapidamente, isso impactou na minha juventude. Até hoje eu trabalho essa questão na terapia. Até hoje, naquela época, eu cheguei na adolescência, descobri a minha sexualidade com todo mundo morrendo. Então não dá pra esquecer isso. Mas depois ele [o parceiro] veio e construiu uma vida a partir disso.*

**Gabriel** (32 anos), ao ser questionado se o HIV é algo que o assustava, diz:

*“Ele não me assusta tanto quanto assustava as pessoas no começo. Porém, eu não quero pegar HIV, porque eu sei que é uma coisa muito inconveniente. Eu ia ter que passar o resto da minha vida com esses remédios que me deixariam nauseado”. E continua: “E, também, tem o estigma ainda das outras pessoas. Eu acho que, talvez, ia ficar mais, ia ser mais difícil eu conseguir um relacionamento, um parceiro, porque é mais difícil encontrar alguém. Porque as pessoas costumam estigmatizar isso”.*

**Eduardo** (40 anos): *“Eu acho que a minha geração que cresceu com a ideia de que a aids matava, você tem uma noção... Então quer dizer, quando a gente era criança se não transasse com camisinha, ia morrer (risadas)”*, e continua: *“Morria mesmo. Então, a gente cresceu com uma determinada visão do assunto que é muito diferente das pessoas hoje”*.

**Nelson** (35 anos) não compartilhou com ninguém que estava tomando a PEP. Ele relatou que: *“Eu tive vergonha de contar pra minha família que eu tava tomando a PEP. Então imagina, se você tem o vírus mesmo, né? É uma barra pesada”*.

**Danilo** (41 anos):

*Sempre fui apavorado com isso. Eu vi a aids, eu tenho 41 anos, então eu via a aids do Cazuzo. Eu vi, eu sei o que acontece. Hoje a molecada, o pessoal não mostra mais. Só mostra gente saudável com aids... Então a aids, hoje, eu tenho medo do meu filho ver que a aids não traz problema nenhum. E que se dane, vai tomar remedinho. Bobagem... o ser humano aprende apanhando. Então, eu gostava da música daquele cara e eu via, eu vi ele morrendo. Eu vi o Legião Urbana morrendo. Então eu apavorei. A minha adolescência, a minha formação me fez assim.*

**Bruno**, apesar de ter 20 anos, também relatou algo parecido com as falas anteriores. Quando questionado sobre a imagem que fazia a respeito do HIV respondeu: *“Ruim, muito ruim (risada leve). Acho que é lamentável o fato de não terem encontrado uma cura ainda... Tenho medo. Acho que é o medo normal que todos deveriam ter, não somente pessoas que tem relações sexuais com homens”*. Neste caso, o fato dele ter convivido com um tio soropositivo durante a infância pode ter influenciado o olhar dele sobre o HIV, a despeito de sua idade mais jovem.

Por outro lado, pessoas que atualmente têm parceiros afetivos-sexuais vivendo com HIV/Aids expressaram que este tipo de relação possibilitou novos olhares sobre o vírus. **João** relatou que ter um parceiro soropositivo mudou a sua concepção sobre o vírus, já que ele pode conhecer muitas PVHA a partir dele. Nesse sentido ele contou que: *“Hoje, eu tenho outra, outra cabeça sobre HIV, sobre PEP. Hoje eu penso totalmente diferente e que aquela, aquele pavor que eu tive, entendeu?”*. E mais adiante: *“A concepção que eu tenho hoje de pessoas com HIV é totalmente, to-tal-men-te diferente”*.

### 6.3.2. O que se sabe sobre o risco?

A prevenção da infecção e transmissão do HIV depende, em parte, do entendimento de cada um sobre os riscos associados a comportamentos específicos, e da autoavaliação da exposição a estes riscos (Villela; Barbosa, 2015). Durante as entrevistas, tivemos 8 sujeitos que se identificaram como homossexuais, 4 como bissexuais e 3 como heterossexuais. No entanto, na prática observamos que no total 13 homens tiveram uma prática sexual homoerótica, uma vez que todos os homens bissexuais relataram interações sexuais com outros homens e um dos sujeitos heterossexuais apresentou uma prática sexual com travesti. Como discutido no capítulo anterior, os significantes de “heterossexualidade”, de “bissexualidade” e de “homossexualidade” se colocam no universo sexual brasileiro como noções superficiais a respeito do exercício da sexualidade. Ao mesmo tempo, no imaginário social, a questão do HIV está intimamente relacionada com a homossexualidade. Falas a respeito dessa associação apareceram em diversos momentos.

**André**, quando questionado sobre a possibilidade de se infectar pelo HIV, coloca o seguinte: *“Acho que só pelo fato de ter relações homossexuais sim. Acho que é um risco maior, né?”*. Em seguida afirma que: *“Pelo que eu sei dos números com relação à doença, acho que o risco é muito maior no meio homossexual”*, e um pouco mais adiante diz que: *“Porque a relação homossexual, por exemplo, por ser o sexo anal, ele é muito mais fácil de contagiar do que um sexo vaginal, por exemplo. Pelo que eu leio sobre isso, né? Então esse é o conhecimento que eu tenho”*.

E quando a questão da homossexualidade não aparece diretamente como relacionada à infecção pelo HIV, nas falas de alguns, o sexo anal – que é uma prática majoritariamente homossexual – aparece como fator de maior risco. O relato de **Leandro**, que teve uma exposição com travesti, mas que relata ter sido com uma garota de programa, vai nesta direção: *“Então, porque eu fiz com uma garota de programa, tá? E eu fiz sexo anal com ela. Só que daí a camisinha estourou”* e *“Anal tem mais chances, né?”*. Se referindo a em que momento o preservativo se rompeu:

*No anal. Isso. E foi a segunda vez que eu fiz anal. Nas outras vezes não aconteceu nada e era tipo amiga, tal. Eu fiquei mais tranquilo. Mas dessa vez estourou e por isso, por ser garota de programa, que*

*eu vim procurar e por isso que ela (a médica) informou que podia ter um risco.*

O termo “confiança” foi bastante utilizado pelos entrevistados na compreensão a respeito da percepção de risco. No imaginário dos entrevistados, relações sexuais com pessoas em quem “se confia” ofereceriam um risco menor em relação ao HIV. Nesse sentido, **Kauê** relatou que:

*se é uma pessoa que não conheço, que eu desconfio, não sei o que: ‘- Ai, eu vou ter que usar mil camisinhas...’ Exagero, mas (estala os dedos) sem camisinha nem pro sexo oral. Camisinhas... Se for um parceiro, aquele ocasional ou amigo de transa, que tem mais intimidade, já conversa inclusive, se for amigo, já converso sobre a prevenção, já orientei pra ele procurarem esse serviço. Para eles se cuidarem. Já teve gente que foi fazer teste, que não tá usando camisinha. E tão doidos pra começarem a usar o truvada<sup>6</sup>. Eu acabo orientando também. Então com ele, tipo, o sexo oral já é mais tranquilo.*

Caio colocou de forma bastante clara o fato de que a falta de intimidade foi fundamental para que ele avaliasse que havia se exposto: “*Tive uma relação com uma pessoa que eu não conheço, entendeu? Aí a gente ficou sem, sem preservativo e eu fiquei na dúvida entendeu? Pelo fato de eu não conhecer a pessoa*”.

Essa questão será discutida de forma mais abrangente adiante, uma vez que a questão da confiança foi levantada pelos entrevistados de forma significativa como estratégia para a escolha dos parceiros sexuais.

### **6.3.3. De que maneira eu costumo me prevenir para o HIV?**

Em função da resposta à epidemia da aids ter se construído preponderantemente a partir uso do preservativo ainda é comum que a estratégia adotada pela maioria das pessoas seja pautada no uso exclusivo dele. As entrevistas realizadas expuseram amplamente esta questão. Os entrevistados, sem exceção, relataram que o uso do *condon* ocupa lugar central na escolha por qual método de

---

<sup>6</sup> Truvada® é um medicamento antirretroviral aprovado pelo Food and Drugs Administration (FDA), órgão semelhante à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para o tratamento de HIV/AIDS que combina dois medicamentos em um comprimido: o fumarato de tenofovir desoproxila (TDF, 300 mg) e a emtricitabina (FTC, 200 mg). Disponível em: [www.prepbrasil.com](http://www.prepbrasil.com).

prevenção utilizam. Foram amplamente identificadas falas como: *“Não tenho sexo sem camisinha... É simples”*; *“Tipo, eu nunca transei sem camisinha”* ou *“Sempre usei camisinha. Nunca fiz sem. Nunca corri o risco de fazer sem e nunca estourou”*, e ainda: *“Hoje em dia eu acho que não tem nada que previna mais”*.

Porém, as falas também revelaram especificidades a respeito desta temática. Embora o preservativo apareça como instrumento de prevenção para a maioria dos sujeitos, o seu uso aparece condicionado ao tipo de relação em que eles estão. Ou seja, se a relação é casual, o uso do *condon* é a regra, porém se o relacionamento é estável ou o parceiro/a sexual é conhecido/a o seu uso é abandonado. O significante ‘confiança’ se coloca como componente fundamental nas escolhas feitas a respeito da prevenção, uma vez que “conhecer o parceiro sexual” seria uma espécie de garantia de proteção em relação ao vírus.

**André** coloca de forma muito direta a correlação entre estes dois elementos: *“se eu conheço o histórico da pessoa, eu fico tranquilo até”*.

**Ivan**, ao ser questionado sobre o que é fazer prevenção, respondeu à entrevistadora que: *“Geralmente eu não faço sexo com pessoas que eu não tenho conhecimento e se, por acaso aconteça, eu me previno”*.

**Otávio**, por sua vez, relatou: *“Mas acho que sempre me preveni... Eu vou, talvez, pensar melhor em com quem eu vou sair, sabe? Acho que entender melhor a pessoa que vou sair. Não conhecer tão pouco, sabe?”*.

**Gabriel**, apesar de nunca ter tido relação sem preservativo, afirmou que: *“Como eu nunca tive nenhuma relação de longo prazo, eu sempre usei a camisinha. Porque eu acho que se tiver uma relação monogâmica... com alguém um bom tempo, cê pode, talvez, abrir mão da camisinha”*.

A escolha do não uso do preservativo, por sua vez, é marcada por diversos fatores que, de maneira geral, se expressariam através da negociação com os parceiros a respeito das estratégias de prevenção adotadas dentro da relação e de especificidades das relações heterossexuais.

No que tange a questão da negociação, **Eduardo** colocou que: *“Meu último namorado foi há uns três ou quatro anos. Sempre tive diálogo de que o sexo ia continuar protegido até um determinado tempo de namoro aonde os dois pudessem ser testados. Entender que os dois estão negativos”*.

**João**, ao ser questionado sobre quais estratégias faz uso no contexto da prevenção, afirmou que: *“Porque, assim, meus namoros, eu, sempre foram duradouros, dois anos, quatro anos. Então a gente fazia sempre exames no começo pra ver se está tudo bem, então transava sem camisinha”*.

**Mateus** afirmou que: *“Então é que como eu tava, estou ainda num relacionamento fechado com meu namorado, confesso que às vezes a gente não usava”*. Mais adiante contou que, na verdade, o uso do preservativo não ocorria nas relações sexuais com o namorado, pois realizavam testes para HIV juntos de maneira periódica.

**Kauê** relatou um contexto bastante específico de relação: *“Minha relação com o meu parceiro é aberta, a gente não tem problema nenhum com isso [se referindo à possibilidade de saírem com outras pessoas]”*. No entanto, essa escolha de relação envolveu algumas negociações:

*Três anos atrás, a gente teve uma crise. A gente já conversou, principalmente, definiu novas regras e hoje tá tranquilo. Então não é aquele assim, todo dia vai sair com alguém. Passa semanas, meses sem ter relação externa, mas se acontecer, camisinha. E se por acaso, eu espero que não aconteça de novo, porque o remédio me deu um enjoo e não quero nunca mais. Transar sem camisinha, avisa o outro e vem aqui (fazer uso da PEP).*

E continua: *“A gente descobriu que é muito mais prático se a gente conversar e contar pro outro, do que ficar enrolando”*. Mais adiante, ele resume o acordo da seguinte forma: *“A regra que tá agora é essa. Porque a gente conversou até aquela coisa de usar camisinha com os outros. A gente esqueceu da parte de contar o que acontece se desse algum problema”*.

O lugar que o preservativo ocupa no contexto das relações heterossexuais, nas quais existe uma preocupação não apenas com a transmissão do HIV, como também com a possibilidade de uma gravidez indesejada, é indiferente. Nesses casos, os entrevistados relataram que a infertilidade da parceira ou o uso da pílula anticoncepcional por parte dela possibilitariam o abandono da *condon*. **Caio** relatou que estava solteiro há pouco tempo e que antes disso era casado. Quando a entrevistadora perguntou para ele a respeito do uso do preservativo dentro desta relação ele afirmou que não usava, pois a esposa não podia engravidar. Ou seja, o

entrevistado dá indícios de que o uso do *condon* pode ser dispensado em caso de não existir risco de gravidez.

Para **Leandro**, no começo do casamento, o uso do preservativo ocorria em função do medo da esposa de engravidar e, depois que a parceira começou a tomar a pílula anticoncepcional, o uso dele foi descontinuado.

Essas informações endossam uma discussão que ocorre desde os anos 1990, a respeito de uma fadiga em relação ao uso do preservativo (Terto Júnior, 2015), e que reforçam a importância de pensarmos em prevenção levando em consideração as dimensões simbólicas e subjetivas de cada um (Villela; Barbosa, 2015). E nesse sentido, a necessidade de adotarmos olhares singulares para o contexto da prevenção contribuiu para o aumento da oferta de novos e diferentes métodos preventivos que se interessam em criar oportunidades reais de controle da epidemia em diferentes cenários.

#### **6.4. Conhecimento e busca pela PEP**

Nesta categoria, analiso o conhecimento a respeito da profilaxia pós-exposição, bem como os sentidos atribuídos a ela, e de que maneira essas questões produzem impacto nas tomadas de decisão de uso pela PEP. Além disso, discuto, a partir da perspectiva dos entrevistados, de que maneira o serviço de saúde os recebe quando procuram a profilaxia, apontando as sensações dos entrevistados nesta relação, bem como o impacto das limitações do serviço no atendimento oferecido.

##### **6.4.1. O que se sabe sobre a PEP?**

A literatura aponta que, apesar do tempo de existência, o conhecimento a respeito da PEP Sexual ainda é baixo (Kuchenbecker, 2015; Grangeiro et al., 2015; Ferraz; Paiva, 2015). Por outro lado, 12 dos 15 entrevistados chegaram ao serviço de saúde expressando diretamente o desejo de fazer uso da profilaxia. Apenas quatro entrevistados relataram não ter nenhum conhecimento a respeito desta estratégia. Não podemos afirmar que isto contraria a bibliografia, mas nos coloca diante do fato de

que a população que participou da nossa pesquisa possui uma relação especial com a própria saúde e com a prevenção ao HIV.

Dentre aqueles que demonstraram ter algum tipo de conhecimento a respeito da profilaxia, 11 eram homens cuja exposição que motivou a busca pela PEP havia sido com outro homem. Esse fator se articula com o que foi discutido anteriormente a respeito da percepção de risco aumentada em relações sexuais homossexuais, mas também nos leva a refletir a respeito do manejo e do acesso à informação que os homens que fazem sexo com outros homens possuem sobre estratégias de prevenção não centralizadas no preservativo.

Quanto à forma de acesso a informações sobre a PEP, os entrevistados se dividiram em dois grupos. O primeiro deles foi formado por sujeitos que já haviam entrado em contato com algum tipo de conhecimento a respeito da profilaxia e que, diante da percepção de uma situação de risco, buscaram mais informações a respeito através da internet. E o segundo grupo incluiu pessoas que tinham amigos ou parceiros que conheciam e/ou já haviam feito uso da PEP e que a recomendaram.

Quanto aos caminhos percorridos pelos entrevistados que buscaram informações na internet, observamos as seguintes situações:

**Bruno**, quando questionado sobre como havia tomado conhecimento da PEP, contou que:

*Pela internet. Pelo YouTube. Tem um canal, eu não lembro o nome do canal. Mas, tipo, vídeos relacionados a esses temas assim de humor. Mas eu não lembro o nome, de verdade... Então, e fizeram várias entrevistas com o Dráuzio Varela, inclusive, e eles falaram 'Ó, mesmo que... O certo é usar camisinha, se você não usar camisinha, hoje já existe um tratamento que pode reduzir as chances de você se infectar. Chama PEP. Pós-exposição.*

**Gabriel** relatou que: *“É que eu já tinha ouvido falar alguma coisa sobre a profilaxia. Aí, depois da exposição vi na internet”*. E, quando foi questionado diretamente sobre o que sabia sobre a PEP, respondeu que: *“Tinha me informado e sabia que era um procedimento que era aplicado depois que você mantinha uma relação sexual de risco. Para evitar o desenvolvimento do, a infecção pelo vírus do HIV”*.

**Otávio** contou que sabia da PEP em função de uma reportagem sobre abuso sexual que havia assistido na televisão e que, ao ter uma exposição de risco, procurou mais informações na internet: *“Eu fiquei sabendo pelo noticiário, jornal, no caso que*

teve e, depois pela internet... Era sobre uma menina que tinha sofrido abuso e que ela tinha 72 horas pra fazer o tratamento, um procedimento pra não contrair HIV”, e continua: “E aí quando aconteceu comigo, aí eu fui atrás, na internet, pra saber como funcionava”.

Os entrevistados que relataram ter entrado em contato com a PEP através de amigos ou parceiros apresentaram uma característica bastante relevante. Todos eles revelaram em suas falas que essas pessoas trabalhavam com pessoas vivendo com HIV/Aids, já haviam feito uso da profilaxia ou eram soropositivas.

**João** relatou que: “Eu tenho um grande amigo, que ele, o marido dele é ligado a questões ativistas sobre HIV, sobre gênero e aí ele indicou”, e mais adiante:

*Ele falou: ‘ - Tem PEP. Faz quanto tempo? Você vai procurar, você vai tomar remédio.’ Ele falou: ‘ - Mas não é assim que funciona, né-né-né, né-né-né.’ Então ele me orientou. Ele falou como funcionava a PEP, o tempo que eu devo ter tomado, pra que que ela servia, qual que é a exposição e, claro, ‘pra eu não fazer mais isso’.*

**Nelson** soube da PEP através de um amigo que já tinha feito uso: “Um colega meu também já fez. Aí ele que me indicou aqui. Ele fez aqui também. Aí nisso ele falou: ‘ - Não. Vai lá, que lá é bom, lá trata...’. Aí eu peguei e vim”.

**Mateus**, quando questionado a respeito do seu conhecimento sobre a PEP, relatou que: “É um amigo, que na verdade ele é soropositivo, já tinha me falado”.

**Eduardo**, logo após ter vivido a situação de exposição, entrou em contato com uma amiga médica que trabalha com crianças vivendo com HIV/Aids e ela o orientou a procurar o serviço de saúde e fazer uso da PEP.

O namorado de **Kauê** é aconselhador de um CTA e tinha orientado o entrevistado da seguinte maneira: “Que se tivesse alguém que já tinha exposição (ao HIV), até eu mesmo se eu tivesse transado com alguém, sem camisinha, que eu podia procurar o PEP”. Essa entrevista levantou um ponto bastante interessante a respeito do conhecimento sobre a profilaxia, pois **Kauê** é médico e relatou que só tomou conhecimento desta tecnologia através do parceiro, e que isso, inclusive, teria contribuído para que ele se sentisse envergonhado ao procurar o serviço. Essa situação dialoga com a entrevista de **Ivan**, que também é profissional de saúde (enfermeiro), mas não tinha nenhum conhecimento sobre a PEP até ter a exposição que o fez procurar o serviço. O entrevistado relatou que, ao comentar com um amigo sobre a

cena sexual que havia experienciado, este o instruiu sobre a profilaxia: “*Não. Nunca nem tinha ouvido falar. Aí, eu tenho um amigo que o amigo dele fez esse tratamento, né? Aí, no dia que houve a exposição, eu comentei com ele. Ele falou: ‘-Faz uso da PEP’. Ele me orientou direitinho, daí eu vim procurar*”.

O grupo de entrevistados que relatou não conhecer a PEP chegou ao serviço em função da procura pelo teste rápido. Acreditavam que o resultado do exame poderia atestar se, durante a exposição sexual, eles haviam entrado em contato com o HIV.

**Danilo** relatou que: “*Eu falei: ‘- Eu vou lá fazer o exame’. Pra mim eu já tinha, pra mim eu tava com aids. Falei: ‘- Peguei aids, peguei aids, peguei hoje...’*”.

**Leandro** conhecia o serviço de saúde através de um professor da época do colégio e, depois que teve a exposição, foi fazer o teste rápido.

A discussão sobre a “Fantasia de desinibição sexual”, com o advento da PEPSexual, será explorada oportunamente. Isto porque muitos dos entrevistados acreditam que a existência e popularidade da PEPSexual poderá promover a queda na prevenção. Segundo Ferraz e Paiva (2015), a grosso modo, o uso de tecnologias biomédicas para a prevenção não parece induzir seus usuários ao aumento de práticas mais arriscadas, mas que o cenário pode variar para cada tipo de método. Os autores dizem ainda que, até o presente momento, existem limitações importantes no conhecimento disponível a respeito dos efeitos que as novas tecnologias de prevenção produzem sobre as práticas sexuais. Parte dessa limitação ocorre em função das investigações acerca da experiência de uso dessas tecnologias ficarem circunscritas a grupos populacionais específicos, como o caso dos estudos sobre o uso da PEP, que em quase sua totalidade foram realizados com HSH.

**Eduardo** (40 anos): “*PEP é uma coisa maravilhosa. Porém, a PEP é algo que eu acho que acaba, até um determinado ponto, deixando as pessoas um pouco mais relaxadas do que deveriam ser com determinadas situações*”.

**João** (27 anos):

*A PEP eu vejo como, não é um método contraceptivo porque não é assim: transei sem camisinha eu vou lá e vou tomar a PEP. Mas é um, é um tipo de... É uma, não é a saída, não sei como colocar a palavra pra você... Eu não sei, eu não consigo, mas a PEP, eu vejo ela como uma coisa boa que não tá ali pra atender a gente precisar. Assim, não tá ali como pílula do dia seguinte.*

**Ivan** (23 anos) falando sobre a questão da prevenção e sobre de possíveis desdobramentos da PEP:

*Que nem nas, na época de carnaval que geralmente o pessoal sai fazendo sexo desenfreado, falam muito de prevenção, mas não falam dessa profilaxia pós-exposição. Eu acho que, assim como falam da importância do uso da camisinha, deveriam falar. Talvez não falem pra não ficar naquilo: ‘- Ah não, posso tomar PEP depois, então eu vou, não preciso me prevenir’.*

Apesar de muitos entrevistados terem procurado informações a respeito da profilaxia na internet, observamos muitas falas a respeito da dificuldade em relação ao acesso a este conhecimento.

**Gabriel:** *“Foi meio complicado. Não foi só colocar PEP no Google, profilaxia e bum, tá lá. Endereço, na Vila Mariana. Não. Eu lembro que tive que pesquisar em vários sites do governo. E não consegui encontrar fácil”.*

**Fabio** destacou que as informações encontradas na internet geravam dúvidas: *“E aí você vai lendo, tudo, mas você não consegue entender, na verdade, como funciona... Porque tem mais coisas científicas escritas do que uma linguagem mais coloquial que eu conseguisse entender, assim”.*

#### **6.4.2. Tomada de decisão pela PEP**

Grangeiro et al. (2015 p.53) destacaram que: “A PEP Sexual ocupa um papel estratégico na prevenção por ser o último recurso para evitar a aquisição do HIV, após os demais métodos terem falhado ou não terem sido utilizados”. Talvez por isso, os entrevistados relataram chegar ao serviço bastante nervosos e ansiosos. As falas a seguir demonstram claramente essas sensações.

**Ivan:** *“Porque é um tempo que você fica agoniado. Você fica com medo”.*

**Caio:** *“Pra mim eu tava nervoso, entendeu? Nervoso, com medo”.*

**Heitor:** *“Eu tava tenso, fragilizado. Tava assim... Tava preocupado”.*

Como discutido anteriormente, os sujeitos que participaram desta pesquisa demonstraram uma relação com o cuidado de sua saúde bastante particular. E, em alguns casos, observou-se inclusive uma superestimação do risco. As entrevistas

revelaram que parte dos sujeitos não relataram informações consistentes com a necessidade de uso da profilaxia.

**Heitor** e **Mateus** expressaram ter ocorrido uma exposição através de sexo oral.

**Otávio** teve uma exposição anal insertiva com preservativo.

**André** e **Gabriel** relataram relações sexuais anais receptivas com preservativo.

Percebeu-se que existe uma diversidade de recursos acionados na tomada de decisão pelo uso da PEPSexual, que podem ou não ser compartilhados. Além disso, ficou claro que o momento de tomada de decisão ocorre antes do sujeito procurar o serviço. Nesse sentido, o discurso construído para o serviço se pauta sobre o risco que estes sentiram experienciar.

As falas são instrumentos que nos ajudam a compreender quais são os elementos que compõem o imaginário social a respeito do que é estar em uma posição de risco que requer fazer uso de uma profilaxia de emergência. As pessoas se colocam em situações de vulnerabilidade sexual diversas vezes durante a vida, mas existem componentes particulares que levam o sujeito a mensurar qual a dimensão dessa experiência.

Segundo Sáez e Carrascosa (2016, p. 147): “A história social da aids foi, em boa parte, a história da culpabilização das suas vítimas. O medo, que sempre se encarregou de impedir a evolução das mentes, transforma a aids, de fenômeno social, em uma enfermidade social não física”.

Ao culpabilizar as vítimas, ocultamos aspectos de vulnerabilidade que não se encontram sob o domínio do sujeito e que o colocam como único responsável pela prevenção e tratamento do HIV/Aids. Esse movimento é especialmente problemático, pois ignora que, em alguma medida, as PVHA são produtos da desigualdade social (Sáez; Carrascosa, 2016).

Do ponto de vista dos marcadores sociais da diferença, a questão de gênero se coloca como fundamental. Quando surgiu a epidemia e os conhecimentos sobre o vírus eram muito precários, o corpo do homem homossexual passou a ser visto como um corpo infeccioso, vetor da transmissão não só de uma doença, mas também da morte. Os resquícios dessa construção podem ser notados ainda hoje diante da

impossibilidade dos gays doarem sangue. Os argumentos envolvidos nessa regulamentação se pautam no critério da alta prevalência do HIV/Aids entre os HSH. Claro que isso não é algo descabido, existe um componente financeiro importante que tangencia esta decisão. No entanto, colocar esses homens no campo do corpo descartável – do que "não serve" – acaba por reforçar as vulnerabilidades sociais e programáticas associadas a esse grupo, ao invés de dissolver os ranços homofóbicos que permeiam o campo das políticas de prevenção, que acabam se mostrando falhas.

Existem aspectos fisiológicos importantes que tornam o sexo anal uma maneira muito eficaz de transmitir o HIV e estabelecer uma hierarquia nas práticas sexuais segundo o risco de transmissão para o vírus, e outras DSTs, é importante para a formulação de ferramentas de prevenção. Mas também é imperativo que se implementem políticas que escapem dos preconceitos morais. Enquanto isso ainda ocorre de forma bagunçada, o que observamos é uma forte associação do sexo anal com o sexo gay e, por consequência, com o "sexo perigoso".

É a ideia de viver um "sexo perigoso" que parece levar os entrevistados a procurar a PEPSexual, ainda que eles não necessariamente se colocaram em risco do ponto de vista biológico. Se perceber neste risco, faz com que os entrevistados construam para si e para o serviço discursos que estão ancorados na prática sexual com outros homens e/ou no sexo anal como componente significativo na tomada de decisão pelo uso da profilaxia.

#### **6.4.3. Percepção de uso de serviço**

Foi interessante observar que a grande maioria dos entrevistados relatou surpresa com a qualidade do serviço prestado principalmente em função dele ser público.

**Gabriel:** *"E fiquei até surpreso pela eficiência do atendimento".*

**Eduardo,** quando questionado sobre como havia sido o atendimento feito pelo serviço, disse: *"Principalmente por ser um serviço público, eu tô bem impressionado. Não achei que fosse ser tão bem estruturado (risada)... Por ser um serviço público".*

**Nelson:** *“Assim, eu até admirei. Porque, olha, eu fui bem recebido. Foi rápido, o tratamento foi rápido”.*

**Danilo:** *“Foi muito natural. Foi muito natural. Um ambiente de saúde. Não, não um hospital público. Com mais qualidade que um hospital pago”. E ainda: “Então, assim, aqui eu vejo que o tratamento é humano, né? Livre de preconceito”.*

**João** possui uma relação interessante com o serviço de saúde. O parceiro dele é soropositivo e ele acaba indo sistematicamente ao serviço de saúde, tanto para fazer testes periódicos, quanto para fazer uso da PEP. O entrevistado contou que gostaria de ter feito uso da PrEP, mas como não conseguiu vaga no estudo realizado no Brasil (PrEP Brasil), ele acabou tendo que eventualmente fazer uso da profilaxia pós-exposição. Ele relatou que:

*Então todos aqui sempre são muito simpáticos, muito simpáticos... Aí eu passo com os enfermeiros que são maravilhosos, que eu sempre brinco. Com o pessoal daqui dentro, a doutora que me olhou o exame, tudo. Então é sempre maravilhoso. Acho que é por isso que eu gosto de vir aqui, não tem problema. Eu me sinto à vontade aqui.*

Por outro lado, foram identificadas algumas falas que expressaram situações de estranhamento por parte dos entrevistados.

**Gabriel** relatou que: *“Eu lembro uma coisa interessante, que eu achei até que foi... Não sei se foi tão profissional da médica.”* Em seguida ele descreveu a situação que ele avaliou como de risco e que o fez procurar pela PEP:

*Durante a relação, depois que meu parceiro já tinha tido o orgasmo, ele veio retirar o pênis, com a camisinha, mas a camisinha meio que ficou um pouco pra dentro e eu acho que tinha... O sêmen tinha vazado um pouco. Mas aí eu dei um jeito e consegui tirar a camisinha. Mas eu não percebi que tinha vazado até depois que eu tive que ir ao banheiro e tudo e vi que tinha saído algo que parecia com sêmen. Então eu supus que fosse sêmen. Porque a camisinha tinha entrado um pouco. Mas aí a médica disse que aquilo, provavelmente, não era sêmen e que era... O que que ela falou: Era... Esqueci a palavra. Mucosa. Uma coisa que já tava lá e que sempre fica que, às vezes, sai. Mas eu tava convencido que era sêmen. Por causa da cor, consistência, cheiro. E até porque não sai aquilo todos os dias que eu vou ao banheiro (fala rindo). Só saiu daquela vez.*

E, ao final, colocou o motivo que o fez estranhar a reação da médica: *“Ela meio que insistiu que aquilo não era sêmen e tudo. Então, achei que ela meio que tava*

*me puxando pra não fazer PEP. Essa foi a sensação que eu tive. Mas eu insisti e a gente continuou”.*

Essa fala do entrevistado verbaliza uma espécie de dificuldade no diálogo com o profissional de saúde, que, neste caso, foi interpretado por **Gabriel** como uma escuta pouco acolhedora por parte da médica.

**Mateus**, apesar de ter elogiado o atendimento de maneira geral, destacou que: *“A única coisa que eu realmente não gostei, sendo bem sincero, foi da médica... Que ela já chegou dando meio que uma bronca. Parecia que eu tinha... Foi bem estranho, assim. Foi... Não sei. Parecia que ela tava de mau humor, sinceramente”.* E completa:

*Ah, começou... O tom de voz dela, sabe? Algo do tipo: ‘- Por que você não veio antes? É... Por quê?’ (entonação de pessoa brava) Claro, eu entendo, na situação dela, porque uma pessoa a mais fazendo, uma pessoa a mais pode ter, sabe? Eu entendo essa situação. Mas, ao mesmo tempo, eu não entendo um certo tipo de hostilidade por parte dela”.*

**Bruno**, ao relatar o caminho feito dentro do serviço no primeiro dia de busca pela PEP, disse que:

*A única coisa que eu não gostei desse processo todo foi uma coisa que ela me perguntou. Como eu sou magro, ela já associou diretamente... Eu tenho pra mim, que ela associou a uma pessoa infectada já. Ela falou: ‘- Cê mora aqui perto?’ ‘- Porque, se você morar perto daqui, é mais fácil de você fazer o tratamento aqui. Se você não morar perto daqui, é aconselhável que você procure outro posto de saúde direcionado pra essa DST, mais próximo de você.’ Foi isso que eles passaram, depois. Ai depois eu pensei: ‘- Nossa, ela perguntou se eu moro aqui perto por causa disso’.*

Mais adiante, **Bruno** coloca que essa sensação foi reforçada em função de não terem perguntado a mesma coisa para o parceiro dele que era *“mais cheinho”*.

Por fim, identificamos que falhas na execução do protocolo de atendimento da PEP causam prejuízos na adesão da terapia. Como descrito no método, os usuários que fazem uso da PEP devem passar por cinco atendimentos dentro do serviço. Sendo eles: 1) momento de busca pela profilaxia, 2) primeiro retorno durante os 28 dias de tomada de medicação, 3) segundo retorno após o fim da medicação, 4) terceiro retorno após três meses de uso da PEP, e 5) quarto retorno após seis meses de uso da PEP.

As observações do serviço no contexto da realização das entrevistas, bem como em relatos das próprias entrevistas, revelaram que no cotidiano do serviço isso

nem sempre acontece, principalmente no que se refere ao primeiro retorno. Isso porque muitas vezes não existe disponibilidade de horário na agenda. A impossibilidade da realização desta consulta demonstrou ser especialmente problemática, uma vez que muitos usuários não souberam lidar com a questão dos efeitos colaterais relacionados à tomada da medicação. **Fábio** relatou que:

*Assim, o problema maior, depois que você começa a fazer, enfim, se você não marca com infectologista ou pra vir aqui... Eu passei muito mal. E eu não conseguia telefone. Eu vim aqui e não consegui ser atendido. Passei mal com os remédios. Não conseguia comer. Eu tinha enjojo o dia inteiro. Queria falar com alguém, mas não conseguia.*

O entrevistado coloca também como foi recebido pelo serviço ao procurar orientação para lidar com os efeitos colaterais:

*E aí assim, eu cheguei um dia ‘- Gente, eu preciso falar com um médico, enfim, pra saber essa reação.’ Mas aí eles... Agora, eu lembrei quem me atendeu. Foi um menino lá embaixo. Me explicou tudo, perguntou do meu ex-namorado, que remédio ele usava. Ele foi super atencioso. Aí voltando (risada leve). Depois que eu comecei a passar mal. Eu fiquei sem saber o que fazer, assim.*

Não se sentindo amparado pelo serviço, **Felipe** optou por procurar ajuda no âmbito privado com o médico infectologista de seu namorado que receitou medicação para enjojo. Nesse sentido, ele reitera diversas vezes a importância de ser feita alguma mudança em relação ao atendimento oferecido pelo serviço durante o período da tomada da profilaxia: “Né? De como funciona, porque que funciona. E essa coisa do acompanhamento. De você ter onde ligar. Porque você não tem onde ligar. É muito complicado”. E ainda: “Só essa história de você não ter esse atendimento depois que passa mal, né? Porque é complicado, né? Porque você, não é todo médico que conhece esses medicamentos, assim, pra te receitar alguma coisa em cima, né?”.

**Otávio** também relatou que não soube como lidar com os efeitos colaterais da medicação e que teve dificuldade em ser atendido pelo serviço ao buscar ajuda. “Aí eu vim aqui e ninguém conseguia me explicar”. “A médica que me atendeu, talvez ela não estivesse lá. E aí as enfermeiras não sabem, não sabiam dizer. Aí eu tinha que passar num outro lugar. Aí eu fui num outro lugar. Tava desistindo já de saber se eu podia...”. Nesse momento a entrevistadora questiona como ele conseguiu obter a resolução da sua dúvida e ele diz:

*Aí, no fim, uma pessoa desse andar aqui me orientou através de uma médica, de sei lá quando. Aí essa resposta veio pra mim. Mas foi difícil poder... Porque eu não podia passar no pronto socorro, porque eu não tinha... Eu só podia passar no pronto-socorro se eu estivesse morrendo, passando mal, entendeu? Mas eu só queria tirar uma dúvida.*

**Mateus:** “Na verdade, era um retorno depois de 15 dias, pra vim aqui, pra ver o resultado e conversar. Mas eles não tinham data e aí eles agendaram só depois de um mês. Depois que acabou o tratamento”. Ao final da entrevista, ele pediu à entrevistadora para enfatizar um aspecto do atendimento, dizendo:

*O que eu realmente achei, assim, é que a PEP, em si... Claro, ela é ótima, ela não sei o que... Não tô falando dos efeitos e tal. Mas eu digo como lidar com isso, como, sabe? Eu fiquei um pouco até, não digo, assustado, mas eu sabia o que eu estava fazendo. Claro, os remédios eram fortes, né? Mas, ao mesmo tempo, foi bem difícil pra assim, sabe? Parecia que eu tava meio off.*

E sugere:

*Eu não sei se é porque eu não passei, porque não tinha data antes, com uma psicóloga, psicóloga/médica. Porque eu acho que se tivesse, realmente, a data, teria sido melhor, sabe? Que seria bem no meio e aí do meio pra lá seria mais fácil, sabe? De lidar e não vazio no sentido de ‘ Tá, vou continuar tomando, tomando. Vou continuar tomando.’ E daí, parou e eu tive que esperar a consulta. Teria dado mais suporte. Porque, por exemplo, lá sei se isso era normal, sentir um cansaço ou sono, muito sono. Era normal?*

Por fim, relatou que acabou procurando informações a respeito dos sintomas que apresentava na internet.

O material obtido nas entrevistas lança luz para a questão da necessidade de aprimorar a execução do protocolo de PEPSexual nos serviços, bem como treinar o lugar de escuta dos profissionais de saúde para as demandas trazidas pelos pacientes em todo o caminho percorrido dentro do serviço. Dizer da própria vida sexual ainda é um tabu na nossa sociedade. Quando existe um contexto no qual falar desse tema está vinculado a um problema em saúde, essa situação é agravada, já que há uma tendência por parte dos sujeitos em acreditar que o cuidado em relação a sua saúde pode ser negligenciado caso ele tiver vivenciado uma relação sexual “condenável”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Correa (2016), falar sobre a aids no Brasil é se propor a discutir como nosso país se estrutura socialmente, como se dão as hierarquias das diferenças, e também como compomos o espaço público democrático com os programas de inclusão social. Este trabalho se preocupou em abordar a sexualidade em articulação com as construções da masculinidade no contexto de busca pela PEPsexual. Circunscrever o exercício sexual dos homens a partir dos valores e sentidos que eles atribuem aos seus comportamentos e da sua percepção de risco para o HIV evidenciou uma discussão que continua a ser uma pauta importante na reflexão do cuidado em saúde que é a da vulnerabilidade masculina. Nossos entrevistados, de maneira geral, não preenchiam os requisitos necessários para o uso da profilaxia, mas, mesmo assim, compreendiam que aquela exposição em especial os havia colocado em uma situação de maior risco.

Segundo as mais recentes publicações, os dados a respeito do HIV/Aids são contraditórios (Correa, 2016; Grangeiro, 2016). Em 2015, 54% das pessoas infectadas pelo vírus desconheciam seu status sorológico, mesmo quando apresentavam carga viral detectável após o diagnóstico, o que aumentaria as chances de novas pessoas se infectarem. O número de testagens realizadas aumentou, no entanto, o número de pessoas soropositivas identificadas não. Esses pontos corroboram os dados produzidos por este trabalho de que as pessoas que de fato deveriam fazer uso da PEPsexual não são as que chegam ao serviço.

Kuchenbecker (2015) ressalta os seguintes fatores: a ausência de conhecimento prévio dos benefícios da profilaxia; a ausência de acesso facilitado aos serviços; a ausência de uma percepção adequada do risco – o que dificulta a decisão de busca pela PEP em tempo hábil; e a adesão inadequada ao protocolo medicamentoso em função dos efeitos colaterais.

A existência de representações sociais baseadas em juízo de valores diferenciais para homens e mulheres na cultura brasileira contribui para que determinados atributos morais sejam delegados à masculinidade e à feminilidade em nossa sociedade (Guimarães, 1994).

Os resultados e análises deste trabalho se dividiram em três eixos principais: 1) A vivência sexual masculina; 2) A percepção sobre o risco e prevenção e 3)

Conhecimentos e busca pela PEP. Quanto ao primeiro tópico nos chamou atenção que o exercício da sexualidade ainda está atrelado ao sentimento de culpa. A história nos mostra que o sexo é algo maleável, variável; discursos médicos recortam partes do corpo de diferentes maneiras de acordo com a época, contextos, discursos e lugares. A grande maioria dos nossos entrevistados relataram que tiveram relações sexuais com outros homens na cena que os motivou à busca pela PEP sexual. Se o sexo em si já é algo que na nossa cultura suscita questões problemáticas, o sexo homoerótico – anal –, ao se desvincular da função reprodutiva, parece estar atrelado a discursos de ordem moral bastante cruéis. A repressão do anal e, conseqüentemente, a dicotomia entre passividade/atividade ainda permanece com um papel importante na construção da masculinidade contemporânea. Tendo em vista tais dimensões, nos chamou atenção o fato de que as entrevistas apresentaram uma aproximação da passividade masculina com a vivência sexual feminina. Se por um lado existe o desejo de construir uma identidade sexual virtuosa – e, portanto, positiva –, por outro, há o fato de que existiria uma explicação externa para o próprio desejo, que pode ser através do relato de vivências sexuais não rotineiras, como a ida a saunas e a casas de swing e, também, o exercício da sexualidade no contexto de uso de álcool. Ou seja, parece que existe um esforço em se distanciar da cena sexual que os levaram a fazer uso da profilaxia para poder assumir, mesmo que de forma conflituosa, a vivência da sexualidade.

Sobre a temática "A percepção sobre o risco e prevenção", chamou atenção o fato de que o HIV/Aids permanece com lugar hegemônico entre as DSTs. Nenhum dos nossos entrevistados relatou preocupação com outras infecções. Ainda nesta seara, percebeu-se que a noção de risco e, posteriormente, a tomada de decisão por estratégias de prevenção ao vírus estão atreladas à homossexualidade e ao sexo anal. Ao que parece, os discursos produzidos no início da epidemia do HIV/Aids a respeito de uma conduta homossexual perigosa – e por isso passível de punição – ainda está presente nos sentidos atribuídos às experiências sexuais. Para além disso, e de acordo com a literatura especializada, os homens continuam a adotar o uso do preservativo como principal método de prevenção. Essa medida é mais ou menos consistente a depender do parceiro sexual. Quando ele é conhecido, o *condom* é abandonado. No caso dos homens autodeclarados heterossexuais, essa escolha pode sofrer mudanças se a parceira fizer uso da pílula anticoncepcional.

Quanto ao último eixo – “Conhecimentos e busca pela PEP” – nos surpreendeu o fato de que a maioria dos entrevistados conhecia a profilaxia e chegou ao serviço expressando seu desejo de fazer uso desta. Esse dado contradiz a literatura que aponta para o baixo conhecimento da população a respeito desse recurso de prevenção. Tendo em vista que essa discrepância e o fato de que 12 dos 15 participantes relataram ter vivido uma relação sexual com outro homem, levantamos a hipótese de que talvez os HSH possuam um conhecimento maior sobre métodos preventivos às DSTs. Isso poderia ocorrer em função desse grupo apresentar taxas de prevalência para o HIV/Aids maiores que a população em geral e, portanto, se ver convocado a fazer uso de outros recursos de proteção.

Esta pesquisa, como dito no início do texto, é um recorte de uma pesquisa maior que não tinha como objetivo central investigar em profundidade as construções das masculinidades e sua relação com a prevenção ao HIV no contexto de busca pela PEPSexual, já que incluía as mulheres no protocolo. Nesse sentido, avalio que houve uma limitação no aprofundamento de algumas questões próprias às masculinidades, bem como desafios quanto ao planejamento e à execução do campo de pesquisa. Um ponto que destaco que poderia ter sido mais aprofundado, e que possivelmente enriqueceria a análise de dados, é a questão geracional. Os últimos estudos indicam que o número de homens infectados cresce na faixa entre 15 a 24 anos (Grangeiro, 2016). A média de idade dos nossos entrevistados foi de 32,1. Apenas 20% dos sujeitos estão incluídos nesta faixa mais jovem.

A epidemia do HIV/Aids apresentou inúmeras fases: uma "doença gay", uma doença silenciosa entre as mulheres – em especial aquelas que estavam em um relacionamento estável –, uma infecção que não poupava as crianças, que "não tinham responsabilidade sobre os atos de seus pais", dentre outras. O fato é que quanto maior a negligência sobre as populações mais vulneráveis, maior a denúncia de descaso. Não ao acaso, as maiores taxas de prevalência estão entre os usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e HSH. Os últimos dados revelam que, no caso deste último grupo, a taxa pode chegar a 20%.

A partir do contexto da prevenção combinada, mais especificamente da PEPSexual, este estudo buscou contribuir com os discursos a respeito da prevenção ao HIV/aids a partir dos referenciais de gênero, masculinidades e vulnerabilidade. Nesse

sentido, entendeu-se que ainda persiste uma falta de conhecimento no que se refere à sexualidade humana. Aspectos como a construção social das identidades sexuais, os significados culturais atribuídos à conduta sexual, bem como a produção de sentidos eróticos para as mais diversas práticas sexuais em cenários socioculturais distintos, são elementos indispensáveis para pensarmos em estratégias de dialogar sobre a prevenção ao HIV/Aids com as populações mais vulneráveis. As entrevistas realizadas demonstraram que a socialização da sexualidade masculina deve ser colocada como um componente prioritário para compreender de que maneira é possível – ou não – adotar estratégias de prevenção.

É importante ressaltar que os discursos dos usuários são marcados por estereótipos a respeito do sexo anal. E nesse sentido, ainda há uma associação importante entre a epidemia do HIV/aids e a homossexualidade masculina. No imaginário social o vírus continua desempenhando o papel de redefinir, mesmo de maneira parcial, a categorização e a classificação das identidades sexuais. Embora os entrevistados tenham demonstrado um nível significativo de conhecimentos básicos a respeito do HIV/aids, o esclarecimento a respeito de questões mais complicadas – como o sexo oral e uso correto do preservativo – ainda é baixo.

A maneira como os homens constroem os discursos sobre a própria sexualidade e sua percepção de risco são fundamentais para compreendermos de que forma eles se dirigem ao serviço de saúde e, neste sentido, como é possível estruturar de forma mais eficaz a oferta e implementação do protocolo da PEPSexual.

## REFERÊNCIAS

Aggleton P, Mazín R. Ya se dispone de antirretrovíricos contra el VIH y el sida: ¿Es necesaria ahora la prevención? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2000 Mar; 7(3):197-204.

Alves MFP. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: Representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(Suppl 2):S429–39.

Ayres JRCM, Paiva V, França Junior IF. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*: livro 1: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71–94.

Badinter E. *XY: Sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.

Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F, Aguilar VM. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2001 Ago; 10(2):86-94.

Baral S, Burrell E, Scheibe A, Brown B, Beyrer C, Bekker LG. HIV risk and associations of HIV infection among men who have sex with men in peri-urban Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*. 2011; 11:766.

Basthi A. Sexualidade: sexo e desejo na presença da AIDS. *Boletim ABIA* [Internet]. 2015 Jun; 60:3–4. Disponível em: [http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM\\_ABIA\\_60\\_site1.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site1.pdf)

Berry SA, Fleishman JA, Moore RD, Gebo KA, HIV Research Network. Trends in reasons for hospitalization in a multisite United States cohort of persons living with HIV, 2001 - 2008. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012 April; 59(4): 368-75.

Beyrer C, Baral SD, Van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, Brookmeyer R. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012 Jul; 380(9839):367-77.

Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J, Trapence G, Katabira E, Kazatchkine M, Ryan O, Wirtz AL, Mayer KH. The global response to HIV in men who have sex with men. *Lancet*. 2016 Jul; 388(10040):198–206.

Braz CA. Macho versus Macho: um olhar antropológico sobre práticas homoeróticas entre homens em São Paulo. *Cad. Pagu*. 2007; 28:175-206.

Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRFS. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens

(HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Mai; 31(5):1-14.

Cáceres CF, Konda KA, Salazar X, Leon SR, Klausner JD, Lescano AG, Maiorana A, Kegeles S, Jones FR, Coates TJ. New Populations at High Risk of HIV/STIs in Low-income, Urban Coastal Peru. *AIDS Behav*. 2008 Jul; 12(4):544-51.

Carvalho Filho SA. A masculinidade em Connel: os mecanismos de pensamento articuladores de sua abordagem teórica. In: 13o Encontro de História Anpuh-Rio: Identidades. Rio de Janeiro: Associação Nacional de História; 2008. p. 1-7.

CDC. HIV Surveillance Report, 2012; vol. 24 [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>

Chen SY, Gibson S, Weide D, McFarland W. Unprotected Anal intercourse between potentially HIV-Serodiscordant men who have sex with men, San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003 Jun; 33(2):166-70.

Chequer P, Hearst N, Castilho EA, Rodrigues L, Peralta M, Land-Mann C, Benzaken A, Santos E, Onaga E, Ramos M, Bueno L. HIV antibody prevalence in STD patients of five state capitals in Brazil. In: VIII International Conference on AIDS, *Abstracts*, poc 4296, p. C234, Amsterdã; 1992.

Chizzotti A. *A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez; 1991.

Clark HA, Bowles KE, Song B, Heffelfinger JD. Implementation of rapid HIV testing program in community and outreach settings: perspectives from staff at eight community-based organizations in seven U.S. cities. *Public Health Rep*. 2008; 123(Suppl 3):86-93.

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, *et al*. Prevention of HIV-1 infection with early Antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. *N Eng J Med*. 2011 Aug;365(6):493-505.

Connell RW. *Masculinities: knowledge, power and social change*. Cambridge: Polity Press / Blackwell Publishers; 1995.

Connell R, Pearse R. *Gênero: uma perspectiva global*. São Paulo: NVersos; 2015.

Correa S. A resposta brasileira do HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In: ABIA. *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira a epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA; 2016. Disponível em: [http://abiains.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiains.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf)

Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Out; 17(10):2569-78.

Daniel H, Parker R. *Sexuality, politics and AIDS in Brazil: In another world?* United Kingdom: Routledge Falmer; 1993.

Deiss RG, Brouwer KC, Loza O, Lozada RM, Ramos R, Cruz MAF, Patterson TL, Heckathorn DD, Frost SD, Strathdee SA. High-risk sexual and drug using behaviors among male injection drug users who have sex with men in 2 Mexico-US border cities. *Sex Transm Dis.* 2008 Mar; 35(3):243-9.

Demo P. *Metodologia científica em ciências sociais.* 3a ed. São Paulo: Editora Atlas; 1995.

Donnell D, Mimiaga MJ, Mayer K, Chesney M, Koblin B, Coates T. 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 Behav.* 2010;14(5):1182-9.

Durkheim É. *As regras do método sociológico.* 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis.* 2006 Feb;19(1):26–32.

Feliciano KVO. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005 Dez;5(Suppl 1):s83-s92.

Fernandez N. Gerenciamento de riscos em tempos de novas tecnologias de prevenção na perspectiva dos direitos humanos. *Boletim ABIA* [Internet]. 2015; 60:8–18. Disponível em: [http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM\\_ABIA\\_60\\_site1.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site1.pdf)

Ferraz D, Paiva V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Rev. bras. epidemiol.* 2015 Set;18(Suppl 1):89–103.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Jan;24(1):17–27.

Freud S. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos.* Rio de Janeiro, RJ: Imago; 2006. (Obras completas, v.XXII)

Freyre G. *Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal.* 48a ed. São Paulo: Global; 2003.

Fry P, MacRae E. *O que é homossexualidade.* São Paulo: Brasiliense; 1983.

Gagnon J, Simon W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality.* Chicago: Aldine; 1973.

Gavigan K, Ramirez A, Milnor J, Perez-Brumer A, Terto Jr V, Parker R. Pedagogia da prevenção: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI. *Perspectiva política* [Internet]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2015. Disponível em: [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief\\_portugues\\_jan2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf)

Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(Supl 1):983–92.

Granados-Cosme JA, Nasaiya K, Brambila AT. Actores sociales en la prevención del VIH/SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa en México, 1994-2000. *Cad. de Saúde Pública*. 2007 Mar;23(3):535–44.

Grangeiro, 2016. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: ABIA. *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira a epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA; 2016. Disponível em: [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf)

Grotz F, Parker R. O retorno do vírus ideológico. *Boletim ABIA* [Internet]. 2015; 60:19–21. Disponível em: [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM\\_ABIA\\_60\\_site1.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site1.pdf)

Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*. 2002 Ago; 36(4):50–60.

Guimarães CD. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores. *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará; ABIA; IMS/UERJ; 1994. p. 217-30. (Série História Social da AIDS, vol. 2)

Guimarães CD. "Mas eu conheço ele!": um método de prevenção do HIV/aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 169-80. (Série História Social da Aids, vol. 7).

Guimarães CD, Terto Jr V, Parker RG. Homosexuality, bisexuality, and HIV/AIDS in Brazil: An annotated bibliography of social science publications. *Physis* [Internet]. 1992; 2(1):151–83.

Halkitis PN, Zade DD, Shrem M, Marmor M. Beliefs about HIV non-infection and risky sexual behavior among MSM. *AIDS Educ Prev*. 2004 Oct; 16(5):448–58.

Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*. 1991; 1:23-36.

Heuker J, Sonder GJB, Stolte I, Geskus R, van den Hoek A. High HIV incidence among MSM prescribed postexposure prophylaxis, 2000–2009. *AIDS*. 2012 Feb; 26(4):505–12.

Hull M, Lange J, Montaner J. Treatment as prevention – where next? *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014 Dec; 11(4):496-504.

Jodelet D. Representações do contágio e a aids. In: Jodelet D, Madeira M, editores. *Aids e as representações sociais: a busca de sentidos*. Natal: EDURFN; 1998. p. 17–45.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneve: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

Kalichman SC, Simbayi LC, Vermaak R, Cain D, Jooste S, Peltzer K. HIV/AIDS risk reduction counseling for alcohol using sexually transmitted infections clinic patients in Cape Town, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Apr; 44(5):594–600.

Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. In: Rodriguez R, editor. *Fin de Siglo, Genero y Cambio Civilizatorio*. Santiago: Isis Internacional; 1992. p. 129–38. (Ediciones de las Mujeres, 17)

Kimmel M. Homofobia, temor, verguenza y silencio en la identidad masculina. In: Valdés T, Olavarría J, editores. *Masculinidades: poder y crisis*. Santiago: Isis Internacional; 1997. p. 49–62. (Ediciones de las Mujeres, 24)

Kuchenbecker R. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV?. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Set; 18(Suppl 1):26-42.

Louro GL. Pedagogias da sexualidade. In: Louro GL, organizadora. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.

Marins, JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003 Jul; 17(11):1675-82.

Marques Junior JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva*; 2012 Fev;17(2):511–20.

Martin JN1, Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Bamberger JD, Kohn RP, Chesney MA, Franes K, Kahn JO, Coates TJ, Katz MH. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. *AIDS*. 2004 Apr; 18(5):787–92.

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis S, editores. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. 20a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST [Internet]. Ano III n.1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_final\\_pdf\\_15565.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf)

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico – AIDS e DST [Internet]. Ano IV n.1. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)

Mizuno Y1, Borkowf C, Millett GA, Bingham T, Ayala G, Stueve A. Homophobia and racism experienced by Latino men who have sex with men in the United States: correlates of exposure and associations with HIV risk behaviors. *AIDS Behav*. 2012 Apr; 16(3):724-35.

Montaner JS, Lima VD, Barrios R, Yip B, Wood E, Kerr T, Shannon K, Harrigan PR, Hogg RS, Daly P, Kendall P. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet*. 2010; 376(9740):532–9.

Moscovici S. On social representation. In: Forgas JP, editor. *Social cognition*. London and New York: Academic Press; 1981. p. 43-9.

Moscovici S. Introduccion a el campo de la psicologia. In: Moscovici S, editor. *Psicología social: Influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos*. 2a ed. Barcelona: Paidós Iberica; 1985.

Mota MP. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em tempos de Aids. *Cad. Saúde Pública*. 1998 Jan; 14(1):145–55.

Nosyk B, Montaner JS, Colley G, Lima VD, Chan K, Heath K, Yip B, Samji H, Gilbert M, Barrios R, Gustafson R, Hogg RS; STOP HIV/AIDS Study Group. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996– 2011: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2014 Jan; 14(1):40–9.

Pando MA, Balán IC, Marone R, Dolezal C, Leu CS, Squiquera L, Barreda V, Fermepín MR, Gallo Vaulet L, Rey J, Picconi M, Carballo-Diéguez A, Avila MM. HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men recruited by RDS in Buenos Aires, Argentina: high HIV and HPV infection. *PLoS One*. 2012; 7(6):e39834.

Parker RG. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Parker RG, Cavallari MTM. *Corpos, prazeres e paixões: A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller; 1991.

Paschoalick RC, Lacerda MR, Centa M de L. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enferm*. 2006 Jan;11(1):80-6.

Patton MQQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 8th ed. Newbury Park, Calif.: Sage Publications; 1990.

Rebello LEFS, Gomes R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009 Abr; 14(2):653-60.

Rebello LEFS, Gomes R, Souza ACB. Homens e a prevenção da aids: Análise da produção do conhecimento da área da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011 Mar; 15(36):67-78.

Rezende ELLF, Vasconcelos AMN, Pereira MG. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2010 Dez; 14(6):558-563.

Saéz J, Carrascosa S. *Pelo cu: políticas anais*. Belo Horizonte: Letramento; 2016.

Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. 1995; 20(2):71-99.

Silva SG. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicol. cienc. prof*. 2000 Set; 20(3):8-15

Sontag S. *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 1993 Set; 9(3):300-8.

Spink MJP. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Jovchelovitch S, Guareschi P, editores. *Textos em representações sociais*. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 117-45.

Taquette SR, Rodrigues AO. Experiências homossexuais de adolescentes: Considerações para o atendimento em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015 Dez; 19(55):1181-91.

Terto Jr V. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: Parker RG, Barbosa RM, editores. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1996.

Terto Jr. V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Set; 18(Suppl 1): 156-68.

Vance CS. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis.* 1995; 5(1):7-32.

Villarinho L, Bezerra I, Lacerda R, Latorre MRDO, Paiva V, Stall R, Paiva V, Stall R, Hearst N. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Rev. Saúde Pública.* 2002 Ago; 36(4):61-7.

Villela WV, Barbosa RM. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Set; 18(Suppl 1): 131-142.

Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Nov; 22(11):2467-72.

Vinhal M. Disfunção erétil. *Revista Vigor - Movimento e saúde.* 2009.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL, editor. *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade.* Belo Horizonte: Autêntica; 2016. p. 35-82.

Wilson DP, Regan DG, Heymer K-J, Jin F, Prestage GP, Grulich AE. Serosorting may increase the risk of HIV acquisition among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2010 Jan; 37(1):13-7.

## ANEXO I

## PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FMUSP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Masculinidade e Prevenção: a relação entre a prática sexual dos homens e a profilaxia pós-exposição sexual (PEP)

**Pesquisador:** marcia thereza couto falção

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39253414.1.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 914.196

**Data da Relatoria:** 15/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

A população que apresenta maior prevalência para o HIV é a dos homens. Os padrões de masculinidades influenciam fortemente a prevenção e promoção de saúde no campo da saúde sexual. O uso de medicamentos antiretrovirais para profilaxia da transmissão ao HIV pós exposição sexual (PEP) atualmente vem sendo inserido no contexto de prevenção e se apresenta como uma nova tecnologia capaz, em muitos casos, de evitar que o indivíduo venha a desenvolver a doença. Este estudo irá analisar os homens (heterossexuais e os que fazem sexo com homens-HSH) que buscam a profilaxia pós exposição sexual.

Trata-se de estudo para obtenção de título de mestre, avaliando o conjunto dos participantes (heterossexuais e HSH) e serão buscadas aproximações e distanciamento entre os grupos. E em paralelo, um estudo de iniciação científica, explorando apenas o grupo dos HSH. Estes dados serão coletados

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.248-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep\_fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FMUSP



Continuação do Protocolo: 214.126

através de entrevistas estruturadas em dois contextos diferentes: nas rotinas de atividades do serviço e nos atendimentos às pessoas que buscam o PEP.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo: Diante deste panorama, o objetivo mais amplo do estudo é investigar os homens heterossexuais e os que fazem sexo com outros homens (HSH) em termos: 1. das configurações identitárias em termos da sexualidade e como estas se relacionam com a dimensão das práticas sexuais que estabelecem em parcerias fixas e eventuais; 2. das representações sociais dos homens quanto ao HIV e à AIDS o significado que atribuem ao risco de contrair HIV; 3. do que os motiva a procurar a PEP sexual, o uso que fazem do serviço especializado em DST/HIV e como vivenciam a experiência no protocolo da PEP sexual.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Como trata-se de projeto que envolve apenas entrevista presencial com pesquisador treinado consideramos a pesquisa como de Risco Mínimo. Os participantes que, durante a entrevista, apresentarem demanda de atenção psicológica e/ou clínica, serão encaminhados para atendimento no próprio serviço (por se tratar de um serviço de referência em DST/HIV-Aids).

Benefícios: Compreensão do problema de pesquisa, ainda pouco explorado na literatura nacional e Internacional. Contribuições também importantes para as pesquisas sobre a masculinidades e a sexualidade, enfocando as repercussões da relação entre estas duas dimensões no contexto da epidemia do HIV/Aids e da gestão de risco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Metodologia de Análise de Dados:**

Em relação às etapas consecutivas à coleta de informações em campo, destaca-se: 1) transcrição e

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 38  
 Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-903  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FMUSP



Continuação do Projeto: 014.190

leitura

do material; 2) codificação das informações, 3) análise. Os dados colhidos através do diário de campo das observações e dos depoimentos dos usuários serão tratados a partir do método de interpretação de sentidos, baseando-se em princípios hermenêuticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre os dois grupos de homens e a instituição de saúde. (GOMES et al., 2005). Na trajetória analítico-interpretativa, serão percorridos os seguintes passos: • Leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa; • Identificação do recorte temático que irá emergir dos depoimentos; • Identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; • Busca de sentidos socioculturais subjacentes as falas dos sujeitos da pesquisa; • Diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; • Elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos. A análise e a interpretação etnográficas seguirão os mesmos princípios do método de interpretação de sentidos (Gomes et al, 2005), buscando desvendar a lógica e os sentidos submersos nas ações (perspectiva hermenêutica) e confrontando estas ações com o plano das intenções/idealizações com o seu contexto (perspectiva dialética). A trajetória analítico interpretativa, basicamente, ocorrerá em três fases: • Descrição das observações; procurando elaborar um "construto de primeira ordem" a partir dos registros realizados com base no roteiro da observação – nesta fase as opiniões e ações registradas serão preservadas da maneira mais fiel possível; • Identificação de eixos analíticos na descrição das ações; decompondo o que foi descrito em elementos

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep\_fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 914.196

estruturantes das ações

observadas e levando em conta os aspectos simbólicos presentes nessas ações, tentando compreender as Intenções, as convenções, os modelos estruturantes, seus aspectos referenciais e suas articulações contextuais; • Interpretação das ações, procurando elaborar uma síntese do que foi analisado, realizando um "construto de segunda ordem", através do diálogo entre: ações e contexto, Intenções e realizações, material empírico e perspectiva teórica.

As entrevistas serão realizadas através do seguinte roteiro: conceitos e conhecimentos sobre o PEP, contexto da busca por esta tecnologia, relação com o serviço e o uso desta profilaxia e percepção e gerenciamento do risco de contaminação.

Amostra: será utilizado os critérios de saturação de campo

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

- \* Autorização do Centro de Referência DST/AIDS para a coleta de dados.
- \* TCLE apresentado de forma clara e de acordo com a legislação vigente.

**Recomendações:**

Não há.

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

Projeto adequado e factível.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 914.196

SAO PAULO, 15 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:  
Roger Chammas  
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

**ANEXO II****ROTEIRO ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DE PEP –  
Grupo PEP*Sexual***

Iniciais nome: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Vamos começar conversando um pouco sobre você:

Qual a sua idade?

Você tem algum trabalho remunerado ou trabalha de outras maneiras? Conte-me um pouco mais sobre seu trabalho.

No momento, você tem algum relacionamento amoroso?

Você tem filho(s)? São da sua relação atual? Moram com você?

Você tem alguma religião? Qual? \_\_\_\_\_

É praticante? \_\_\_\_\_

Como você se define em relação à sua raça/cor?

 Branco Preto Pardo Amarelo Indígena

Como você se define em relação à sua orientação sexual?

**Explorando o conhecimento e o uso da PEP**

Como você ficou sabendo da existência da PEP? E que informações que você tinha sobre a PEP? (*Explorar: Se foi informação por algum amigo/conhecido, internet, folheto/cartaz, 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.*)

Como você imaginava que seria a PEP, como seria usar a PEP? (*explorar a situação atual*).

Como foi chegar até o serviço? Você já tinha vindo aqui alguma vez? (*explorar a situação atual em termos da dificuldade de acesso, do receio quanto ao atendimento e à demanda por PEP; caso o usuário tivesse vindo ao serviço antes, investigar quais os motivos, a demanda que o trouxe, se conseguiu resolvê-la*)

Me conte como foi a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP aqui (*Explorar todas as possibilidades: quem atendeu, o tempo que levou, como sentiu a reação dos diversos profissionais, como reagiu, como manejou a narrativa sobre a cena que levou a buscar PEP frente aos diferentes profissionais, etc.*)

E como foram os outros atendimentos, nas vezes que você voltou ao serviço? (*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*).

O que você mudaria no atendimento que você recebeu?

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 me 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.*)

### **Prevenção e as (possíveis) mudanças com a PEP**

Agora nós vamos conversar um pouco sobre prevenção.

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)*

**(Heterossexuais)** Você usa algum método para evitar gravidez? Qual? Você acha que ele interfere no modo como você lida com a prevenção do HIV?

*(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)*

*(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).*

### **Explorando a busca e o uso da PEP**

Agora vou te pedir para lembrar o que aconteceu na relação sexual que fez você vir em busca da PEP. Tente recordar onde você estava, que lugar era, como era esse lugar, quem estava com você, tente voltar praquele lugar e lembrar o que você sentiu naquela ocasião. Se você preferir, pode fechar os olhos.

Agora eu gostaria que você me contasse o que aconteceu, como se fosse uma cena de novela ou de um filme. *Onde você estava? Como era esse lugar (claro/escuro, ermo/movimentado, público/privado etc.)? É um lugar que você costuma frequentar? E quem mais estava lá? Quem era o seu parceiro sexual? Como foi a relação sexual de vocês? Teve penetração? Vaginal, anal? Teve camisinha? Como você se sentiu? Você pensou em prevenção na hora?*

*(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, se faz parte de algum contexto de mudança em sua vida afetiva/sexual, etc)*

Você poderia me narrar, também como se fosse uma cena de um filme, em que momento você pensou ou sentiu que precisava buscar a PEP? *Onde você estava? Quanto tempo depois da relação sexual isso aconteceu? Você conversou com alguém? Conversou com o parceiro?*

*(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).*

**Você gostaria de fazer algum comentário adicional? O que achou da entrevista?**

**Muito obrigada!**

## ANEXO II

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido Usuários da PEP

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 (responsável-nome/email/telefone/endereço/horário), assim como o pesquisador responsável pelo estudo (Alexandre) e o Comitê de Ética do serviço (endereço/telefone/email) ou da Faculdade de Medicina (endereço/telefone/email).

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)