


unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Faculdade de Ciências e Letras
Campus de Araraquara - SP

MAYRA SAVI GONÇALVES

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV:
processos de escolha e a rede de atenção em saúde de homens
do interior do estado de São Paulo.



ARARAQUARA – S.P.
2022

MAYRA SAVI GONÇALVES

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV:
processos de escolha e a rede de atenção em saúde de homens
do interior do estado de São Paulo.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado para exame de qualificação.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento, sexualidade e diversidade na formação de professores

Orientador: Prof. Dr. Florêncio Mariano da Costa Junior

ARARAQUARA – S.P.
2022

G635p Gonçalves, Mayra Savi
 Profilaxia Pré-Exposição ao HIV : processos de escolha
 e a rede de atenção em saúde de homens do interior do
 estado de São Paulo. / Mayra Savi Gonçalves. --
 Araraquara, 2022
 87 f. : tabs.

 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
 (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara
 Orientador: Florêncio Mariano da Costa Junior

 1. Educação Sexual para Homens. 2. HIV. 3.
 Preservativos. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

MAYRA SAVI GONÇALVES

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV: processos de escolha e a rede de atenção em saúde de homens do interior do estado de São Paulo.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado para exame de qualificação.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento, sexualidade e diversidade na formação de professores

Orientador: Prof. Dr. Florêncio Mariano da Costa Junior

Data da defesa: 25/05/2022

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Florêncio Mariano da Costa Júnior
FIB – Faculdades integradas de Bauru

Membro Titular: Profa. Dra. Raquel Baptista Spaziani
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

Membro Titular: Profa. Dra. Tatiana de Cassia Ramos Netto
UNISAGRADO – Centro Universitário Sagrado Coração

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

Agradecimentos

Iniciarei meus agradecimentos resumindo que aqui estão algumas das pessoas mais importantes ao longo da minha história, não apenas nesse ciclo da minha vida e sim em tudo que me trouxe até aqui.

Agradeço à minha mãe, Denise e ao meu avô, Cesar. Sem vocês nada disso seria possível. Obrigada por acreditarem em mim, por me apoiarem em todos os projetos da minha vida e por me acolherem quando as noites ficam escuras. Obrigada pelo amor, cuidado, zelo, carinho, respeito e todas as outras ações e sentimentos que me sustentaram até aqui.

Ao meu irmão, Bruno, que sempre esteve onde e quando eu precisei. Que me ouviu atentamente, que é meu parceiro de empreitadas na vida e que me deu os sobrinhos mais incríveis que eu poderia ter.

À Jessica, Isabela, Mário, Ana e Yubis, obrigada por me acompanharem nas aulas, discussões, pesquisas, congressos, almoços. Obrigada por permitirem partilhar meus medos e receios, principalmente em tempos pandêmicos. Vocês foram fundamentais para que o mestrado fosse um lugar de crescimento, acolhimento e amizade.

Agradeço imensamente a todos os participantes dessa pesquisa, e a todos que a divulgaram. Obrigada pelo respeito, confiança e por permitirem que esse diálogo ocorresse.

Aos professores da pós, que me enriqueceram com o conhecimento compartilhado, que me mostraram possibilidades e me encorajaram a ser Educadora Sexual, mesmo num país onde a educação é cada vez mais desvalorizada. Eles mostraram que nós podemos fazer a diferença e mudar esse mesmo país.

Agradeço aos componentes da minha banca: Dra. Tatiana de Cássia Ramos Netto, Dra. Raquel Baptista Spaziani, Dra. Ana Carla Vieira Ottoni e Dr. Ricardo Desidério da Silva por aceitarem participar da banca e contribuírem com meu crescimento acadêmico.

Finalmente, e com muito carinho, agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Florêncio Mariano da Costa Junior, pela atenção, respeito, orientação, aprendizado e exemplo durante esse percurso. Obrigada pelos incentivos, direcionamentos, por me ensinar como é ser pesquisadora e por acreditar que isso seria possível.

RESUMO

Ainda que a AIDS seja considerada hoje como uma doença crônica e não mais letal, o HIV continua presente no cenário brasileiro. Os métodos de barreira ofertados pelo sistema de saúde nem sempre alcançam o público alvo, ou conseguem manter a continuidade dos usuários. A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) surge como uma estratégia de prevenção ao HIV e está disponível no Sistema Único de Saúde, com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV. Essa pesquisa investigou, através de entrevistas semiestruturadas, o que seis homens residentes do interior do estado de São Paulo sabem sobre a PrEP, como percebem sua vulnerabilidade ao HIV e como a relacionam com suas práticas sexuais, bem como, qual a percepção desses homens ao recorrerem a serviços de saúde públicos ou privados. A análise de dados foi pautada no método dialético hermenêutico. Os resultados obtidos nas entrevistas indicam que o preservativo masculino segue sendo tido como obrigatoriedade quando falamos de cuidados com a saúde sexual masculina. Os entrevistados explicitaram a posição dos serviços de saúde, públicos e privados e dos profissionais de saúde, com relação à “necessidade” do uso da camisinha. Os participantes que apresentaram mais conhecimento sobre outros métodos de prevenção, como a PrEP, por exemplo, são os homossexuais. No entanto, tal conhecimento surge muito mais por interesse do indivíduo do que por divulgação em ambientes públicos de saúde.

Palavras-chave: Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), HIV, Educação Sexual, preservativo masculino.

ABSTRACT

Even though AIDS is considered today as a chronic and no longer lethal disease, HIV is still present in the Brazilian scenario. The barrier methods offered by the health system do not always reach the target audience, or manage to maintain the continuity of users. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) emerges as an HIV prevention strategy and is available in the Unified Health System, HIV transmission. This research investigated, through interviews, what men from the countryside of the state of São Paulo know about PrEP, how they perceive their vulnerability to HIV and how they relate it to their sexual practices, as well as, what is the perception of these men when resorting to public or private health services. Data analysis was based on the hermeneutic dialectical method. The results obtained in the interviews indicate that the male condom continues to be considered mandatory when we talk about male sexual health care. The interviewees explained the position of public and private health services and health professionals regarding the “need” to use condoms. The participants who showed more knowledge about other prevention methods, such as PrEP, for example, are homosexuals. However, such knowledge arises much more from the interest of the individual than from dissemination in public health environments.

Keywords: Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), HIV, Sex Education, Male condom

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	49
Quadro 2.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Aintirretroviral
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV e AIDS
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Aintirretroviral
TCP	Tratamento como Prevenção
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 A EPIDEMIA DE HIV NO BRASIL.....	17
3 VULNERABILIDADE, CUIDADOS EM SAÚDE E GRUPOS VULNERÁVEIS: HOMENS E PRÁTICAS SEXUAIS.....	20
4 A REDE DE PROTEÇÃO.....	24
4.1 Os Antirretrovirais e a cronicidade do HIV.....	24
4.2 O preservativo na Linha de Frente.....	27
4.3 Prevenção Combinada.....	30
4.4 A necessidade de uma rede de proteção mais ampla e efetiva.....	32
5 A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV COMO ESTRATÉGIA.....	34
6 GÊNERO E MASCULINIDADES.....	39
7 BIOPODER.....	42
8 OBJETIVOS.....	46
8.1 Objetivos específicos.....	46
9 MÉTODO.....	47
9.1 Participantes.....	47
9.2 Instrumento de coleta e produção dos dados.....	49
9.3 Estratégias de análise dos dados.....	52
10 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
10.1 A vulnerabilidade percebida e a escolha dos métodos de barreira.....	60
10.2 A PrEP e sua indicação.....	64
10.3 O acesso aos serviços de saúde.....	67
10.4 A PrEP nos serviços de saúde utilizados.....	70
10.5 A discussão a respeito da saúde sexual do homem e a Educação Sexual.....	72
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO A.....	84

APRESENTAÇÃO

Quando decidi me aventurar pelo mestrado, busquei algo que realmente me agregasse conhecimentos além dos mares que já havia navegado. Após a formação em psicologia, a opção lógica seria um mestrado nessa área, mas eu queria algo que realmente me desafiasse, algo novo, que fizesse a diferença na pessoa e na profissional que eu sou.

Me deparei com o mestrado em Educação Sexual e imediatamente fui entender do que se tratava, o que seria estudado, o que ele contribuiria para mim e para a sociedade no modo geral. Nesse momento, iniciava-se a minha nova jornada. Parei de buscar outros cursos, pois ali estava o que eu buscava: um tema pouco conhecido, enriquecedor e de valor.

Iniciei o mestrado no ano de 2019, uma nova política no país, onde essas duas palavras, “educação” e “sexual” estavam sendo demonizadas por políticos e fanáticos. Como vou conseguir produzir algo que seja visto como ciência, nesse contexto, onde o que escolhi estudar está sendo deturpado e condenado? Pesquisei temáticas que poderiam embasar uma pesquisa e me deparei com algo, nada novo, e que tornaria meu projeto viável: HIV.

Ao dialogar com meu orientador, buscamos sair do mais do mesmo e produzir um estudo que pudesse de alguma forma, no mínimo, fornecer informações novas a respeito, diferente do “não faça sexo sem camisinha”. Meu orientador é Doutor em saúde e realiza pesquisas a respeito de masculinidades, e estava nesse período pesquisando sobre PrEP e PEP. Pela relevância da temática e por ser pouco explorado até o momento, conclui que havia espaço para realizarmos a pesquisa a respeito da PrEP, pois além de uma inquietação pessoal, notei também sua contribuição social.

Pronto, meu direcionamento partiu daí. Fui então me debruçar para aprender sobre a PrEP e pensar em como daríamos sequência na pesquisa. Elaboramos então, um roteiro de entrevista, que seria aplicado em homens (que se denominassem como tal) e visaria

compreender o conhecimento e percepção deles a respeito da profilaxia. No desenvolvimento do roteiro, abriu-se um espaço para falar também da saúde do homem, as concepções dos participantes a esse respeito.

Quando iria dar início às entrevistas, entramos na pandemia da Covid19. Após o entendimento de como se daria o mestrado nesse cenário, reestruturamos algumas questões e recrutamos os participantes para as entrevistas por vídeo.

Ingressar no mestrado em Educação Sexual me possibilitou conhecer contextos políticos e sociais, que afetam e são afetados pela Educação Sexual. As reflexões partilhadas nas disciplinas do curso nos mostraram que é urgente ampliar a Educação Sexual no Brasil, nas escolas, nos espaços públicos e de saúde.

Minha dissertação, portanto, é a minha pequena contribuição para a Educação Sexual no nosso país, um pequeno grão de areia nesse imenso oceano. Em suma, essa dissertação busca compreender a percepção de homens do interior do estado de São Paulo a respeito da PrEP e do acesso à rede de atenção em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) já atingiu mais de um milhão de brasileiros e continua a se propagar em nosso país. Ainda que ao longo do tempo, devido às estratégias de enfrentamento da epidemia, os números de infectados estejam decrescendo, a transmissão do HIV está longe de ser uma questão resolvida em nossa sociedade. De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, divulgado em dezembro de 2020 pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ministério da Saúde, entre 1980 e junho de 2020 o Brasil registrou 1.011.617 casos de AIDS (Brasil, 2020).

A respeito dos índices de contaminação, desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,9/100 mil habitantes (2012) para 17,8/100 mil habitantes em 2019, configurando um decréscimo de 18,7% (Ministério da Saúde, 2020). Embora se observe uma diminuição dos casos de AIDS em quase todo o país, principalmente nos últimos anos, cabe ressaltar que parte dessa redução pode estar relacionada à identificação de problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS (Sistema único de saúde), o que pode acarretar uma diferença no total de casos entre as bases de dados municipal, estadual e federal de HIV/ AIDS.

O declínio no número de casos também pode decorrer devido a uma demora na notificação e alimentação das bases de dados do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19 (Brasil, 2020).

Desde o início da epidemia, a propagação do HIV é desigual no Brasil, isto é, não afeta todos os grupos populacionais e nem todos os territórios regionais, de maneira igualitária. Esse fato pode ser observado quando uma região específica do país é responsável

por mais de 40% dos casos de contaminação por HIV notificados nos últimos anos. Do início de 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sinan 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 152.029 (44,4%) dessas infecções notificadas apenas na região Sudeste (Brasil, 2020). Ainda que as políticas de enfrentamento à epidemia do HIV no Brasil sejam uma das maiores e mais acessíveis do mundo, e que, para a maior parte da população seja claro que se trata de uma IST (Infecção Sexualmente transmissível) ¹, os números de novos contaminados por vias sexuais continuam expressivos, sendo a via sexual a maior responsável pelos novos contágios. Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, os dados mais recentes apontam que entre indivíduos a partir de 13 anos, a principal via de transmissão em 2019 foi a sexual, tanto em homens (79,3%) quanto em mulheres (87,3%) (Brasil, 2020).

Greco (2016) indica que há uma percepção equivocada, tanto da população quanto da mídia, de que a epidemia estaria controlada, dificultando a necessária e contínua discussão sobre prevenção e diagnóstico, especialmente com grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e com os mais jovens, que não viram o início da epidemia nos anos 80. Em consonância, atualmente, os homens jovens são a parte da população brasileira mais impactada pela epidemia. Em 2019, a maior taxa de detecção do vírus foi de 52,0 casos/100 mil habitantes, que ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos, a qual superou as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2015 (Brasil, 2020). Entre os homens, em âmbito nacional, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (39,8%), que superou a proporção de casos notificados como exposição heterossexual (39,5%) (Brasil, 2020). Porém, a diferença entre a prevalência de novos casos entre as categorias homo/bissexual e heterossexual é de menos de um por cento (Brasil, 2020).

¹ A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo não apresentando sinais e sintomas (aids.gov).

Os dados expostos anteriormente nos convidam a refletir a respeito do que se acredita (ou) e se propaga (ou) por muitos anos sob uma prerrogativa homofóbica, de que o HIV desde seu surgimento era conhecido como a “peste gay”. A diferença mínima entre os percentuais de categorias de exposição homo/bissexuais versus heterossexuais indica o que deveria ser o óbvio: O HIV no Brasil não é uma doença dos homossexuais (Brasil, 2020). Em 2019, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram predomínio da categoria de exposição de homo/bissexual (46,5% e 41,5%, respectivamente), enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual (Brasil, 2020). Ou seja, em três regiões do país, a maior parte dos novos soropositivos não se declaravam como homossexuais ou bissexuais e sim, heterossexuais.

De forma acertada ou não, a AIDS tem sido descrita como a epidemia característica do final do século XX, inseparável de um período crescente e rápida globalização e de uma era de mudança social sem precedentes. Sugere-se que a disseminação da infecção pelo HIV, onde quer que tenha ocorrido, tornou aparente as falas básicas da divisão social – assim como a capacidade (ou incapacidade) que diferentes sistemas sociais, culturais e políticos têm para responder ao desastre iminente de formas mais ou menos humanas e eficientes (Parker, 2000).

HIV é a sigla utilizada para denominar o vírus da imunodeficiência humana. É o vírus que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Ao contrário de outros vírus, o corpo humano não consegue curar o HIV. Ou seja, uma vez contaminado pelo HIV, você viverá com o vírus para sempre (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil [UNAIDS Brasil], n.d.c).

O HIV se propaga através dos fluidos corporais e afeta as células CD4, ou células T do sistema imunológico, e ao destruir essas células, o organismo fica incapaz de lutar contra algumas infecções e doenças. O HIV não tem cura, nem vacina até o momento, mas pode ser

controlado. O atual tratamento para o HIV é frequentemente denominado terapia antirretroviral ou ART e pode prolongar expressivamente as vidas de muitas pessoas infectadas pelo vírus e diminuir as taxas de transmissão. Antes da introdução da ART na metade dos anos 90, pessoas com HIV progrediam para a AIDS em apenas alguns anos. Hoje em dia, o sujeito diagnosticado com HIV e tratado antes do avanço da doença pode ter uma expectativa de vida quase igual a de uma pessoa não infectada (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil [UNAIDS Brasil], n.d.c).

2 A EPIDEMIA DE HIV NO BRASIL

Se o HIV existe mundialmente e sua incidência é desigual em diversos lugares do mundo, o que torna então, ou mantém nosso país vulnerável à uma doença conhecida há quatro décadas, com medicações que reduzem drasticamente os índices de contaminação e de possível prevenção e com indicadores muito diferentes em outros países?

Parker e Camargo (2000) associam o predomínio da AIDS ao amplo conjunto de desigualdades sociais e econômicas encontrado no Brasil, deve-se agregar fatores igualmente agravantes, tais como a baixa incorporação dos valores da cidadania, menor ainda para os despossuídos. A esse respeito, Pinheiro (2015) corrobora:

Em particular, a vulnerabilidade ao HIV/AIDS é configurada por um emaranhado de fatores que potencializam a exposição ao vírus e à doença e/ou dificultam sua proteção contra eles, tais como características das próprias práticas sexuais; conhecimento sobre a doença e as formas de preveni-la; submissão e poder dentro das relações sociais e sexuais; assistência em saúde; acesso a insumos de prevenção, etc. (Pinheiro, 2015, p. 19)

Os números de infecções, adoecimentos e mortes decorridos do HIV afetam desproporcionalmente distintos grupos sociais (Facchini et al., 2018). Como foi explanado previamente na introdução, o país apresenta diferenças regionais de perfil de contágio, bem como diferenças com relação ao gênero, idade e orientação sexual.

O Brasil, de modo inusitado, se compararmos a outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua enfrentando o HIV de frente, na defesa dos direitos humanos, com produção local e distribuição de preservativos e antirretrovirais (ARV), com a implantação de rede pública de laboratórios e de serviços para cuidar das PVHA (Pessoas que vivem com HIV/AIDS) e com financiamento para pesquisas (Greco, 2016). Porém, apesar de haver um enfrentamento substancial da epidemia no país, os pesquisadores apontam que por muitas vezes as campanhas preventivas e as estratégias de enfrentamento não alcançaram seu objetivo por completo e isso está ligado ao fato de uma percepção de responsabilidade

individual com relação à transmissão do HIV, enquanto a epidemia e suas estratégias de enfrentamento devem ser consideradas como responsabilidade social.

A partir de um viés científico, Parker (2000) aponta que a mudança mais importante em nosso modo de pensar sobre o HIV na década de 90 talvez tenha sido o esforço de superar essa contradição (entre “grupos de risco” e o “público em geral”), deslocando-nos da noção do risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social, crucial não apenas para nossa percepção da dinâmica da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de diminuir seu avanço (Parker, 2000). A esse respeito, o autor amplia:

Ao longo dos últimos anos foi desenvolvida uma variedade crescente de programas preventivos e atividades intervencionistas em vários cenários no esforço de responder ao impacto cada vez maior do HIV/AIDS. Entretanto, a maior parte desses programas tendeu a se concentrar em respostas à epidemia que foram relativamente superficiais e essencialmente técnicas, tais como a disseminação de informações e material educativo, a distribuição de preservativos, o fortalecimento dos serviços sobre DST etc. Na medida em que o projeto de programas e o fornecimento de serviços têm se inspirado em arcabouços conceituais mais amplos, em geral têm focado teorias psicológicas de mudança de comportamento individual em vez de abordagens mais sociologicamente fundamentadas do desenvolvimento e mobilização da comunidade. (Parker, 2000, p. 86)

A realidade da epidemia no Brasil é de uma epidemia social, e o que a mantém no contexto brasileiro é a vulnerabilidade social a que estamos sujeitos. Parker e Camargo (2000) acrescentam que o Brasil pode ser visto como complexa síntese em que estão virtualmente presentes todos os diferentes fatores socioeconômicos identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à AIDS. Desde seus primeiros dias, a epidemia foi acompanhada por uma epidemia social de comparável gravidade. Baseada no medo, na ignorância, e no preconceito com os grupos vulneráveis ao HIV, a epidemia do estigma e da discriminação sobrecarrega a capacidade e vontade de comunidades e países para responder a epidemia. Em vários países as pessoas que vivem com o HIV perderam seus trabalhos, moradias e o acesso aos cuidados de saúde ou outros serviços públicos (Martins et al., 2014).

O HIV não encerra seu impacto social na descoberta da contaminação. Ao contrário, ali ele se inicia e compromete o soropositivo, sua família e seu contexto social. A pessoa com HIV convive constantemente com grande aflição quanto ao que pode lhe acontecer se sua condição for revelada: a aflição de ser desacreditado, de perder amigos, de perder empregos, de ser obrigado a limitar ou renunciar a seus projetos de vida. Família, escola, trabalho, amizades, vizinhança, qualquer espaço público, podem se tornar ambientes hostis (Simões, 2018). O autor salienta ainda que sofrimento, culpa, medo de rejeição combinados com desinformação podem tornar ainda mais árdua a carga emocional de lidar com a possibilidade ou a realidade de um diagnóstico de soropositividade.

É justamente nesses espaços sociais, onde se concentram a pobreza, o racismo e outras formas de desigualdade vigentes na sociedade, como por exemplo as hierarquias de gênero, a opressão e a violência sexual, que a AIDS existe hoje em dia, sem ser impedida em grande escala pelos programas públicos de saúde e de educação, nem pelos avanços tecnológicos que nos têm convencido tão rapidamente que a emergência já passou e de que a epidemia está sob controle (Parker, 2000).

A existência de um sistema nacional de saúde com acesso universal é uma pré-condição para buscar a redução das desigualdades sociais através do atendimento às necessidades de saúde de todos os grupos da população (Barata, 2009). Assim, concentrando nossa atenção na questão de vulnerabilidade social, conseguimos compreender mais claramente as consequências, no tocante à infecção pelo HIV, do estigma sexual e da discriminação tão frequentemente enfrentados por homens gays ou prostitutas, das relações de poder e opressão de gênero tão frequentemente enfrentadas por mulheres, ou da marginalização socioeconômica enfrentada pelos pobres (Parker, 2000).

3 VULNERABILIDADE, CUIDADOS EM SAÚDE E GRUPOS VULNERÁVEIS: HOMENS E SUAS PRÁTICAS SEXUAIS

No capítulo anterior, foram explanadas as possíveis razões e fatores considerados por pesquisadores que tornam e mantêm o Brasil um país vulnerável ao HIV. A partir desta introdução, o capítulo a seguir visa clarificar o que se entende por vulnerabilidade e como ela está inserida especificamente no campo da saúde.

O termo *vulnerabilidade* é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde (Bertolozzi et al., 2009). O contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as oportunidades de saúde segundo exposições a condições nocivas ou saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidade (Barata, 2009).

Para explicar o conceito de vulnerabilidade, especificamente no campo da saúde e que teremos como referencial para pautar as discussões e análises desta pesquisa, compartilharemos das concepções estabelecidas por Ayres et al. (2003). Os autores dividem em três eixos as formas de avaliar e analisar vulnerabilidades, e apontam uma ligação entre eles. Para Ayres et al. (2003), vulnerabilidade é composta por três componentes: individual, social e programático:

1. Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.
2. Componente social: Diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc... Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade.

3. Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/AIDS, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia. (p. 127)

Bertolozzi et al. (2009) complementam o conceito exposto previamente por Ayres et al. (2003), indicando que os comportamentos são especialmente determinados pela capacidade do sujeito de incorporar conhecimentos e transformar os comportamentos que os torna suscetíveis ao agravo. A vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso à recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção (Bertolozzi et al, 2009).

A partir do entendimento dos três componentes de análise de vulnerabilidade (individual, social e programático) Ayres et al. (2003) concluem que a vulnerabilidade é multidimensional, o que nos torna vulneráveis em uma situação pode não nos tornar em outras, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus e por fim, a vulnerabilidade não é estável, as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis a determinado agravo em algum tempo e espaço.

Quando falamos de vulnerabilidade ao HIV, os termos *grupo de risco* e *população-chave* foram/são utilizados de maneira errônea e muitas vezes discriminatória para apontar ou determinar que uma parcela específica da população seria mais vulnerável à contaminação do HIV. A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente por meio da grande mídia, e agora não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria “ontológica”, como uma identidade concreta. Os chamados grupos de risco tornaram-se a

base das poucas e toscas estratégias de prevenção preconizadas pelas políticas de saúde na época, mostrando-se tão equivocadas e ineficazes, do ponto de vista epidemiológico, quanto incitantes de profundos preconceitos e iniquidades (Ayres et al., 2003).

Para Parker (1998), uma das dificuldades da resposta brasileira ao HIV, falando especificamente do público gay ou HSH, ocorre pela falta de compreensão de como as interações entre esses indivíduos (do mesmo sexo) são complexas. Denota-se que esse grupo de pessoas, que muitas vezes foi discriminado ou ainda são classificados como “grupos de risco” ou como “população-chave” para as campanhas, constituem populações historicamente oprimidas que não têm seus direitos respeitados e que sofrem diversas discriminações que se associam a do HIV (Cazeiro, Silva & Souza, 2021).

Monteiro et al. (2019) contribuem que cabe problematizar o uso do termo *populações-chave* ao invés de grupos mais vulneráveis ao HIV, centrado nos determinantes sociais que definem a maior suscetibilidade à infecção do HIV. Sua semelhança com o já criticado termo *grupo de risco*, nos remete para os efeitos negativos da associação do HIV a grupos socialmente marginalizados e dos alcances limitados da hegemonia da biomedicina na definição da prevenção e cuidado das PVHA.

Gays, HSHs, trans e profissionais do sexo são a primeira fatia populacional identificada como grupo de risco na premissa dos discursos homofóbicos, preconceituosos e discriminatórios, simplesmente pelo fato de, supostamente, terem uma vida ou prática sexual diferente do que se consideraria saudável. A promiscuidade é frequentemente associada a esses grupos, não só pela população em geral, mas também pela mídia e muitas vezes, nos protocolos e diretrizes do governo, como veremos mais adiante no capítulo que abrange a PrEP. Apontar esses grupos como mais vulneráveis ao HIV é, no mínimo, minimizar uma questão extremamente ampla, que vai muito além de práticas sociais. A relação entre pobreza, migração/mobilidade e vulnerabilidade ao HIV sugerem que os fatores político-

econômicos que impulsionam a epidemia de HIV/AIDS estão também intimamente ligados à organização social de estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres – em especial, aquelas dos segmentos de baixa renda – extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV. Não obstante, têm sido raros os estudos aprofundados a respeito do gênero e da sexualidade como fatores estruturais – em contraposição a estudos comportamentais – na determinação da transmissão do HIV (Parker & Camargo, 2000).

Calazans, Pinheiro e Ayres (2018) ressaltam que dados e debates que abordam a epidemia de HIV/AIDS no Brasil nos últimos anos têm indicado um recrudescimento da epidemia, diferentemente do discurso mais frequente ao longo dos anos 2000, que ressaltava os sucessos da resposta brasileira à epidemia (Berkman et al., 2005), dava destaque às tendências de heterossexualização, feminilização, pauperização, juvenilização e interiorização da epidemia, assim como à sua estabilização (Parker & Camargo, 2000). Nos anos 2010, então, se passou a salientar o crescimento da epidemia, o aumento da mortalidade por AIDS, os retrocessos no âmbito das respostas e ações governamentais e a fragilização da autonomia e da capacidade de controle social por parte das ONGs (Malta & Beyrer, 2013; Grangeiro, Castanheira & Nemes, 2015).

4 A REDE DE PROTEÇÃO

O combate à epidemia do HIV no Brasil é um dos mais antigos e bem estruturados programas de enfrentamento dentre os países que possuem sistema universal de saúde, isso é, oferecem de alguma forma tratamento gratuito para sua população. No cenário internacional do campo das políticas de prevenção de HIV/AIDS, desde 2006 e com maior destaque a partir de 2012, fortaleceu-se o debate acerca das chamadas novas tecnologias de prevenção biomédica do HIV. As principais destas tecnologias estão associadas ao uso de antirretrovirais para fins de prevenção (pré e pós-exposição ao vírus e no tratamento das pessoas soropositivas para o HIV, assegurando a sua não transmissibilidade) (Calazans et al., 2018).

É preciso ressaltar que as tecnologias em HIV não se referem apenas às tecnologias biomédicas, como as profilaxias pré e pós-exposição (PrEP e PEP, respectivamente); importante destacar também outras tecnologias sociais e governamentais dirigidas à prevenção e ao cuidado, como a orientação sobre riscos, educação de pares, campanhas, etc. (Silva et al., 2020).

4.1 Os Antirretrovirais e a cronicidade do HIV

Uma das importantes conquistas no enfrentamento da epidemia de AIDS refere-se aos avanços na terapia antirretroviral (TARV) e seu impacto no aumento da sobrevivência e melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (Cruz et al., 2021).

A respeito dos ARVs, o Ministério da Saúde (Brasil, n.d.c) informa:

Os primeiros medicamentos antirretrovirais (ARV) surgiram na década de 1980. Eles agem inibindo a multiplicação do HIV no organismo e, conseqüentemente, evitam o enfraquecimento do sistema imunológico. O desenvolvimento e a evolução dos antirretrovirais para tratar o HIV transformaram o que antes era uma infecção quase sempre fatal em uma condição crônica controlável, apesar de ainda não haver cura.

Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução para a AIDS. A boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) traz grandes benefícios individuais, como aumento da disposição, da energia e do apetite, ampliação da expectativa de vida e o não desenvolvimento de doenças oportunistas.

A Lei nº 9.313/1996 garantiu o acesso universal à medicação para o tratamento da AIDS. A distribuição gratuita dos ARVs no Brasil se deu a partir de 1996, através do SUS. A implementação das terapias antirretrovirais iniciou uma nova narrativa sobre o HIV/AIDS, que distingue um segundo período da epidemia, agora como enfermidade tratável (Simões, 2018). Schaurich et al. (2006) corroboram que a partir dos avanços científicos e tecnológicos referentes não só à prevenção da infecção pelo HIV, mas principalmente ao desenvolvimento de medicações voltadas aos indivíduos que vivem com AIDS, o Brasil começou a assumir uma posição de destaque no mundo no que tange à assistência e prevenção dessa epidemia.

Como já exposto anteriormente nessa dissertação, a AIDS não pode ser combatida apenas com medidas medicamentosas, tendo em vista que é multidimensional e não cessará enquanto sua resposta também não for. A epidemia não irá acabar sem abordar os determinantes de saúde e vulnerabilidade, assim como as necessidades holísticas das pessoas em risco de infecção por HIV e vivendo com o vírus. Pessoas que vivem com HIV muitas vezes estão em comunidades frágeis e são mais afetadas pela discriminação, desigualdade e instabilidade. As preocupações dessas pessoas devem estar no centro dos esforços para o desenvolvimento sustentável (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil [UNAIDS Brasil], n.d.a).

Com a implantação dos ARVs no SUS, bem como o avanço nas campanhas de testagem e prevenção, a AIDS hoje interpreta um novo papel. No seu surgimento, tratava-se de uma doença aguda e mortal. Hoje, mesmo sem cura, interpreta o papel de doença crônica, porém tratável e controlável de maneira que a qualidade de vida de seus portadores é cada vez mais possível. A epidemia causada pelo vírus HIV continua sendo o alvo de várias

políticas públicas de saúde, sejam estabelecidas por órgãos internacionais ou mesmo por agentes nacionais, que visam o reestabelecimento da saúde do indivíduo acometido e a eliminação do estigma. Os avanços tecnológicos que ocorreram ao longo dos anos mudaram o curso de doença aguda para crônica, e com isso foi necessária a criação de diretrizes e políticas públicas que melhorem a qualidade de vida das PVHIV (Campos & Costa, 2021).

A partir do início da distribuição dos ARVs, há o início de uma mudança significativa nos diálogos de controle e prevenção da epidemia. Se antes a prioridade era a propagação de campanhas de prevenção de não contaminados (direcionadas por muitos anos ao uso de preservativos nas relações sexuais), o foco prioritário passa a ser os indivíduos já acometidos pela infecção do HIV, sendo necessário identificá-los e encaminhá-los para tratamento. A diminuição da carga viral é um objetivo não só do tratamento individual, como do controle sanitário (Monteiro et al., 2019).

A AIDS, que até então era vista como uma doença aguda e mortal, com a implementação dos ARVs passa a ser uma doença crônica. O espectro de morte que antes nos parecia tão imediato agora parece ter sido superado, ou pelo menos tem fugido das nossas vistas, devido ao desenvolvimento de novas terapias e tratamentos capazes de transformar a infecção de HIV em um problema crônico de saúde, porém administrável (Parker, 2000).

Barp e Matjavila (2020) complementa:

Se os antirretrovirais desde 1996 funcionavam como neutralizadores do vírus entre os indivíduos diagnosticados com HIV, pela primeira vez passam a ser considerados e introduzidos também como mecanismo preventivo. Diante disso, compreendemos que o medicamento inaugura um novo momento para a prevenção do HIV/AIDS no Brasil; mais do que isso, consideramos que dessa novidade emerge um novo fenômeno social, pois opera não sobre os infectados, mas sobre indivíduos negativados para o vírus. (p. 11)

4.2 O PRESERVATIVO NA LINHA DE FRENTE

O uso de camisinha é um fenômeno na era da AIDS (Pinheiro, 2015). Facchini et al. (2018) elucidam que a promoção do uso de camisinha emergiu na comunidade gay a partir do processo de criação e disseminação do sexo seguro. Os autores complementam que mesmo antes da realização de estudos que comprovassem a sua eficácia, os/as ativistas apostaram que ela poderia prevenir a transmissão da AIDS (Facchini et al, 2018).

Os autores indicam ainda que a aproximação entre camisinha e população gay/HSB começou a ser desenvolvida, de forma expressiva, na era da AIDS, e, em sentido mais estrito, o destaque para a camisinha foi impulsionado pela confirmação das formas de infecção pelo HIV por via sexual e pela comprovação da eficácia preventiva desse método. Especificamente em relação à camisinha, atingiu-se, finalmente, um patamar mais estruturado em 1994, quando essa se tornou um insumo de prevenção da política pública de saúde. Nesse processo, o governo brasileiro passou a importar camisinhas, a distribuí-las gratuitamente nos serviços de saúde e a fornecê-las para as ONGs (Pinheiro, 2015).

O preservativo masculino, conhecido como camisinha, é o método mais conhecido, acessível e eficaz para se prevenir da infecção pelo HIV e outras [infecções sexualmente transmissíveis \(IST\)](#), como a sífilis, a gonorreia e também alguns tipos de [hepatites](#). Além disso, ele evita uma gravidez não planejada. Existem dois tipos de camisinha: a masculina, que é feita de látex e deve ser colocada no pênis ereto antes da penetração; e a feminina, que é feita de látex ou borracha nitrílica e é usada internamente na vagina, podendo ser colocada algumas horas antes da relação sexual, não sendo necessário aguardar a ereção do pênis (Brasil, n.d.c).

Desde o início da epidemia, até hoje, as campanhas em massa do governo colocam a camisinha na linha de frente na prevenção de IST, colocando no indivíduo a responsabilidade

de sua utilização, como podemos verificar no último material de campanha do Governo Federal (Brasil, 2020).

Apesar da conscientização de sua eficácia, a camisinha não é unanimidade entre os usuários. Nos últimos cem anos, ao mesmo tempo em que os contraceptivos atingiram popularidade, seguidos por uma campanha global de planejamento familiar de grande dimensão, a prática do sexo desprotegido e sua comunicação com as infecções adquiridas sexualmente continua premente, caracterizando as epidemias globais de HIV e outras DST não superadas (Berer, 2007). A respeito da prescrição da camisinha como método preventivo, Pinheiro (2015) discorre:

Em comparação a outras intervenções em saúde, a prescrição da camisinha envolve indiscutivelmente particularidades relativas ao fato de esta dizer respeito ao que consideramos culturalmente como uma parte íntima da vida. É óbvia a diferença entre o que implica a indicação do uso de camisinha e, por exemplo, a de ingestão de um analgésico. O que está em questão, no primeiro caso, é a orientação/prescrição a respeito de como as pessoas devem fazer sexo, isto é, de como devem usar seus corpos, ter prazer, se reproduzir etc. (p. 117)

Muitos são os argumentos que viabilizam a discussão sobre práticas sexuais sem camisinha, desde a “quebra” do momento excitação sexual até o baixo investimento em sua modernização para se tornar mais agradável aos seus usuários. Silva (2010) sinaliza que distintos homens justificam a preferência pelo sexo sem camisinha através do discurso de maximização do prazer. Salienta ainda que seria um equívoco considerar o discurso da maximização do prazer sem problematizar os conflitos e as tensões vividas por diferentes pessoas quando reconhecem algum tipo de necessidade ou obrigação para o uso da camisinha em detrimento de seus próprios prejuízos sensoriais, dificuldades ou incômodo.

A esse respeito, podemos pensar que, nos últimos anos tem sido possível identificar os posicionamentos contrários ao uso da camisinha e os circuitos de promoção e consumo dessas posturas com uma clareza maior do que nos períodos anteriores, nos quais se fortaleciam tendências impositivas e normalizadoras da prevenção. Além disso, as

expectativas de que a propagação de informações e a conscientização a respeito da importância da prevenção garantiriam a massiva expansão do uso de camisinha foram, em alguma medida, frustradas. Desse modo, não surpreende que se configure uma impressão de interrupção no avanço da prevenção (Pinheiro, 2015). O autor expõe ainda um novo cenário, onde indivíduos assumem o risco e optam por práticas sexuais sem preservativo. Mais genericamente, o termo *barebacking* ou sexo *bareback* tem se popularizado nas duas últimas décadas como um ícone do sexo sem camisinha. No mercado de sites e filmes pornográficos, em particular, passou a configurar uma modalidade sexual, o que lhe reserva o lugar de uma categoria erótica. Isto é, além do posicionamento explícito contra o uso de camisinha, essa categoria revela o consumo do exercício e da exibição de práticas sexuais livres da camisinha (Pinheiro, 2015).

A recomendação do uso de camisinha, principalmente para determinados públicos, vem em conjunto com normas moralistas, controladoras, ou que indiquem “boas práticas” sexuais, e com isso, afasta públicos específicos que não se “encaixam” nessas normas, seja por opção ou não (práticas sexuais eventuais, práticas sexuais com mais de um parceiro, etc.). As dificuldades de direcionamento dos discursos preventivos para o público gay/HSH, provenientes da expansão do moralismo e do endurecimento político, assim como os limites relacionados ao uso tecnicista da prevenção, podem ser somados a outros fatores conjunturais que têm justificado a afirmação de que o enfrentamento da epidemia encara um momento de crise (Pinheiro, 2015).

Utilizar preservativo é sim um dos melhores e mais acessíveis métodos de prevenção e que, excluindo a parte do desconforto para alguns usuários e perda de excitação sexual, não apresenta efeitos colaterais. Porém não podemos pautar uma estratégia de enfrentamento de grande escala apenas com um método. É necessário compreender as individualidades para

que as opções de métodos de barreira se enquadrem nas necessidades e práticas dos indivíduos.

De acordo com a UNAIDS Brasil (2021), dados divulgados pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2015 – sobre a Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) 2013 – mostram que a maioria dos brasileiros (94%) sabe que o preservativo é melhor forma de prevenção às DST e AIDS. Mesmo assim, 45% da população sexualmente ativa do país não usou preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses. A prevenção combinada visa oferecer uma alternativa a esta questão. Apesar de campanhas e do grande incentivo ao uso do preservativo, sabe-se que o uso destes é uma decisão do indivíduo e alguns não aderem de forma consistente e frequente a essa estratégia de prevenção (UNAIDS Brasil, n.d.d).

4.3 Prevenção Combinada

De acordo com o site do governo federal (Brasil, n.d.c), a Prevenção Combinada sugere o uso combinado de métodos de prevenção, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada pessoa, sem excluir ou substituir um método a outro, entendendo que as tecnologias de prevenção podem ser conjugadas e combinadas com as intervenções de prevenção já consagradas na resposta ao HIV. É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (Brasil, n.d.c).

A prevenção combinada leva em conta a realidade do indivíduo, isso é, qual contexto social está inserido, suas práticas sexuais e seus critérios de escolha de métodos preventivos. Entre os métodos (ações) que podem ser combinados(as), estão: a testagem regular para o

HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS); a prevenção da transmissão vertical (quando a gestante é soropositiva e pode haver a transmissão do vírus para o bebê); o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; a redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento para todas as pessoas que já vivem com HIV (Ministério da Saúde, n.d.c).

A prevenção combinada prevê quatro tipos de intervenções, sendo elas: as biomédicas, as comportamentais, estruturais e o tratamento para todas as pessoas, ou também conhecido como TcP – Tratamento como prevenção. O Ministério da Saúde (n.d.c) nos explica os quatro modelos de intervenção propostos pelo governo federal:

- 1) As intervenções biomédicas: As abordagens biomédicas são aquelas em que o foco da intervenção está na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, a partir de ações que impeçam sua transmissão mediante a interação entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus em seu sistema e demais pessoas que não o possuam;
- 2) As intervenções comportamentais: As abordagens comportamentais referem-se às intervenções cujo foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco. O objetivo dessas intervenções é oferecer a indivíduos e segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos, de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/AIDS que possam melhorar sua capacidade de gerir os diferentes graus de risco a que estão expostos. Nesse sentido, é imprescindível aprimorar suas percepções quanto ao entendimento e mensuração dos riscos que vivenciam em termos da exposição ao HIV, e que estão relacionados às suas práticas cotidianas, envolvam elas ou não aspectos relativos às práticas sexuais, ao uso de álcool e outras drogas ou a outro comportamento que signifique risco de infecção pelo vírus;
- 3) As intervenções estruturais: As intervenções estruturais buscam mudar as causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV. Para fazer face a essas vulnerabilidades, em especial à vulnerabilidade social, o terceiro componente da Prevenção Combinada do HIV refere-se às intervenções estruturais e remete a fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais. O reconhecimento desses fatores demanda que as abordagens estruturais para a prevenção do HIV sejam desenvolvidas e implementadas de acordo com os contextos e relevâncias locais, sob o risco de os esforços de prevenção do HIV não alcançarem êxito em longo prazo. Assim, as intervenções estruturais visam evitar que preconceitos, discriminações ou intolerâncias se convertam em formas de alienação ou relativização dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania;

4) Tratamento para todas as pessoas: O pressuposto dessa estratégia de prevenção do HIV é o de que as PVHIV sob tratamento antirretroviral (TARV), apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos (com carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que impacta na redução da transmissão do HIV na comunidade. Essa asserção vem sendo reiteradamente corroborada por evidências científicas. O Brasil adota o conceito indetectável = intransmissível para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Este termo é válido desde que as PVHIV estejam com carga viral do HIV indetectável há pelo menos seis meses (Brasil, n.d.c).

4.4 A necessidade de uma rede de proteção mais ampla e efetiva

Se a epidemia da AIDS é conduzida principalmente por uma vulnerabilidade social, não podemos olhar para sua prevenção ou controle apenas de maneira medicamentosa, ou através de processos isolados. As respostas devem abranger todos os fatores biopsicossociais para alcançar o público considerado atualmente como vulnerável e também garantir o bem-estar dos soropositivos. A esse respeito, Parker (1997) corrobora:

deve ficar claro que múltiplas intervenções projetadas por e para diversos grupos da população (mulheres heterossexuais, homens homo, bi e heterossexuais, de diversos cenários socioeconômicos, e assim por diante) devem ser envolvidas, e que programas de intervenção devem ser concebidos dentro de um arcabouço mais amplo que aborde não apenas as questões específicas de modos de comportamentos de risco (de infecção por) HIV/AIDS, mas também as condições estruturais (injustiça e desigualdade sociais, estigmatização e discriminação, direitos sexuais e cidadania sexual, desenvolvimento e mobilização da comunidade, etc) que devem ser enfrentadas com o intuito de reduzir a vulnerabilidade da sociedade não só ao HIV/AIDS, mas também a toda questão de saúde sexual. (Parker, 1997, p. 104)

Devido à complexidade da epidemia, nenhum método preventivo por si só será suficiente para o controle efetivo da epidemia. A ampliação das opções preventivas, com a incorporação da PrEP e de outros métodos baseados nos antirretrovirais na perspectiva da prevenção combinada podem ser avanços, mas precisam estar interligados à qualificação de profissionais e serviços e intervenções estruturais propiciadoras do acesso e da adesão (Zuchi et al., 2018). A esse respeito, Hallal (2015) entende que é fundamental um diálogo interdisciplinar sobre as estratégias de prevenção, considerando contextos e situações para a

indicação de cada método preventivo, sendo assim possível construir uma política de prevenção para todos.

Ações que envolvam o desenvolvimento sustentável, que propaguem equidade na saúde, que conscientizem a população a respeito de suas vulnerabilidades, que capacitem os profissionais da saúde para lidar com a temática e que acolham e respeitem as pessoas que vivem com o HIV, são alguns exemplos de fatores que em conjunto com os ARVs podem, de fato, controlar a epidemia. Polidoro et al. (2020) complementam:

O esforço para responder a uma epidemia multifacetada precisa de uma tessitura conjunta, que não se resume à organização de protocolos, mas de colocar em diálogo questões intersetoriais no âmbito das políticas públicas e, sobretudo, na perspectiva de uma sociedade que reconheça a insuficiência de estratégias medicalizantes, individualizantes e mantenedoras do status quo que alimentam as desigualdades estruturais. (Polidoro et al.,2020, p. 7)

Por fim, Parker e Camargo (2000) corroboram:

É necessário garantir a integração da assistência à saúde às pessoas com HIV/AIDS com medidas de proteção social (jurídica, assistência social etc.); é preciso desenvolver intervenções focalizadas nas situações de maior vulnerabilidade (como trabalho infantil, inclusive a prostituição) e suporte social para excluídos, muitas vezes por fatores múltiplos (por exemplo, os travestis pobres ou outros grupos marginalizados por diversos fatores e por meio de diversos eixos de opressão). No fim das contas, a intervenção em resposta ao HIV/AIDS dependerá não apenas das ações técnicas da saúde pública, mas de nossa capacidade mais ampla em contribuir para transformações sociais verdadeiramente progressistas - em um mundo no qual as transformações mais amplas que se desenrolam ao nosso redor parecem frequentemente estar caminhando na direção oposta. (Parker & Camargo, 2000, p. 100)

5 A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV COMO ESTRATÉGIA

Como abordado previamente, a partir da implementação dos ARV para prevenção de contágio e diminuição da carga viral em PVHA, novos protocolos e medicações surgiram para que esse modelo de intervenção fosse disponibilizado ao público, dentre esses modelos de prevenção e intervenção, a PrEP vem se destacando nos últimos anos.

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP, do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) que são utilizados antes da exposição para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV (Brasil, n.d.a). A adoção da PrEP pelo Sistema Único de Saúde em associação com outras estratégias-chave de prevenção, como o uso de preservativos nas relações sexuais, poderá levar à diminuição dos números de casos e infecções por HIV/AIDS, melhorar a autoestima dos pacientes e minimizar o preconceito social existente contra o grupo de risco, apresentando a relevância do novo tratamento para controle epidemiológico e vigilância sanitária (Lopes et al., 2019).

Clinicamente falando, PrEP é a combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina). A Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) trata-se da utilização do medicamento antirretroviral por aqueles indivíduos que não estão infectados pelo HIV, mas se encontram em situação de elevado risco de infecção. Com o medicamento já circulante no sangue no momento do contato com o vírus, o HIV não consegue se estabelecer no organismo (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil [UNAIDS Brasil], n.d.d). Desde 1996, a implementação das terapias antirretrovirais deu ensejo à construção de uma nova narrativa sobre o HIV/AIDS que distingue um segundo período da epidemia, agora como enfermidade tratável (Simões, 2018).

O processo de implementação dessa nova tecnologia de prevenção ao HIV foi realizado em duas etapas. A primeira etapa teve início em dezembro de 2017 em 11 Unidades Federadas (UF), sendo ofertada em 36 serviços, e a segunda etapa, iniciada em junho de

2018, concluiu a oferta nacional da PrEP nos outros estados, exceto no Acre. Atualmente, as UF estão sendo incentivadas a expandir a oferta de PrEP nas redes de atenção, indicando novos serviços em municípios estratégicos, com foco nas populações sob risco substancial de infecção pelo HIV. Em dezembro de 2018, 98 serviços, localizados em 71 municípios, ofertavam PrEP (Brasil, 2019).

Evidências comprovaram que a PrEP se trata de uma estratégia eficaz, com mais de 90% de redução da transmissão e sem nenhuma evidência de compensação de risco. Nos estudos, pessoas que usaram PrEP não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras DSTs e, além disso, tiveram maiores taxas de uso consistente de preservativo. No Brasil, a PrEP começou a ser disponibilizada pelo SUS em dezembro de 2017 e está disponível em 36 serviços de saúde em 22 cidades brasileiras (UNAIDS Brasil, n.d.d). O acesso universal à terapia antirretroviral foi alcançado por meio de um processo para o qual contribuíram médicos, docentes e pesquisadores, sanitaristas e, em especial, militantes das associações específicas de luta contra a AIDS (Barros & Vieira-da-Silva, 2017).

A PrEP foi lançada no Brasil no dia 01 de dezembro de 2017, no dia mundial da AIDS, seguindo critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PrEP de Risco à infecção por HIV do Ministério da Saúde (Lopes et al., 2019).

A PrEP pode ser ofertada de maneira oral, em forma de comprimido e em forma de gel. Os resultados iniciais dos ensaios clínicos de PrEP Oral indicam que essa estratégia de prevenção pode ser extremamente útil para a mudança de cenário necessária no combate a infecção pelo vírus HIV (Entendendo a PreP, n.d.). Intervenções de prevenção biomédicas, como a PrEP, se combinadas com a testagem anti-HIV, diagnóstico e vinculação ao tratamento daqueles identificados como infectados pelo HIV, tem um grande potencial (Entendendo a PreP, n.d.).

A PrEP é altamente eficaz quando utilizada corretamente. A correlação linear entre níveis de adesão e eficácia foi demonstrada em ensaios clínicos envolvendo diferentes segmentos populacionais, como o Ipergay, por exemplo, um estudo ocorrido na França e no Canadá entre 2015 e 2016 com homens que fazem sexo com homens e mulheres trans, (Brasil, 2018). Por muitos anos, e até hoje, as campanhas de prevenção ao HIV no Brasil enfatizam o preservativo masculino (camisinha) como o melhor método de barreira. Porém, ele não é unanimidade entre os usuários, nem entre pessoas com comportamento de risco (Pinheiro, 2015).

No Brasil, assim como em outros países industrializados, a camisinha, além de não gozar da popularidade e da disseminação com as quais estamos familiarizados no século 21, restringia-se ao contexto das relações heterossexuais. Fazia parte do rol de estratégias contraceptivas e, em menor medida – ou de forma menos evidente – cumpria também uma função na prevenção de IST (Pinheiro, 2015). A PrEP apresenta-se aos seus usuários como uma segunda opção na prevenção contra o HIV, uma vez que o preservativo não é uma unanimidade como profilaxia adotada regularmente (Bezerra, 2017).

O Truvada, a droga utilizada na PrEP, é comercializada nos EUA desde 2012 e sua composição é a combinação de duas substâncias já utilizadas (separadamente) na terapêutica entre pacientes infectados pelo HIV: o Tenofovir (200mg/TDF) e a Emtricitabina (300mg/FTC) (Bezerra, 2017). O autor informa ainda que no Brasil, o medicamento Truvada foi incluído na lista de aprovados pela ANVISA em 10 de maio de 2013, e desde então vem sendo testado sistematicamente por três dos principais centros de pesquisa em HIV no país: a Fiocruz através do Laboratório de Pesquisas Clínicas (LaPClin), o Centro de Referência de testagem para HIV (CRT/SP) e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo/USP. A PrEP faz parte de um protocolo conhecido como prevenção combinada, pois não protege de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (tais como sífilis, clamídia, gonorreia, HPH e

hepatite) e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção, como a camisinha (aids.gov). O termo *prevenção combinada* remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada (Brasil, 2018).

A incorporação da PrEP ao SUS como uma política pública é um importante avanço e pode contribuir significativamente para o controle da epidemia do HIV no Brasil (Villela, 2018). Ainda que sua distribuição seja uma política pública, a PrEP não é acessível a todos os brasileiros. Para sua utilização, o usuário deve se adequar às regras estabelecidas pelos protocolos e diretrizes para utilização da PrEP. A avaliação dos critérios de elegibilidade para PrEP deve ser feita dentro de uma relação de vínculo e confiança, que permita compreender as situações de vulnerabilidades e de riscos envolvidos nas práticas sexuais, assim como as condições objetivas de adesão ao uso do medicamento (Brasil, 2018).

O *site* do governo federal, aids.gov, aponta que A PrEP não é para todos. Ela é indicada para pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV. Para o governo, atualmente, existem populações-chave que deveriam lançar mão da profilaxia. Essa população seria composta por: Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e trabalhadores (as) do sexo. E, além disso, também é fortemente recomendada às pessoas que frequentemente deixam de utilizar camisinha em suas relações sexuais (anais ou vaginais); tem relações sexuais, sem camisinha, com alguém que seja HIV positivo e que não esteja em tratamento; faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) ou apresenta episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (Brasil, n.d.b).

O indivíduo que tem interesse em utilizar esse método de barreira deve buscar um profissional de saúde e informar-se para saber se tem indicação para PrEP. Será necessário tomar o medicamento todos os dias, fazer exames regulares e buscar a medicação gratuitamente a cada três meses (Brasil, n.d.b). Zuchi et al, (2018) descrevem que pessoas em busca de PrEP, em geral, convivem com graus de risco maiores do que a média populacional, mas isso não significa que não se preocupam com o HIV ou IST. Ao contrário: alguém que busca esse método é, fundamentalmente, alguém que está buscando formas de minimizar riscos, sem que isso signifique, necessariamente, mudar substantivamente as formas como experimenta seus desejos e prazeres sexuais.

A PrEP se insere como uma estratégia adicional de prevenção e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o alcance das metas relacionadas ao fim da epidemia. Contudo, para que essa estratégia seja eficaz, é necessário que a rede de saúde remova as barreiras de acesso a essas populações e que os profissionais de saúde façam o acolhimento adequado garantindo o direito à saúde de qualidade e de forma integral a AIDS (Brasil, n.d.a).

O presente estudo buscou investigar o que homens residentes do interior do estado de São Paulo sabem sobre a PrEP e como a relacionam com suas práticas sexuais. Os dados oriundos da pesquisa poderão contribuir para entendermos a necessidade da ampliação de informativos a respeito da PrEP no Brasil, principalmente voltada aos homens, que são hoje o público mais afetado pela epidemia no Brasil; e também, para direcionar campanhas educativas voltadas para esse público, pois a construção das diretrizes globais de prevenção da AIDS envolve diferentes agentes e instituições, articulados em uma densa rede de especialistas, profissionais e pesquisadores das áreas clínica, básica e epidemiológica (Monteiro et al., 2019).

O questionamento proposto na pesquisa trata-se de uma questão de saúde pública, partindo do entendimento de saúde da OMS - Organização Mundial da Saúde, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades (Barbosa & Rodrigues, 2016).

Políticas públicas de abrangência nacional podem, além de promover a prevenção e assistência às IST/AIDS, servir como importante ferramenta de combate aos processos sociais de estigma e discriminação em populações afetadas (Zucchi et al., 2013). Saldanha et al. (2009) elucidam que desde seu surgimento, a AIDS vem assumindo um paradigma de doença orgânica que requer uma abordagem biopsicossocial, determinando uma crise multidimensional que afeta não apenas as pessoas contaminadas, mas também seus parceiros sexuais, familiares, profissionais de saúde e comunidades.

6 GÊNERO E MASCULINIDADES

Como já exposto, os homens jovens são a parcela da população mais impactada pelo HIV ou pela AIDS. Partindo desse fato, discutiremos sobre homens ou masculinidades, para podermos refletir sobre esses indicadores. Veremos primeiramente a respeito do conceito de gênero.

Connel (2012), nos explica que gênero é, resumidamente, a forma pela qual as capacidades reprodutivas e as diferenças sexuais (biológicas) dos corpos humanos são trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico. O autor complementa que quando falamos de gênero, a prática social se dirige diretamente aos corpos.

Barata (2009), entende que gênero, enquanto construção social, consiste em um sistema multinível, envolvendo fatores econômicos, políticos e crenças sociais, bem como padrões de comportamento e aspectos ligados à identidade individual.

Costa-Júnior (2014) salienta que as diferenças expostas pelo corpo biológico têm representação social atribuída pela cultura a partir de um conjunto de ideias, concepções ou valores sexuais que se agrupa no que entendemos por gênero. O autor corrobora ainda que, mesmo que existam as determinações biológicas, não é a anatomia dos corpos que posiciona homens e mulheres em distintas hierarquias, e sim a forma como as sociedades concebem e simbolizam o caráter anatômico e as diferenças dos corpos masculinos e femininos.

Cechetto (2004) destaca que desde os anos 70, com o aparecimento do feminismo moderno, a percepção de que papéis sexuais de homens e mulheres mudam de acordo com a cultura e com a época, para chegar num lugar comum, como no cenário atual onde a ideia de que as diferenças de comportamento entre os sexos podem ser explicadas somente por fatores biológicos. Figueiredo (2008) complementa que, historicamente, a noção de gênero ganha força nos anos 70, a partir da luta dos movimentos feministas para compreender e explicar a condição de subordinação das mulheres, e uma das primeiras respostas obtida identificava essa subordinação como produto do patriarcado. O autor corrobora que gênero envolve o corpo, tal como ele é vivido, inclusive na sua própria diferenciação sexual, e se constrói nas relações sociais entre corpos (Figueiredo, 2008).

No processo da construção conceitual do gênero, estudos sobre a masculinidade ganham destaque no mundo a partir da década de 80, e no Brasil, esses estudos surgem a partir da década de 90, e a perspectiva de gênero é utilizada como referência para guiar os respectivos estudos que criticavam a natureza normativa da ideia de papéis sexuais masculinos, questionando esse modelo imutável e estático de papéis sexuais (Figueiredo, 2008).

O conceito de masculinidade é muito amplo, podem existir inúmeras masculinidades, pois num mesmo contexto cultural pode coexistir múltiplas manifestações ou expressões de masculinidade (Figueiredo, 2008). Masculinidade consiste, diretamente, na representação do

que é “ser homem” e ser homem implica constituições subjetivas alicerçadas nos modelos de masculinidade historicamente construídas e vigentes (Figueiredo 2008; Costa-Júnior 2014).

Vale ressaltar que a representação do “ser homem” ou “ser mulher” (macho ou fêmea) varia de acordo com a cultura vigente na sociedade que está sendo estudada. As diferentes masculinidades são corporificadas e sociais. Nós vivenciamos as masculinidades (em partes) como certas tensões musculares, posturas, habilidades físicas, formas de nos movimentar, e assim por diante (Connel, 2012). O autor define ainda que a masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero.

De Oliveira (2004), discorre que masculinidade seria um lugar simbólico, imaginário, de sentido estruturante nos processos de subjetivação, uma significação social, um ideal culturalmente elaborado. O autor continua: a masculinidade atua nos discursos, se constitui de uma estrutura de poder, é histórica e identitária. Connel e Messerschmidt (2013) contribuem que masculinidade é uma junção de práticas que possibilitam que a dominação dos homens sobre as mulheres predomine, sendo assim, normativa.

Para essa pesquisa, tais conceitos como gênero e masculinidades são importantes pois dialogam diretamente com as estratégias de prevenção ao HIV. Parker (1998) indica que há dificuldades nessas intervenções com as populações mais fluidas de HSH que não se identificam necessariamente como gays ou bissexuais. Para Figueiredo (2008), as masculinidades interferem na autopercepção de necessidade de cuidado, na busca (ou na falta dela) de serviços de saúde e nas formas como os serviços de saúde lidam com as necessidades dos homens.

7 BIOPODER

No capítulo a seguir abordarmos o biopoder e como ele se conecta com os atuais tratamentos e políticas de enfrentamento do HIV.

Como exposto anteriormente, o TCP passou a ser o principal tratamento aos portadores do vírus e um dos mais propagados métodos de prevenção ao HIV, colocando assim o sujeito como responsável por seu tratamento e responsável também por não disseminar o vírus para seus possíveis parceiros. Não se pode negar a eficácia do TCP, tanto como tratamento quanto como prevenção, mas tê-lo como única ou principal alternativa coloca o soropositivo como responsável total pelo controle do vírus e como vítima do biopoder.

Ao contrário dos meios de prevenção e materiais educativos sobre o HIV já implantados no Brasil ao longo dos anos, concebendo a sociedade como fator determinante para o controle da epidemia, projetos educativos em escolas e comunidades, e demais programas que disseminem o conhecimento sobre o HIV na sociedade, com o TCP, o foco prioritário passa a ser os indivíduos já acometidos pelo HIV, sendo necessário identificá-los e encaminhá-los para tratamento. A diminuição da carga viral é um objetivo não só do tratamento individual, como do controle sanitário (Monteiro et al, 2019). A autora complementa que os principais aspectos do TCP se contrapõem às diretrizes históricas da resposta nacional ao HIV/AIDS, como: a promoção do preservativo, a garantia dos direitos das PVHA e o enfrentamento do estigma da AIDS e das desigualdades sociais, de gênero e sexuais.

A implementação do TCP como modelo preventivo colide com a tradição da resposta brasileira ao HIV/AIDS, sugerindo uma superposição entre prevenção e assistência, designando maior peso aos conhecimentos e práticas biomédicos e psicológicos, em detrimento da combinação desses com os saberes sociais (Monteiro et al, 2019). A autora

complementa ainda que nesse cenário, a prevenção deixa de ser um compromisso da sociedade e passa a priorizar a identificação e o tratamento das pessoas infectadas, os exames de carga viral passam a ser normalizados e exigidos enquanto boas práticas. Para Monteiro et al. (2019), no TCP o teste de carga viral tende a ser concebido como uma medida essencialmente sanitária de identificação de casos, na qual o aconselhamento ganha outro significado.

Tecnicamente falando, o modelo de TCP no Brasil é um modelo bem estruturado, porém nem sempre o usuário consegue cumprir com as exigências do tratamento, como exames constantes, por exemplo, e estar presente em centros de saúde com a frequência determinada. A manutenção do TCP depende também do funcionamento eficiente do setor saúde, para garantir o acolhimento e retenção do usuário no serviço, incluindo pronto atendimento, manejo dos possíveis efeitos adversos da medicação e busca ativa dos faltosos (Monteiro, 2019).

Cazeiro (2021) explana que quando o soropositivo acessa o sistema de saúde é notificado e engolido por ele. Sua vida torna-se e reduz-se a taxas de CD4 e Carga Viral, amparado por uma redoma estreitamente biológica. Essa redoma, tecnocrata e biomédica, muitas vezes reduz o sujeito à “soropositivo”, desconsiderando-o enquanto sujeito. A respeito do TCP, Machado (2017) corrobora que ele visa proteger, acima de tudo, a população, o corpo social, desfocando do indivíduo. A partir do biopoder, o corpo infectado representa uma falha na ordem, fazendo com que sejam estruturados processos de reeducação por meio de pressupostos estatais, com os quais se objetiva conter a epidemia, sem que para isso, implique maiores gastos públicos.

Do que se trata então biopoder e como ele se relaciona com a política de TCP? Felberg (2015) explica que o biopoder associa o fato evolucionário da espécie humana ao poder e conhecimento científico da época, sempre permeado de ideologias e crenças,

principalmente as patriarcais. O autor elucida que historicamente, a espécie humana foi afetada a partir do século XVIII pela medicalização cada vez mais aprimorada e intensa, indicando condutas a serem seguidas.

Biopoder e biopolítica são caracterizados como estratégias de governo, como formas de direcionar condutas. Tendem a normatizar as atitudes dos indivíduos, ao mesmo tempo em que “prescrevem” como toda uma população deve se comportar (Machado, 2017). O autor complementa que funciona como uma maneira de organizar estratégias que tenha como objetivo o controle social, incidindo nos corpos, tanto nas questões relacionadas a aspectos mais individuais, quanto em função de sua característica como espécie (Machado, 2017).

Conforme explanado anteriormente, o modelo de biopoder e consequentemente o modelo de TCP responsabiliza o indivíduo por sua infecção e pela propagação do vírus HIV. Segundo Machado (2017), o atual protocolo da testagem para o HIV/AIDS prevê uma sessão de aconselhamento pré e pós-testagem. Nesse momento, orientações são feitas, mas em alguma medida sua configuração fomenta um certo funcionamento no qual temos um “primado da confissão” sobre o confessado e o confessante, como se o sujeito fosse confessar uma falha ao ser detectado como portador do vírus.

Sendo assim, a vida cotidiana e íntima, passa a ser objeto de controle e exercício do biopoder, através do governo e da regulação da experiência corporal. O indivíduo se torna culpado pelo que se é considerado pelo biopoder como não cuidado com o corpo, através de suas práticas sexuais ou através da utilização de drogas (Machado, 2017).

O biopoder visa disciplinar e educar os corpos, como objetos úteis e necessários, para o bem comum da sociedade. Trata-se de uma estratégia de poder que induz a uma homogeneização dos corpos, visando a uma produtividade, proposta de desenvolvimento e racionalidade, por meio de uma imagem de “livre escolha” (Machado, 2017).

Segundo Sierra e Meyer (2020), essa regulamentação do desejo sexual e os padrões de comportamento, operam, assim, no sentido não só de controlar o sexo e a sexualidade no que se refere à prevenção de doenças e a controles epidemiológicos, como também de prescrever quais comportamentos são aceitáveis e “morais” e quais comportamentos serão considerados perigosos, “imorais”. Os autores explicam que alguns comportamentos são considerados perigosos pois podem facilitar o contágio de algumas doenças, o que oneraria o Estado, mas também os que podem impedir a consolidação de um projeto no qual não cabe nenhum corpo e nenhuma prática sexual que não esteja já prevista, descrita e limitada a partir da moral heterossexual.

Sobre a relação entre biopoder e saúde, Machado (2017) indica que a saúde atua como produto dessa racionalidade moderna, aparecendo como norma indiscutível, exigindo corpos aptos ao trabalho, saudáveis e jovens. Dessa forma, o biopoder produz um arranjo de códigos e valores, denominados como de saúde, modelando e configurando prescrições médicas e padrões higienizantes. Sendo assim, os corpos jovens que rompem com as prescrições biomédicas de padrões e comportamentos e não se apresentam como aptos e saudáveis, precisam ser purificados pela ação farmacológica imposta pelo biopoder.

8 OBJETIVOS

Partindo dos fatos e premissas expostos anteriormente, a presente pesquisa propôs investigar, analisar e compreender a percepção de homens residentes no interior do estado São Paulo sobre sua vulnerabilidade ao HIV, métodos de prevenção e sua relação com serviços de saúde.

8.1 Objetivos específicos

- (a) Investigar as experiências e conhecimento de homens que residem no interior do estado de São Paulo em relação ao HIV e PrEP;
- (b) Compreender como os homens entrevistados lidam com as estratégias de prevenção em suas práticas sexuais;
- (c) Analisar o relato dos entrevistados acerca do uso dos serviços de saúde direcionados à prevenção de ISTs; discutir como essas experiências individuais e coletivas

dos participantes se configuram na relação com os serviços de saúde.

9 MÉTODO

A pesquisa realizada cumpriu um percurso metodológico qualitativo, tendo em vista que a pesquisa qualitativa ajuda a identificar questões e entender por que elas são importantes. Com esse objetivo em mente, também é importante trabalhar com uma amostra heterogênea de pessoas enquanto se conduz uma pesquisa qualitativa (Moresi, 2003).

As etapas propostas para a realização da pesquisa foram: 1) revisão de literatura; 2) coleta de dados através dos relatos dos entrevistados e; 3) análise de dados pautada método dialético hermenêutico. O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (Minayo, 2012).

9.1 Participantes

Os critérios de inclusão utilizados para os participantes foram: 1) ser homem, cisgênero; 2) ser habitante do território pré-estabelecido, ou seja, do interior do estado de São Paulo; 3) ter entre 21 e 38 anos e; 4) aceitar participar da entrevista e estar em pleno acordo com o TCLE. Todos os entrevistados possuíam nível superior, apesar de não ser um critério de inclusão.

Para a realização desta pesquisa, seis homens participaram. Os participantes foram contatados através de grupos onde a pesquisa foi divulgada (ambientes universitários) e um participante foi indicando o outro e alguns foram também abordados pela pesquisadora que questionou se havia interesse em sua participação no estudo. No total dos entrevistados, quatro se declararam heterossexuais e dois se declararam homossexuais. Nenhum dos participantes se declarou portador do HIV, bem como nenhum dos participantes é usuário da PrEP.

Todas as entrevistas realizaram-se com horário previamente agendado entre entrevistadora e entrevistado. A pesquisadora teve a percepção, durante a entrevista, de que os participantes estavam confortáveis, pela postura, tom de voz e repertório que utilizaram. Em nenhuma das entrevistas os depoentes relataram ou manifestaram reações que sinalizassem constrangimento ou desconforto quanto ao que lhes foi perguntado, sendo possível concluir que os entrevistados se sentiram à vontade para falar de suas experiências e vivências.

A identificação dos participantes foi feita por meio das nomenclaturas E1, E2, E3, E4, E5 e E6, visando à preservação do anonimato. O Quadro 1 apresenta o resumo do perfil de cada participante.

Quadro 1

Resumo do perfil dos participantes por ordem de idade

Nome	Idade	Profissão	Religião	Orientação sexual	Cor
E1	23 anos	Professor	Ateu	Heterossexual	Branco
E2	24 anos	Mestrando	Sem religião	Homossexual	Branco
E3	27 anos	Biólogo	Agnóstico	Homossexual	Branco
E4	31 anos	Gerente de loja	Evangélico	Heterossexual	Branco
E5	31 anos	Advogado	Agnóstico	Heterossexual	Branco
E6	37 anos	Psicólogo	Católico	Heterossexual	Negro

Fonte: Elaboração da autora.

9.2 Instrumento de coleta e produção dos dados

Este item tem por objetivo apresentar detalhadamente o processo e desenvolvimento das entrevistas.

Com relação aos procedimentos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e pesquisa local, atendendo as Resoluções 466/12 e 510/16 da CONEP, que pautam a respeito dos protocolos éticos de pesquisa com seres humanos. Para a realização das entrevistas a pesquisadora utilizou de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual buscou de maneira clara e inteligível, assegurar todos os aspectos éticos e informativos aos participantes. Todos os participantes tiveram acesso e concordaram com os termos expressos no TCLE. O parecer favorável e o modelo do TCLE utilizado nessa pesquisa encontram-se no apêndice. Para o recrutamento dos participantes, foi utilizado o método Bola de Neve, onde alguns participantes selecionados entram em contato com outros indivíduos com

potencial para a entrevista e os indicam para participar da pesquisa (Fernandes & Carvalho, 2008).

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2020 e no primeiro semestre de 2021. As normas sanitárias de isolamento e distanciamento social necessárias para o controle da epidemia de Covid 19 nos anos de 2020 e 2021 fez com que todas as entrevistas fossem realizadas remotamente por chamada de vídeo no Zoom, Skype e Google Meet. Nenhuma entrevista foi pausada ou refeita.

Os dados obtidos no estudo foram coletados a partir de entrevista semiestruturada, previamente elaborada e testada de forma piloto para verificar sua eficácia. As entrevistas seguiram o seguinte roteiro: 1) informações sociodemográficas dos participantes; 2) concepções sobre ISTs, vulnerabilidade ao HIV e métodos de prevenção – com o objetivo de verificar os conhecimentos dos entrevistados em relação às IST, bem como a percepção dos mesmos em relação à sua vulnerabilidade sobre o HIV e quais métodos de prevenção utilizavam e/ou tinham acesso; 3) concepções sobre Profilaxia pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP) – cujo objetivo é compreender se os participantes tinham conhecimento e qual conhecimento sobre a PEP e PrEP e suas percepções à respeito das profilaxias; 4) uso de serviços de saúde privados ou públicos – que visa identificar quais tipos de serviços de saúde os entrevistados tinham acesso, como se sentiam ao utilizar esses serviços e quais demandas os levaram a buscar esses serviços; 5) avaliação da entrevista – que buscou identificar o que os entrevistados acharam de sua participação na pesquisa, bem como sua opinião sobre a relevância do tema.

No Quadro 2, segue o modelo do roteiro da entrevista aplicada aos participantes:

Quadro 2

Roteiro de entrevista semiestruturada

Blocos temáticos	Questões
-------------------------	-----------------

Informações gerais	idade; cidade de origem; cidade de residência, cor autorreferida; religião; estado civil/status de relacionamento, orientação sexual autodeclarada; ocupação atual.
1 – Concepções sobre ISTs e vulnerabilidade ao HIV e métodos de prevenção.	1.1 O que vem à sua cabeça quando você pensa sobre ISTs/DST? 1.2 Como você avalia sua vulnerabilidade em relação as ISTs? 1.3 Quais as principais formas de prevenção de que você costuma fazer uso?
2 – Concepções sobre Profilaxia pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP).	2.1 O que você já ouviu falar sobre PrEP e PEP? Se “sim”: 2.2 Por onde você costuma ficar sabendo sobre essas profilaxias? Qual foi a fonte na qual você obteve essas informações? 2.3 Como você acredita que a PrEP funciona? E a PEP? 2.4 Para quais pessoas você avalia que a PrEP seja indicada? Se “não”: 2.2 sobre quais métodos preventivos você tem mais informações? 2.3 (Explicar sobre PrEP) e questionar: “o que você nesse momento pensa sobre o que eu acabei de dizer sobre a PrEP?
3 – Uso de serviços de saúde privados ou públicos.	3.1 Quais serviços de saúde ou profissionais de saúde você recorre para cuidar da sua saúde sexual (ISTs, exames, etc.)? Por quê? 3.2 Como você se sente nesse serviço/profissional? Qual sua avaliação geral do serviço/profissional que recorre no que se refere às suas necessidades? 3.3 Os profissionais do serviço abordam/explicam sobre PrEP e PEP? O que você acha disso?
4 – Avaliação da Entrevista	4.1 Você gostaria de falar sobre algo que eu não tenha perguntado? 4.2 – Como foi para você participar desta entrevista?

Fonte: Elaboração da autora.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado previamente a todos os participantes e as entrevistas só foram agendadas a partir de sua leitura e aceite. Todos os participantes concordaram em assinar o termo e verbalizaram isso durante a entrevista, este aceite consta em todas as gravações.

As entrevistas foram realizadas em ambientes virtuais, via Skype e Zoom, em ambiente privativo, na data e horário pré-estabelecido entre entrevistado e pesquisadora. A plataforma utilizada para a realização da entrevista foi de acordo com a preferência dos entrevistados.

9.3 Estratégias de análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Após a transcrição, as entrevistas foram lidas para sua melhor compreensão. Os dados das entrevistas foram analisados utilizando o método hermenêutico dialético.

A hermenêutica nasce da interpretação de textos bíblicos e da filosofia clássica. Inicialmente a hermenêutica era utilizada como uma forma de interpretação de significados de palavras, passando posteriormente a abranger a interpretação de símbolos e interpretação da realidade através de cunho científico (Alves, 2011). Está associada a Hermes, deus mediador, patrono da comunicação e do entendimento humano cuja função era tornar inteligível aos homens, a mensagem divina. A ele os gregos atribuíam a origem da linguagem e da escrita (Brito & Santos, 2013).

A metodologia hermenêutica abrange a subjetividade e partir da contextualização, bem como a capacidade de retirar conceitos explícitos ou ocultos de textos analisados, pois o intérprete passa a ser ativo no processo de construção do conhecimento. A hermenêutica reconhece as expressões humanas, seus significados e valores, partindo de uma problemática para a interpretação, seja de atividades humanas escritas, faladas e ações humanas (Dutra, 2001). Nas ciências humanas e sociais, a hermenêutica passou a ser mais empregada quando iniciaram as primeiras críticas à utilização das metodologias positivas, advindas das ciências naturais experimentais, no campo social. Tal crítica consiste no fato de que, nas ciências humanas e sociais, não há como separar o sujeito do objeto, ou a totalidade das partes (fragmentar o fenômeno), sendo mais coerente uma análise compreensiva do que uma análise explicativa quando se trata de fenômenos complexos como são os fenômenos sociais e psicológicos (Costa-Junior, 2014).

A hermenêutica é definida por Brito e Santos (2013) como arte de âmbito universal de interpretar o sentido das palavras, das leis, dos textos, dos signos, da cultura e de outras formas de interação humana, e pode ser considerada como um ramo da filosofia que tem como principal finalidade a compreensão humana.

A respeito da compreensão humana, Minayo (2012) corrobora:

Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos. (Minayo, 2012, p. 623)

A técnica de análise hermenêutico-dialética preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu

contexto social e histórico, por meio de lógica dialética (Costa-Junior, 2014). Essa técnica interage com o diálogo do sujeito que está sendo ouvido a respeito de um assunto. Essa interação com o diálogo realiza-se porque a interpretação envolve troca de impressões, de compartilhamento de ideias ou significados que vão surgindo à medida que o diálogo flui e as posições diferentes devem ser aceitas como instrumentos de interpretação e compreensão das diferenças e da diversidade de visão de mundo. Interage, ainda, com o método experimental (científico) porque no processo de conhecimento, inclusive no experimental, não é possível a aproximação da verdade sem a interpretação dos dados experimentados, das ideias que compõem o corpo de uma teoria (Brito & Santos, 2007).

10 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciaremos a apresentação dos resultados a partir da biografia com os dados relevantes dos entrevistados, para que o leitor possa conhecer a trajetória de cada um deles a fim de facilitar o entendimento sobre as posições e concepções relatadas.

E1 (23 anos, professor) é heterossexual, ateu, nascido e residente em uma cidade do interior do estado de São Paulo. E1 declara estar em uma união estável e salienta que as ISTs podem também ser transmitidas a partir de transfusões de sangue, compartilhamento de seringa no caso de drogas injetáveis, mas entende que sua principal via de transmissão é de fato sexual. Devido ao fato de estar em uma relação estável e por sempre utilizar proteção o entrevistado se vê como pouco vulnerável às ISTs. A forma de prevenção que utiliza é a camisinha e é o método de prevenção que tem mais informação a respeito e, também a

abstinência sexual. Sobre a PrEP, E1 informa não ter nenhum conhecimento. Após a explicação da pesquisadora, o entrevistado elucidou que já tinha um prévio conhecimento sobre a profilaxia, mas que não tinha conhecimento da sigla “PrEP”, acredita ser um método excepcional, principalmente por ser de distribuição gratuita.

A respeito da utilização de serviços de saúde, E1 utiliza apenas laboratórios diagnósticos privados e relata nunca ter ido a um serviço especificamente para tratar de uma demanda sexual. Relata não se sentir desconfortável quando precisa ir a algum laboratório e que essa atitude interfere diretamente em sua saúde e na saúde de sua parceira. E1 afirma nunca ter recebido informações sobre a PrEP no laboratório onde realiza seus exames.

E2 (24 anos, mestrando) é branco, homossexual e sem religião. E2 é solteiro, nascido em uma cidade do interior do estado de São Paulo, mas atualmente reside em outra. Para ele, quando falamos de IST há uma ideia de risco, cuidado e redução de danos. Segundo o entrevistado, o HIV é o primeiro nome que vem à cabeça quando falamos de IST, porém ele se considera pouco vulnerável, pois utiliza preservativo masculino em todas as suas relações e não tem múltiplos parceiros. E2 informa que como método de barreira só utiliza a camisinha, mas que realiza testes com periodicidade anual. O entrevistado relata que tem problemas de sangramento na gengiva e que na prática do sexo oral isso é um agravante, por isso a periodicidade dos exames. Para ele, os profissionais do sexo são o grupo mais vulnerável em relação às ISTs, relata também a população trans, que em sua percepção é um número significativo na prostituição.

Quando questionado sobre a PrEP, E2 afirma que tem mais conhecimento sobre a PEP e que ouviu falar muito pouco da PrEP. O entrevistado informa que já trabalhou em ações de redução de danos e que os materiais informativos que recebe sobre profilaxia ou métodos de barreira contra IST são divulgados por meio de coletivos LGBTQIA+ e que nesses materiais, o preservativo masculino ainda aparece como o principal método de barreira. Salienta ainda

que acha controverso, pois ao seu ver, é só utilizar o preservativo e você estará livre de qualquer risco e não é bem assim, mas acha a camisinha prática e de fácil acesso. Para E2, a PrEP é indicada para pessoas que optam por uma vida sexual mais exposta e para trabalhadores do sexo. Ele avalia a PrEP como um avanço muito importante, que oferece um cuidado e segurança maior para quem opta pela profilaxia. Sobre a utilização dos serviços de saúde, E2 relata ser displicente, segundo ele, há dois anos não realiza exames de rotina (exceto de HIV), mas afirma que recorre ao posto de saúde caso observe algum problema.

E2 conhece o CTA da cidade e relata que recorreria a esse serviço caso se sentisse exposto. O último exame realizado por ele ocorreu em uma ação pública realizada na universidade pública onde faz mestrado. O entrevistado relata sentir uma barreira institucional nos serviços públicos de saúde, principalmente direcionado ao público LGBTQIA+, por conta de estigmas sociais. Para E2, os homens, heteros e homossexuais são alienados em relação à cuidados e educação sexual, que é uma temática pouco explanada por homens e que o pouco cuidado que há perpassa muito pela questão da reprodução.

E3 (27 anos, biólogo) é branco, agnóstico, homossexual. E2 se declara solteiro nascido e residente em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Quando pensa em IST, o entrevistado relata que vem à cabeça a questão da proteção, HIV, cancro mole e gonorréia. Ele se considera pouco vulnerável, pois sempre utiliza camisinha em suas relações. E3 afirma conhecer a camisinha e sabe a respeito das profilaxias pré e pós exposição, pois tem acesso a um laboratório em sua cidade e salienta que quando realizamos a entrevista, o laboratório estava em falta com relação à PrEP. Sobre a profilaxia, E2 sabia explicar sobre a utilização e sobre a composição (antirretroviral). Ele obteve essas informações na internet, em sites específicos, e no laboratório onde realiza os exames de ISTs.

O entrevistado avalia que a PrEP é mais indicada nos casos de pessoas que têm algumas práticas específicas, mas em sua visão, deveria ser para todos. Para cuidar de sua

saúde sexual, E3 busca os profissionais do laboratório de sua cidade, que é mantido pelo SUS. Afirma se sentir bem à vontade no atendimento e o avalia de forma satisfatória. O entrevistado relata que os profissionais de saúde a que tem acesso no laboratório explicam sobre a PrEP quando questionados, mas que essa informação não flui livremente e que acredita ser uma falha por parte dos profissionais, que expõem sempre a camisinha.

E4 (31 anos, gerente de loja) é branco, heterossexual, evangélico, divorciado, nascido e residente em uma cidade no interior do estado de São Paulo. Para E4, o que vem à cabeça quando falamos de ISTs é: problema, falta de cuidado, atenção e higienização pessoal. Avalia sua vulnerabilidade ao HIV e demais ISTs como médio, devido ao fato de às vezes ter ato sexual com pessoas sem utilizar métodos preventivos, mas salienta que nunca é no primeiro momento, apenas após alguma confiança nessa parceira.

Para E4, os homossexuais e travestis são a população mais vulnerável às ISTs pois em sua visão, o mundo homossexual é mais exposto, por ser mais promíscuo, ter relações em grupo e lugares diversos, não que não exista no mundo heterossexual, mas para ele, o mundo homossexual oferece mais esses tipos de relações. Sobre os métodos de barreira que utiliza, E4 sinaliza que quando não tem muita intimidade com a pessoa, nunca faz sexo sem camisinha, inclusive para sexo oral, não pratica sem ter algum conhecimento sobre a pessoa e avaliar alguns critérios, como cheiro, por exemplo. O participante diz que sempre se higieniza bem, evita contato em banheiros públicos, por exemplo.

Sobre a PrEP, E4 nunca ouviu falar, nem no termo profilaxia pré-exposição ao HIV. Quando explicado ao participante o que é a PrEP, ele indicou ser algo bom, apesar de achar que as pessoas podem se descuidar em outros aspectos como o cuidado pessoal, ao utilizar a PrEP. Acredita ser um método válido para pessoas solteiras e que as pessoas não têm acesso à essa informação. E4 sinaliza que na escola é tudo muito vago quando se trata de educação sexual e que no ambiente familiar esse assunto ainda é visto como tabu, segundo ele, recebeu

orientações em casa e por isso já teve muitas relações sexuais na vida e tem seus exames todos intactos, deixando inclusive de ter relações quando sentia um odor diferente. Mas E4 acredita não ser obrigação da escola esse tipo de ensinamento, pela vergonha e exposição que isso pode gerar, acredita que esse tipo de informação deveria partir dos pais.

Para o entrevistado, a camisinha é o método de barreira mais conhecido, mas acredita que informação seja o melhor método. E4 indica que utiliza preservativo, mas não gosta e sempre troca quando há relação anal. Apesar das informações que possui, o participante nunca foi em urologista, foi em um “proctologista” uma vez na vida por um problema específico. Afirma que a cada seis meses realiza exames de IST em um laboratório particular, por conta própria e indica que quando estava casado e tinha uma parceira fixa não realizava exames com tanta frequência. Nunca se sentiu constrangido ou teve algum tipo de problema em realizar seus exames e que nesse ambiente nunca lhe foi elucidado sobre a PrEP, mas também não acredita ser o ambiente propício para isso, que nesse ambiente, o máximo que poderia ser feito é existir folhetos para conhecimento geral para quem tiver interesse em ler. Em sua percepção, quem quiser informações sobre os métodos de barreira deve ir ao médico e cabe ao profissional indicar todos os métodos. Para o participante, a maioria dos homens cuida de sua saúde sexual de forma “mais ou menos”, principalmente com relação à higiene pessoal.

E5 (31 anos, advogado) é branco, heterossexual, agnóstico, solteiro – namorando, em relação monogâmica, nascido em uma cidade do interior do estado de São Paulo e residente em outra cidade no interior do mesmo estado. Sobre IST, o que passa na cabeça de E5 é que pode ser uma doença grave e que carrega um grande estigma social, das pessoas acharem que “nunca vai acontecer com elas”, ou ouvir comentários pejorativos sobre alguém que tem IST e associar à promiscuidade. Acredita que sua vulnerabilidade às IST é existente, mas é baixa por ter uma parceira fixa e usar proteção.

O entrevistado acredita que as pessoas que têm menos acesso à informação e os que têm menor poder aquisitivo são os mais vulneráveis às ISTs. E5 afirma fazer uso de camisinha e ir ao médico regularmente como método de barreira para ISTs. O participante sinaliza que já ouviu falar da PrEP, mas não com esse termo “técnico” e não com tantos detalhes quanto a entrevistadora passou ao explicar a profilaxia, acredita que as poucas informações que tinha devem ter vindo da mídia ou de algo que leu. Não sabe informar ao certo para quais grupos específicos acredita que a PrEP seja mais indicada, mas que por seu conhecimento, relações com sexo anal tem maior probabilidade de infecção, portanto, pessoas que praticam esse tipo de relação ou as que não tenham parceiros fixos.

E5 afirma ter mais informações da camisinha como método de barreira, acredita que é um método seguro, mas que falta informação para as pessoas. Indica a camisinha como um método acessível por ser barato e distribuído de graça pelo SUS. O entrevistado indica que a escola poderia ser um ótimo ambiente para propagar informações a esse respeito, assim como na TV, rádio e nos postos de saúde. A educação sexual que o entrevistado recebeu foi mais voltada à contracepção e planejamento familiar e pouco direcionada para a saúde no geral.

E6 (37 anos, psicólogo) é negro, heterossexual, católico, casado e se declara em uma relação monogâmica. É nascido e residente em uma cidade no interior do estado de São Paulo. E6 acredita que sua vulnerabilidade ao HIV e demais ISTs seja muito baixa e associa isso ao fato de ter uma parceira fixa. Indica o uso de camisinha eventualmente, com objetivo de contracepção. O participante já ouviu falar sobre a PrEP pois o trabalho de sua esposa é relacionado à ISTs, mas a fundo, E6 indica não ter muitas informações sobre a profilaxia.

O participante avalia que as profissionais do sexo são a população mais indicada para receber a PrEP, como uma forma de redução de danos, pois em sua percepção, essa população não adere ao uso de camisinha. O participante confia bastante na profilaxia e acredita que ela tem embasamentos científicos suficientes. Sobre a camisinha, E6 acredita

que as pessoas têm baixa aderência devido a questões como escolaridade, esclarecimento, falta de acesso e por não gostarem de ter relações com preservativos, por ter dificuldade em manter a ereção ou em ter orgasmo. Ainda assim, E6 conta que o método de barreira de ISTs que mais tem conhecimento é a camisinha.

Sobre seus cuidados em relação à saúde sexual, o participante indica que vai ao urologista e seu meio de acesso é privado, mas conta que já realizou exames pela rede pública de saúde, como testes rápidos. E6 relata que se sente acolhido e respeitado ao acessar seus cuidados, tanto na rede privada, quanto na pública e que o serviço oferecido por ambos supre suas necessidades. Relata que a PrEP nunca foi abordada nesses ambientes, mas acredita ser algo importante, e sinaliza que o método de barreira mais oferecido seja a camisinha.

Sobre a saúde sexual dos homens em geral, o entrevistado acredita ser uma questão de saúde pública, indica ser necessário retificar algumas questões deturpadas pelo machismo, como o número excessivo de parceiras para ser aceito como “homem”, sinaliza ser inclusive uma questão de respeito com a mulher e que em sua visão, a cultura do estupro está diretamente ligada à essa ideia machista de ter múltiplas parceiras.

A seguir, a partir de fragmentos extraídos das respostas dos participantes, os resultados serão apresentados e pautarão as reflexões pertinentes. Os relatos foram agrupados segundo categorias temáticas mediante afinidade com cada tema que será apresentado na discussão.

10.1 A vulnerabilidade percebida e a escolha dos métodos de barreira

Para iniciarmos essa parte da discussão, é válido contextualizar que todos os entrevistados, independente de orientação sexual autodeclarada, práticas sexuais ou de estado civil, se perceberam como pouco vulneráveis às ISTs e ao HIV ou com média vulnerabilidade, nenhum deles se identificou como muito vulnerável às ISTs e ao HIV.

Para três entrevistados (E1, E5 e E6) a percepção de baixa vulnerabilidade está relacionada principalmente ao fato de estarem em uma relação monogâmica, E1 e E5 afirmam que utilizam também a camisinha em suas relações, enquanto o participante E6 utiliza em situações eventuais com a finalidade de contracepção.

Para o entrevistado E3, sua baixa vulnerabilidade está relacionada à quantidade de parceiros e à utilização de camisinha nas relações e para o entrevistado E2, além da quantidade de parceiros e o uso de camisinha, existe também a testagem constante.

Apenas o entrevistado E4 considera sua vulnerabilidade média, por ter múltiplas parceiras e não utilizar a camisinha em todas as relações sexuais e nenhum outro método.

A camisinha foi o primeiro método de barreira mencionado pelos participantes. Alguns deles afirmam que realizam também a testagem de forma regular, como veremos no eixo específico. Pinheiro (2015) expõe que a noção de vulnerabilidade não é um resultado de uma junção de aspectos individuais e sim coletivos e contextuais.

Como exposto anteriormente, a narrativa dos participantes que estão em relações estáveis, a respeito da prevenção, está diretamente ligada ao fato de ter um (a) parceiro (a) fixo (a). Para o E6, o motivo que explica sua baixa vulnerabilidade é unicamente o fato de ter uma parceira fixa.

(Sobre sua vulnerabilidade) Ah! Muito pequena! Por ter uma parceira fixa que é a minha esposa! E em geral, usamos camisinha eventualmente, mas muito mais por uma questão de uso contraceptivo! (E6, 37a, heterossexual)

A outra percepção, compartilhada pelo E4, traz a lume a ideia de que seria possível se prevenir a partir de alguns sinais perceptíveis na parceira, como cheiro e outras demonstrações de higiene, além do uso da camisinha.

(Sobre sua vulnerabilidade) Médio. Porque as vezes a gente acaba tendo o ato sexual com pessoas sem usar os métodos preventivos, porém nunca de primeiro momento, mas depois que existe alguma confiança.... De repente acaba tendo e nisso daí se coloca em risco.

Quando eu não tenho nenhuma de intimidade com a pessoa, nunca faço sexo sem camisinha, sexo oral eu sempre costumo antes de praticar também eu conhecer um pouco mais a pessoa, sentir um pouco o cheiro da pessoa, isso denuncia muito! Sempre costumo passar a mão antes 'pra' levar o nariz de forma discreta pra ver se tá com o cheiro um pouquinho além do que a gente espera, a gente olha na hora que 'tá' perto, tem que tomar alguns cuidados. (E4, 31a, heterossexual).

Sobre a visão do E4, exposta anteriormente, de ser capaz de identificar fatores externos que indiquem ou não uma situação de risco, Bertolozzi et al. (2009) elucidam que vulnerabilidade inclui a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas/agravos de saúde. Ou seja, a avaliação do participante quanto à sua vulnerabilidade em determinados momentos de exposição não pode ser desconsiderada, visto que é a sua detecção de fragilidade, sua gestão de risco. Segundo o Ministério da Saúde (201), cabe destacar que a gestão de risco considera o princípio de que as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse, se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco de infecção pelo HIV.

Quando questionados a respeito de métodos de barreira utilizados em suas relações, os participantes indicaram primeiramente a camisinha. No relato do E4, o participante concebe que precisa averiguar elementos da higiene e aparência para avaliar a forma de prevenção.

Camisinha, acho que o principal deles. Informação, ter uma informação melhor, ter uma, como eu posso te falar? Ter uma orientação! Orientações de métodos assim de cuidado, de não fazer sem! Mas particularmente mesmo, contra HIV e contra ISTs, é não fazer e situações que você não (sabe sobre a pessoa). Uma pessoa que as vezes 'tá' com boqueira, com uma herpes. Uma pessoa que tem um odor um pouco mais forte ali na parte, no meu caso vaginal, que eu tenho maior afinidade. E acho que é isso! Camisinha mesmo... nunca, desculpa a palavra, enfiando o pau em qualquer buraco! (E4, 31a, heterossexual).

Como podemos verificar a seguir, nos relatos do E5 e E3, a camisinha é o método mais conhecido e divulgado na realidade dos participantes da pesquisa. Os entrevistados entendem que a divulgação desse método deveria ser melhor explanada, e indicam que possuem conhecimento básico sobre outros métodos, mas não com tanta informação e não com o acesso tão facilitado quanto o oferecido pela camisinha.

(Sobre a utilização da camisinha) Eu penso que é um método aparentemente seguro! Que as pessoas não têm todas as informações a respeito! É relativamente acessível, porque além de não ser tão caro assim, 'pra' comprar, dá 'pra' conseguir assim pelo SUS, mas eu acredito que poderiam ter um trabalho melhor a respeito da divulgação da importância de se utilizar! Não só 'pra' evitar uma gravidez indesejada, mas também 'pra' prevenir as infecções.

Por exemplo, de campanha você entende que poderia funcionar melhor? Poderia abarcar mais pessoas, ou de forma mais concreta... (E5, 31a, heterossexual).

Sempre faço o uso da camisinha, mas eu sei também que existem as profilaxias pós e pré-exposição (E3, 27a, homossexual).

O fato de a camisinha ser apontada como o método mais utilizado pelos participantes, não implica em ser o mais interessante, ou mais agradável, pois o “não gostar” da camisinha foi um relato comum na narrativa dos participantes.

Ah! Eu uso! Como eu falei quando eu não tenho um contato com a pessoa, quando é uma pessoa que realmente, não ‘tá’ no meu ciclo de vida, eu sempre uso, não gosto! Não gosto, eu sei também de, sempre que as vezes tem sexo anal também envolvido a gente sempre troca as camisinhas, é uma coisa minha, eu acho que é desconfortável eu voltar ‘pra’ um outro buraco, sair do ânus ‘pra’ vagina, tecnicamente falando, então é camisinha (E4, 31a, heterossexual).

Utilizar um método de barreira sem estar plenamente satisfeito com sua escolha, justificando como algo que deve ser feito, normativo, onde se cometeria um erro caso não o utilizasse, reflete o quanto as estratégias preventivas impostas pelo biopoder refletem na intimidade e decisão do sujeito, implica uma valorização médica, moral e social, colocando o sujeito como responsável pelas suas próprias condições de saúde. E, os cuidados preventivos são compreendidos como característicos de um sujeito responsável, que normatiza suas ações, visando a redução das vulnerabilidades (Machado, 2017)

Para os entrevistados, as informações a respeito da PrEP chegam através de interlocutores específicos, como coletivos ou através do interesse dos usuários em conseguir a informação, diferente das informações e campanhas da camisinha, que são amplamente realizadas nos centros de saúde e mídia, por exemplo.

(Sobre receber orientação a respeito da PrEP) O que mais chega de informação é de coletivos LGBT'S que fazem essa divulgação! Que fazem esse trabalho educativo (E2, 24a, homossexual).

Eu procuro buscar informações através da internet mesmo, sites, no ambulatório também, quando vou realizar os exames de IST (E3, 27a, homossexual).

10.2 A PrEP e sua indicação

A PrEP, para a maioria dos entrevistados, é uma profilaxia pouco conhecida. Apenas dois participantes relataram ter algum conhecimento a respeito da profilaxia. Os demais, no máximo já ouviram algo a respeito, mas muito vagamente, não conheciam a fundo, não sabiam sua ação, ou como ter acesso à profilaxia, por exemplo. Ainda assim, quando explicado pela pesquisadora, a profilaxia foi atribuída como pelos participantes massivamente aos grupos considerados com comportamentos de risco pelos entrevistados - profissionais do sexo e homossexuais - como podemos verificar nas narrativas a seguir.

Acredito que os homossexuais, eles costumam.... Pelo menos sei que são dados, ser pessoas que contraem mais, e tanto tem pessoas que trabalham dentro de... que mexe com isso e ela que o grande número é de travestis, é um número muito alto de infectados!

(...)

O mundo homossexual é muito mais exposto! A parte sexual, a parte de, vamos falar um termo técnico ai, vulgar! Da 'putaria' em geral! Né? Mais forte, né? Não que o heterossexual seja menos exposto! Hoje não tanto, mas antigamente muito mais. Acho que quando você acaba tendo relações sexuais em grupos, em lugares diversos... Tenho amigos que são gays e eles comentam comigo que outros amigos marcam as

vezes suruba em lugares públicos, em banheiros de shopping, então já cheguei a ter esses comentários, então a gente acaba se expondo muito mais que a pessoa nesse tipo de antro né? (E4, 31a, heterossexual).

(Sobre para quem a PrEP poderia ser indicada) Acredito que 'pra' todos, né? Acho que obviamente tem a questão do risco, pela população homossexual e pelas práticas também, específicas (E3, 27a, homossexual).

Outro ponto de vista explanado pelos entrevistados a respeito de para quem a PrEP seria indicada vai além de padrões comportamentais, abrangendo questões sociais, como informação e acesso, como podemos verificar no relato a seguir.

Olha, essencialmente os que tem menos acesso à informação e os que são mais vulneráveis financeiramente, tanto por ausência de saber mais de um método contraceptivo, como, por exemplo, camisinha.... É higiene básica porque não teve acesso à informação. Tanto pela questão financeira, né? De as vezes não ter como arcar com aquilo (E5, 31a, heterossexual).

A percepção de que a PrEP pode, de alguma forma, reduzir o cuidado do usuário com seus comportamentos sexuais, também apareceu nas narrativas dos participantes.

Eu acho bom, é bom! É uma ferramenta que hoje pode auxiliar muitas pessoas a não contraiem o vírus, porém também acho que ela acaba tirando o resguardo de algumas.... De alguma maneira, das demais funções que a pessoa poderia ter cuidado pessoal melhor, então é... Ela pode acabar ficando propensa a medicamento 'pra' poder evitar, é a mesma coisa, eu vou dar exemplo do método anticoncepcional, você acaba tomando, mas por isso, então você pode 'varzear' e

deixar ejacularem dentro, o tempo inteiro que não vai ter risco, entendeu? E às vezes acaba tendo risco, às vezes acaba acontecendo, então eu acho bom toda a ferramenta que vem pra agregar, a evitar uma doença ela é boa, mas a pessoa que tem que tomar, eu acho que é uma pessoa que se expõe mais, por exemplo, um cara que tem um relacionamento estável, que é um cara que sabe se é fiel ou não, se ele é fiel e não sabe a parceira, mas ali eu acho que ele não precisa mais se resguardar tanto assim, se precisa em outros meios, mas não precisa tomar o remédio (E4, 31a, heterossexual).

A ideia de que a camisinha é o método preventivo “correto” e que os demais métodos indicam falta de cuidado, promiscuidade ou algo nesse sentido, é um importante fator a ser investigado. Parece não haver uma outra boa opção nessa escolha, como se a camisinha fosse enraizada, obrigatória, e não houvesse essa possibilidade de escolha. Por outro lado, como já discutido no capítulo destinado a esse método, a camisinha não é unanimidade, e esse fato abre caminho para que novos métodos sejam divulgados e inseridos no cotidiano, Maksud, Fernandes e Filgueiras (2015) sinalizam que em vários países, a descontinuidade do uso dos preservativos é uma realidade que anuncia a ampliação de novas tecnologias de prevenção.

10.3 O acesso aos serviços de saúde

Nos resultados obtidos nesta pesquisa, o acesso, ou a falta dele, aos serviços de saúde, públicos ou privados, não foram sinalizados pelos participantes como fatores problemáticos ou determinantes para a escolha ou não da utilização de métodos preventivos. Os serviços de saúde utilizados pelos entrevistados não aparecem no nível primário, como prevenção e informação, por exemplo. Aparecem mais no secundário, já falando de especialidades direcionadas e possíveis intervenções.

Considerando o nível primário, as campanhas de prevenção alcançaram os entrevistados, principalmente as direcionadas à realização de exames.

Eu recorro ao urologista e laboratórios específicos né, se for na rede privada que muitas vezes não mandam encaminhamento, é mais urologista, privado. Mas eu também já recorri, por exemplo, a fazer exames na rede pública. As campanhas que tem, por exemplo, no dia se não me engano, dia primeiro de dezembro, combate da AIDS, geralmente tem campanhas, tem exames, teste rápidos de HIV, mas eu já utilizei as duas formas! A maioria dos testes está na rede pública na verdade! (E6, 37a, heterossexual)

Na verdade, só laboratórios de análises sanguíneas, laboratório diagnóstico, né? Privado. Mas eu nunca fui em algum (profissional da saúde) específico para isso. Para realizar os exames eu não me sinto desconfortável, porque eu sei que isso é um resultado que vai influenciar tanto na minha saúde quanto na saúde da minha parceira, então, me sinto inclusive bem indo (E1, 23a, heterossexual).

Notou-se, a partir dos relatos dos participantes, que apesar de terem o acesso aos serviços de saúde, quando abordado especificamente a saúde sexual, o manejo das intervenções resume-se à realização de testes, não havendo relatos de intervenções posteriores ou algum tipo de material educativo, diálogo sobre possibilidades de métodos de barreira, etc, evidenciando a política de testagem como política vigente de prevenção.

Com relação ao fato percebido, Costa Júnior (2014) elucida que a associação homossexualidade-reprodução-IST é um fio condutor da procura pelos serviços de saúde e apresenta um potencial de aproximação dos jovens nos serviços de atenção primária. Porém, o autor

evidencia que essa aproximação não se efetiva devido à ausência de referencial prático e metodológico para acolher estes homens, sobretudo os jovens e adultos, no campo da prevenção.

(Sobre qual profissional ou serviço de saúde você recorre) Nenhum! Eu nunca, nunca fui em um urologista na vida, nunca! Fui em um proctologista só uma vez, mas por um problema não sexual! Eu sempre faço a cada seis meses um exame de IST, laboratório particular, acho bom fazer!

(...)

Extremamente normal! Nunca me senti constrangido! Eu não me permito sentir constrangido por uma situação que 'pra' mim é normal, tá no dia a dia! Sexo todo mundo faz! E os que não fazem tão perdendo! Então não tão problema, independente da orientação sexual, eu nunca fui tratado de maneira diferente, os profissionais são atenciosos. (E4, 31a, heterossexual).

Diferente do relato do participante E4 (heterossexual), o participante E2 (homossexual) indica algumas diferenças na percepção do tratamento e acolhimento ofertado pelos serviços de saúde aos quais tem acesso.

Eu sei que existe CTA! Acho que se houvesse uma exposição de risco maior ou algum problema, me sentindo desconfortável, eu acho que eu buscaria o CTA mais do que um posto assim!

(...)

Eu sinto que tem uma barreira um pouco institucional, principalmente 'pra' homens gays! Por conta de um estigma mesmo assim, um estigma social voltado ao HIV, em

relação a homossexuais! Acho que a gente fica com receio de como vai ser o tratamento dentro de uma instituição de saúde... Até mesmo umas questões de doação de sangue, por exemplo! Que existe uma restrição de doze meses 'pra' homens gays e bissexuais, então assim, tinha barreiras muito bizarras (E2, 24a, homossexual).

Como explanado previamente, como atenção primária e realização de testes, os entrevistados indicam ter acesso e utilizarem o serviço. A viabilidade da realização dos testes pode ser um fator determinante para isso, tendo em vista que é possível realizar pelo SUS, gratuitamente, os exames para diagnóstico do HIV, sífilis, Hepatite C e Hepatite B. São testes rápidos e de fácil execução. Os exames podem ser realizados no CTA ou em uma UBS. É possível também realizar o teste através do programa Viva melhor sabendo (Brasil, n.d.a).

10.4 A PrEP nos serviços de saúde utilizados

Apesar de a PrEP estar disponível na rede pública de saúde desde 2017, nenhum dos entrevistados relatou receber a oferta da PrEP em algum momento enquanto estivesse passando por atendimento em algum serviço de saúde, seja ele público ou privado.

Novamente, a camisinha aparece aqui como principal método de prevenção oferecido/divulgado pelos serviços de saúde os quais os entrevistados tiveram acesso.

Faz bastante tempo que eu fui ao urologista, né? A última vez que eu fiz exame foi na rede pública! Mas acredito que seja importante da questão da disponibilidade, né? De todo o medicamento, eu não sei quanto tempo esse medicamento está disponível. Os últimos exames eu acho faz dois anos! Então eu não sei como que é! Na época não estava tão desenvolvido assim. Eu penso que eles priorizam mesmo a prevenção pelo

preservativo, quando eles poderiam dar outras possibilidades aí (E6, 37a, heterossexual).

É necessário considerarmos também sobre qual serviço de saúde estamos falando. Para os participantes que não utilizam a rede pública de saúde, e geralmente vão apenas para a realização de exames esporádicos ou periódicos, o acesso à informação sobre a PrEP é ainda menor, ou praticamente, inexistente.

Não, nunca ouvi!

(Sobre receber informação a respeito dos métodos preventivos) Não! Porque ali você vai só fazer um exame, você não vai 'pra' uma consulta, você não vai 'pra' um bate papo, você vai fazer o exame e receber o resultado no laboratório, então ali eles se limitam a fazer o papel deles. Se eu quisesse uma consulta eu iria no médico! Acharia invasivo alguém me falar de algum método, a não ser que tenha sido detectado alguma coisa. Poderiam dar um folheto 'pra' todo mundo, deixar de maneira mais exposta isso 'numa' recepção, sim, isso daí legal! Mas isso daí vai da curiosidade da pessoa que tá sentada ali e pegar 'pra' ler!

(...)

O urologista tem obrigação de fazer isso! Acredito que é um médico que eu vá ver mais se eu for por uma questão sexual mais nele, por alguma dor, por algum problema, alguma dúvida sexual, ele tem que apresentar! Ele tá ali por uma função que poder ele pode mudar a minha vida e a de muitas pessoas, caso eu venha ter a relação com alguém que tenha HIV ou qualquer outra doença, eu poderia mudar minha vida (E4, 31a, heterossexual).

Sobre a PrEP eu não ouvi de nenhum médico, camisinha eu já ouvi, mas ficou limitado a: “tem que usar e pronto!” (E5, 31a, heterossexual).

Acredito que talvez aconteça uma falha na comunicação. Eles falam a respeito de outras aplicações, outros métodos, mas especificamente da PrEP assim, não tem uma explicação mais plausível, digamos assim, muito explícita. Eles colocam muito a questão do uso da camisinha. Se caso eu perguntar sobre a PrEP e PEP eles respondem, mas eles não chegam a conversar comigo sobre, sem eu perguntar (E3, 27a, homossexual).

10.5 A discussão a respeito da saúde sexual do homem e a Educação Sexual

A discussão sobre a saúde sexual do homem, sobre métodos preventivos e o acesso ao serviço de saúde foi apontado como necessário pelos participantes, mas visto ainda como escasso.

Ah! Bem mais ou menos! Eu falo por mim eu sou muito vaidoso, eu ando com quatro perfumes dentro da bolsa, creme, tomo cinco, quatro banhos em um dia, então eu sei que eu cuido, mas quando eu falo de perfume ‘pros’ meus amigos e tudo mais os caras até brinca, então a gente sabe que não se cuidam! Tem cara que toma banho quando toma ainda... Eu me cuido! Mas em geral não!

(. . .)

Não acostumado (a falar sobre saúde sexual), mas sempre que o assunto surge não é um tabu nenhum ‘pra’ mim falar (E4, 31a, heterossexual).

O termo “educação sexual” não foi empregado pela pesquisadora nas perguntas feitas aos participantes em nenhum momento, porém ele aparece nas narrativas apresentadas por

eles, o que ao mesmo tempo é uma surpresa, pois demonstra uma lucidez sobre o tema, também esboça uma necessidade social de propagar uma educação sexual.

Eu tive na faculdade, mas muito mais no caso 'pra' saúde mental, que é a minha área (E6, 37a, heterossexual).

Disso 'daí' (PrEP)! É uma informação que eu tô tendo hoje. Eu acho que na escola é tudo muito vago, acho que para os pais também é um assunto que existe muito tabu. Acho que tinha que ser um pouco mais exposto, porque quando você é orientado é diferente. Minha mãe sempre me orientou desde pequeno, então eu já tive bastante relação sexual na minha vida e graças a deus eu tenho os exames todos intactos, sempre me cuidei. Eu acho que é muito importante a informação chegar, a informação tem que chegar de maneira correta e acredito que não é obrigação da escola ensinar isso! Os pais deveriam ser educados a tratar isso com os filhos. Claro que também a escola tem que entrar nesse assunto até 'pra' gerar uma curiosidade 'pra' que a criança se sinta mais a vontade de falar com os pais, mas acho que não é obrigação só da escola não (E4, 31a, heterossexual).

Olha, eu acho que ensinar na escola é essencial, sabe? 'Pro' pessoal pré-adolescente. Campanha publicitária na televisão e no rádio, eu acho muito interessante e ter um trabalho assim nos postos de saúde, principalmente no SUS!

(...)

(Quando eu tive acesso à educação sexual na escola) falou-se muito pouco das doenças infecciosas, focou muito na questão de gravidez, sabe? E eu acho que a escola

poderia ter discorrido melhor, ter apresentado com mais detalhes que, não só a AIDS que é uma doença que está aí, mas que também existem outras (E5, 31a, heterossexual).

Eu acho que tem uma alienação muito grande, principalmente em homens gays e bissexuais! Porque a gente entrou no processo de educação sexual! É um assunto que a gente foge! Que a gente não quer falar! Não quer tratar! Porque é dito 'pra' gente não falar, 'pra' gente não tratar, pra gente não pensar, né?

A sexualidade em si, eu acho que a gente fica bastante alienado da própria saúde assim, né? Por conta da homofobia, da bifobia... E no caso de homens héteros eu acho que tem uma questão de uma reprodução da masculinidade que também cai 'pra' homens héteros e bissexuais! Mas eu acho que na heterossexualidade são mais expressivos ainda! Ter uma ideia de que homem não se cuida! Homem não precisa se cuidar! Que o cuidado é uma coisa feminina.... Eu acho que isso também promove bastante essa alienação, assim, de si mesmo, dessa falta de busca por cuidado (E2, 24a, homossexual).

A Educação sexual surge desde as primeiras décadas do século XX. Segundo Ribeiro (2009), a temática da sexualidade e da educação sexual encontrava espaço para estudo, discussão e pesquisa nas Ciências humanas e nas Ciências médicas. O estudo da sexualidade é um estudo multidisciplinar, ou seja, engloba diversas áreas do conhecimento. O relato dos participantes dessa entrevista nos indica a necessidade da implementação de programas de educação sexual, onde o sujeito se sinta acolhido e respeitado.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada nos possibilitou compreender um pouco a percepção de homens heterossexuais e homossexuais a respeito da PrEP, de outros métodos de barreira, bem como a percepção a respeito do acesso à saúde direcionado à saúde do homem.

Os resultados obtidos nas entrevistas indicam que o preservativo masculino segue sendo tido como obrigatoriedade quando falamos de cuidados com a saúde sexual masculina. Os entrevistados explicitaram a posição dos serviços de saúde, públicos e privados e dos profissionais de saúde, com relação à “necessidade” do uso da camisinha. Ela não é considerada como mais um método de prevenção, o que possibilitaria ao usuário a opção de utilizar ou não, de acordo com suas preferências ou necessidades, ela aparece como norma, “tem que usar”, tirando do sujeito a opção de escolher outro método de prevenção.

Os participantes que mais possuem conhecimento sobre outros métodos de barreira, como a PrEP, por exemplo, são os homossexuais. Mas o conhecimento surge muito mais por interesse do indivíduo do que por divulgação em ambientes públicos de saúde. Curiosamente,

apesar de possuírem um conhecimento maior sobre o tema, as falas dos participantes homossexuais foram menores que dos participantes heterossexuais. Entender o motivo pelo qual esses participantes preferiram respostas mais diretas e curtas, seria interessante. Estaria relacionado ao fato da entrevista ser realizada por uma mulher? Estaria relacionado à alguma forma de repressão? Seria esse um tema evitado ou gerador de desconforto para esse público? Tal fato dá abertura para pesquisas futuras que visem desvendar essas questões.

A respeito da PrEP, ainda é necessária uma divulgação de forma mais ampla e eficiente, para todos os públicos, não apenas para os que ainda são considerados como público alvo. Garantir sua distribuição gratuita e aprimorar o modelo de acompanhamento dos usuários que seja viável, onde o indivíduo não desista do processo pela dificuldade em obter a medicação ou realizar os exames necessários fortaleceria a implementação e aceitação da profilaxia.

Se quisermos que a PrEP seja entendida de fato como um método preventivo a ser escolhido por qualquer indivíduo e não apenas por grupos que recebem a indicação de uso (muitas vezes relacionada à uma falta de cuidado, ou comportamento sexual inadequado, já que não houve o uso da camisinha, que é tida como regra), será necessário rever políticas públicas de saúde, fortalecer acordos coletivos, minimizar preconceitos a respeito da profilaxia e de seus usuários e romper com a normativa de que o preservativo masculino precisa estar presente em todas as relações sexuais.

Por fim, a respeito da saúde dos homens, os participantes héteros dessa pesquisa se utilizam mais de redes privadas de saúde, geralmente para realização de exames e consultas pontuais e recebem mais informação da mídia ou de órgãos oficiais, enquanto os participantes homossexuais, mesmo não se sentindo acolhidos em algumas situações, cuidam de sua saúde mais no setor público e colhem informação de coletivos, ONGs e etc.

Essa pesquisa nos permite refletir a respeito de alguns conceitos explanados pelos participantes e também nos dá espaço para mais reflexões, tais como: porque o acesso à informação e a própria informação é diferente para os dois públicos, sendo que independente de orientação sexual, ambos são homens cisgêneros, ou seja, não há nem diferença de gênero nesse caso.

A saúde do homem, os métodos de barreira, as práticas sexuais e a educação sexual são temas que precisam ser mais pesquisados para podermos avançar em políticas públicas de saúde assertiva e assim, amenizar a vulnerabilidade brasileira à AIDS e outras doenças de responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

- Alves, M. A. (2011). Da hermenêutica filosófica à hermenêutica da educação. *Acta Scientiarum Education*, 33(1), pp. 17-28.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 2, pp. 121-144.
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Fiocruz.
- Barbosa, C., & Rodrigues, R. (2016). Espontaneidade na terceira idade. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 24(2), pp. 102-107.
- Barp, L. F. G., & Mitjavila, M. R. (2020). O reaparecimento da homossexualidade masculina nas estratégias de prevenção da infecção por HIV: reflexões sobre a implementação da PrEP no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30, DOI: e300319.
- Barros, S. G. D., & Vieira-da-Silva, L. M. (2017). A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da AIDS e as transformações do Espaço AIDS no Brasil dos anos 1990. *Saúde em Debate*, 41, pp. 114-128.

- Berer, M. (2007). Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Questões de saúde reprodutiva*, 2(2), pp. 23-33.
- Berkman, A., Garcia, J., Muñoz-Laboy, M., Paiva, V., & Parker, R. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American journal of public health*, 95(7), pp. 1162-1172.
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., Val, L. F. D., Pereira, É. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, pp. 1326-1330.
- Bezerra, V. P. (2017). Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV. *CSONline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, (23).
- Brasil, Ministério da Saúde. (n.d.a). *Prevenção combinada*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/prevencao-combinada>.
- Brasil, Ministério da Saúde. (n.d.b). *Profilaxia Pré-Exposição (PreP)*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>
- Brasil, Ministério da Saúde. (n.d.c). *Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hiv/tratar-todas-pessoas-vivendo-com-hivaids>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2018). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2019). *Relatório de implantação da Profilaxia Pós-Exposição – PrEP: janeiro a dezembro de 2018*. 1. ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2020a). *Boletim epidemiológico de HIV/AIDS 2020*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>

- Brasil, Ministério da Saúde. (2020b). *Usar camisinha é uma responsa de todos*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2020/67156/a4-folder-ist-ms-final_0.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (n.d.a). *Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hiv/tratar-todas-pessoas-vivendo-com-hivaids>
- Brito, R. S., & Santos, D. L. A. (2013). Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(5), pp. 654-659.
- Calazans, G. J., Pinheiro, T. F., & Ayres, J. R. D. C. M. (2018). Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da AIDS voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, (29), pp. 263-293.
- Campos, J. R. N., Costa, S. S., Costa, I. S., Jaldin, A. E. M., Uchoa, D. S., Batista, W. S., & Nunes, J. D. C. (2021). Políticas públicas para o enfrentamento do HIV/AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. *Research, Society and Development*, 10(2), DOI: e37310212574-e37310212574.
- Cazeiro, F., Silva, G. S. N. & Souza, E. M. F. (2021) Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, (26), pp. 5361-5370.
- Cecchetto, F. R. (2004) *Violência e estilos de masculinidade*. FGV Editora: Rio de Janeiro.
- Costa Junior, F. M. D. (2014). *Geração, masculinidades e atenção primária à saúde em três cidades do Nordeste brasileiro* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Siqueira, N. A. S. (2002). Substituição da força de venda própria por distribuidores: Um estudo de caso (Dissertação de mestrado). Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP, São Paulo, SP, Brasil.

- Cruz, M. L. S., Darmont, M. D. Q. R., & Monteiro, S. S. (2021). Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, pp. 2653-2662.
- De Sousa, M. A. A. (2004). Uso Do Território E Saúde Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Sperandio A.M.G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: IPES, pp. 57-77.
- Dutra, L. V. (2001). Hermenêutica, linguagem e psicologia. *Revista Estudos de Psicologia*, 18, pp. 75-87.
- Facchini, R., Pinheiro, T. F., & Calazans, G. J. (2018). Prevenção de HIV/AIDS, produção de diferenças e processos de mudança social. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (29), pp. 253-262.
- Felberg, E. (2015) *O sexo nu*. Appris Editora e Livraria Eireli-ME,
- Fernandes, J. L. & Carvalho, M. (2008). *Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball*. *Toxicodependências*, 6 (3), pp. 17-29.
- Fiocruz. Prevalência de HIV entre HSHs jovens na América Latina e Caribe. (2021). *PrEP Brasil: Profilaxia Pré Exposição*. Recuperado de <http://prepbrasil.com.br/prevalencia-de-hiv-entre-hshs-jovens-na-america-latina-e-caribe/>.
- Fiocruz. (n.d.). *Entendendo a PrEP. PrEP Brasil: Profilaxia Pré Exposição*. Recuperado de <http://prepbrasil.com.br/entendendo-a-prep/>.
- Grangeiro, A., Castanheira, E. R., & Nemes, M. I. B. (2015). A reemergência da epidemia de AIDS no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*, 19 (52) DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.
- Greco, D. B. (2016). Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, pp. 1553-1564.
- Hallal, R. C. et al. (2015). Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, pp. 169-182.

- Lopes, J. S., Guirra, P. S. B., & Oliveira, T. R. S. (2019). Pré-exposição (prep) ao HIV e indivíduos em maior vulnerabilidade: uma revisão crítica da literatura de 2013 a 2018. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (27).
- Machado, M. F. (2017). *Prevenção do HIV/AIDS no Delta do Parnaíba: diálogos sobre estratégias de governamentalidade, biopolítica e juvenilização*. (Teses de Doutorado) – Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, PR, Brasil.
- Malta, M., & Beyrer, C. (2013). The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), pp. 1-3.
- Maksud, I., Fernandes, N. M. & Filgueiras, S. L. (2015). Tecnologias de prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, pp. 104-119.
- Martins, T. A., Kerr, L. R. F. S., Kendall, C., & Mota, R. M. S. (2014). Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e AIDS no mundo. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional*, 3(1), pp. 4-7.
- Minayo, M. C. D. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*, 17, pp. 621-626.
- Monteiro, S. S., Brigeiro, M., Vilella, W. V., Mora, C., & Parker, R. (2019). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: Uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, pp. 1793-1807.
- Moresi, E. (Org.). (2003). *Metodologia da pesquisa*. Universidade católica de Brasília – UCB: Pró-reitoria de pós-graduação – prpg.
- Parker, R. G. (1997). Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: Implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7, pp. 99-108.
- Parker, R. & Terto Junior, V. (1998) Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil. In: *Entre Homens: Homossexualidade e AIDS no Brasil*. pp. 154-154.
- Parker, R. G. (2000). *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. Editora 34.

- Parker, R. G., & Camargo Junior, K. R. D. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, pp. 89-102.
- Pinheiro, T. F. (2015). *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/AIDS* (Tese de Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Polidoro, M., Kauss, B., Miskolci, R., & de Oliveira, D. C. (2020). O panorama atual da estratégia da profilaxia pré-exposição (PrEP) no Brasil e os caminhos possíveis para busca da equidade em saúde. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 11(1), pp. 1-11.
- Ribeiro, P. R. M. (2009). *A institucionalização dos saberes acerca da sexualidade humana e da educação sexual no Brasil. Educação sexual: múltiplos temas, compromisso comum*. Londrina: UEL, pp. 129-140.
- Saldanha, A. A. W., Araújo, L. F. & Sousa, V. C. (2009). Envelhecer com AIDS: Representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), pp. 323-332.
- Schaurich, D., Coelho, D. F., & Motta, M. D. G. C. D. (2006). A cronicidade no processo saúde-doença: Repensando a epidemia da AIDS após os antirretrovirais. *Revista Enfermagem: UERJ*, 14(3), pp. 455-462.
- Sierra, J. C., & Meyer, D. E. (2020). Entre capturas biopolíticas e estratégias de resistência LGBT: um ensaio sobre a lógica fármaco-moralizante na profilaxia pré-exposição-PrEP. *Revista Interinstitucional Artes de Educar*, 6(3), pp. 1018-1037.
- Silva, L. A. V. D. (2010). Prazer sem camisinha: Novos posicionamentos em redes de interação online. *Cadernos pagu*, pp. 241-277.
- Silva, L. A. V. D., Duarte, F. M., & Lima, M. (2020). “Eu acho que a química entrou em reprovação”: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/AIDS e com carga viral indetectável. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, pp. 25-45.
- Simões, J. A. (2018). Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV/AIDS *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (29), pp. 313-339.

UNAIDS Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (n.d.a). *A resposta à AIDS na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: Trabalho conjunto, ganhos compartilhados*. Recuperado de <https://unaid.org.br/aids-ods/>

UNAIDS Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (n.d.b). *Estatísticas*. Recuperado de <https://unaid.org.br/estatisticas/>

UNAIDS Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (n.d.c). *Informações básicas*. Recuperado de <https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>

UNAIDS Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (n.d.d). *Prevenção combinada*. Recuperado de <https://unaid.org.br/prevencao-combinada/>

Villela, L. M. (2018). *Percepções sobre o uso da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e possível compensação de risco entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (TRANS) potencialmente elegíveis para o uso de PrEP no estudo PrEP Brasil* (Tese de Doutorado) Instituto Nacional de Infectologia – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Zucchi, E. M., Grangeiro, A., Ferraz, D., Pinheiro, T. F., Alencar, T., Ferguson, L., & Munhoz, R. (2018). Da evidência à ação: Desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, DOI: e00206617.

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Conforme Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde

Título da Pesquisa: Profilaxia Pré-exposição ao HIV: processos de escolha e a rede de atenção em saúde de homens do interior do estado de São Paulo.

Pesquisadora: Mayra Savi Gonçalves

Orientador: Florêncio Mariano da Costa Junior.

Apresentação

Olá, seja bem-vindo! Você está convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo investigar a relação de homens, do estado de São Paulo, com a PrEP e com a rede de atenção à saúde e visa fornecer subsídios a programas de prevenção, conscientização e tratamento do HIV/AIDS, bem como melhoria para a rede de atenção à saúde.

A sua participação é totalmente voluntária e se, em qualquer momento você desistir de participar, pode entrar em contato com os pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), sem nenhum prejuízo. Não haverá pagamento por sua participação, nem ônus financeiro para você.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais audiogravadas e realizadas em privacidade. As informações pessoais que possam identificar os participantes

serão confidenciais e os dados analisados resguardarão seu anonimato, sendo apenas divulgados em publicações científico-acadêmicas (artigos e dissertação).

Os danos envolvidos na pesquisa permeiam possíveis desconfortos físicos em relação à luminosidade, temperatura (relacionados ao ambiente físico) e emocionais, pois as questões podem suscitar emoções desconfortáveis ao serem respondidas. Nesses casos, iremos respeitá-lo e acolhê-lo, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável que te encaminhará para os cuidados psicológicos necessários, podendo ser realizado na Clínica de Psicologia da UNESP – Bauru, ou pelo pesquisador responsável, que atende no Instituto de Análise do Comportamento de Bauru- IACB. Os respectivos contatos e endereços estão descritos no fim do TCLE. Ou, se desejar, poderá interromper sua participação, sem nenhum prejuízo a você.

As entrevistas serão realizadas por vídeo, no local de sua preferência, o local escolhido proporcionará confidencialidade e conforto. Despesas de locomoção serão ressarcidas pela pesquisadora, caso necessário.

Qualquer informação durante o processo ou depois dele, você pode entrar em contato com os pesquisadores ou com o comitê de ética (todos os contatos encontram-se listados ao final deste termo). Os resultados finais deste estudo serão disponibilizados a você por e-mail, por isso preencha este no campo solicitado na declaração abaixo.

DECLARAÇÃO

Declaro que fui informado que a minha participação na pesquisa é livre, gratuita, e que posso desistir da participação a qualquer momento. Caso exista alguma dúvida quanto à ética, denúncia ou desistência, entrarei em contato com o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) cujo telefone e endereço encontram-se abaixo. Declaro que fui informado que os pesquisadores responsáveis irão ressarcir as despesas com locomoção caso aconteça. Fui informado que caso ocorra alguma experiência emocional negativa despertada pela entrevista, ou danos imateriais relativos à minha participação na pesquisa, entrarei em contato com o pesquisador responsável que me encaminhará para os cuidados psicológicos necessários.

Declaro que compreendi que minha colaboração será em participar de uma entrevista audiogravada, que a minha identidade, nome e outras informações pessoais serão mantidas no anonimato. Diante do exposto, declaro que recebi orientações e esclarecimentos da mestrand **Mayra Savi Gonçalves**, quanto aos objetivos do estudo, aos procedimentos envolvidos na

minha participação e ao anonimato garantido e **concordo** em participar, de forma voluntária, deste estudo, assinando termo de consentimento abaixo:

Eu, _____,
 portador do documento de identificação: () CPF _____ ou ()
 RG _____ aceito participar voluntariamente da pesquisa
 intitulada “**Profilaxia Pré-exposição ao HIV: processos de escolha e a rede de atenção em
 saúde de homens do interior do estado de São Paulo**”, autorizo a divulgação dos resultados
 para fins acadêmicos, mantendo a preservação do meu anonimato e concordo com os termos
 do presente termo de consentimento.

Local: _____, Data: ____ de _____ de _____

 Assinatura

E-mail pessoal para contato: _____

Outro e-mail para contato: _____

**Agradecemos à disposição e à colaboração em participar de nosso estudo! Sua
 participação é muito importante!**

CONTATOS

Responsável: Dr. Florêncio Mariano da Costa Jr. E-mail: mcostajr@gmail.com –
 Telefone: (14) 98122-7988;

Psic. Mayra Savi Gonçalves. E-mail: savi.mayra@gmail.com – Telefone: (14) 98810-7500;

Comitê de Ética em Pesquisa – Bauru: E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br – Telefone: (14)
 3103-9400. Localizado na Faculdade de Ciências - UNESP - Campus de Bauru. Av. Eng.
 Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa, Cep: 17033-360 -Bauru – SP. Fone:
 (14)3103-6000; Fax: (14) 3103-6074;

Instituto Análise do Comportamento de Bauru – Bauru/SP: Rua AnvarDabus, 2-80, Vila
 Mariana. Telefone: (14) 3021-5800 – WhatsApp: (14) 99756-3707;

