



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Marcos Gleison Araujo Silva

Juventude e AIDS: um estudo qualitativo sobre a gestão de risco entre homens
autodeclarados gays ou bissexuais no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

Marcos Gleison Araujo Silva

Juventude e AIDS: um estudo qualitativo sobre a gestão de risco entre homens
autodeclarados gays ou bissexuais no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Souza Monteiro.

Rio de Janeiro
2023

Título do trabalho em inglês: Youth and AIDS: a qualitative study on risk management among self-identified gay or bisexual men in Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Código de Financiamento 001.

S586j Silva, Marcos Gleison Araujo.
Juventude e AIDS: um estudo qualitativo sobre a gestão de risco entre homens autodeclarados gays ou bissexuais no Rio de Janeiro / Marcos Gleison Araujo Silva. -- 2023.
102 f.

Orientadora: Simone Souza Monteiro.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 89-97.

1. Gestão de Riscos. 2. HIV. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 4. Adulto Jovem. 5. Gays. I. Título.

CDD 614.5993098153

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Marcos Gleison Araujo Silva

Juventude e AIDS: um estudo qualitativo sobre a gestão de risco entre homens
autodeclarados gays ou bissexuais no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 31 de maio de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Mauro Martins Costa Brigeiro
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Vera Lucia Marques da Silva
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Simone Souza Monteiro (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Prezado leitor, é com grande emoção que estou aqui hoje para expressar minha sincera gratidão a todas as pessoas que me acompanharam em minha jornada acadêmica. Agradeço de todo coração por cada apoio, encorajamento e ajuda que recebi ao longo do caminho.

Gostaria de começar agradecendo à minha mãe, Graça, que sempre cuidou de mim com todo o seu amor e dedicação. Ela sempre me ensinou a ser uma pessoa forte, corajosa e persistente, e sem ela, eu não estaria aqui hoje. Obrigado por ter me dado tudo que eu precisava, mesmo antes de eu saber.

Agradeço também ao meu namorado, Diego, que tem sido um apoio incondicional em minha jornada acadêmica. Ele sempre esteve ao meu lado, lendo e revisando meu trabalho, me encorajando e me apoiando quando eu mais precisei.

A minha orientadora, Simone, gostaria de agradecer por sua disponibilidade e esforço em me ajudar, mesmo quando eu ainda não era oficialmente integrado no mestrado. Como disse Isaac Newton: "O que sabemos é uma gota, o que ignoramos é um oceano". Você me ensinou muito, Simone, e sou eternamente grato.

Aos meus colegas orientados pela Simone, agradeço a ajuda no norte da minha pesquisa. Juntos, formamos uma equipe forte e unida. Como diz o poeta John Donne:

"Nenhuma pessoa é uma ilha, isolado em si mesmo; cada pessoa é uma partícula do continente, uma parte da terra firme". E vocês foram a minha terra firme durante este período.

A todos os meus amigos e familiares que me empurraram para frente na busca por mais, gostaria de expressar minha sincera gratidão.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer ao meu pai, Antônio. Embora tenha falecido durante meu mestrado, ele foi uma grande inspiração para mim, e eu devo muito a ele. Obrigado, meu pai, por ter me dado a vida, e por ter me apoiado em tudo o que eu faço. Embora você não tenha entendido completamente o que era um mestrado acadêmico, eu sei que você estava muito orgulhoso de mim. Eu sou quem sou hoje por causa de você.

RESUMO

Nas últimas décadas tem havido avanços no enfrentamento da AIDS no campo biomédico, político e dos direitos das pessoas vivendo com HIV. Todavia, ainda existem desafios no controle da epidemia. No contexto brasileiro, um dos desafios refere-se ao aumento de infecções na faixa de 15 a 24 anos; ademais, de 2007 a 2022, 42,9% dos casos de HIV ocorreram entre homens por meio de relações gays ou bissexuais. Diante deste cenário e do lugar da testagem nas atuais políticas de controle da AIDS, o presente trabalho analisou a gestão de risco ao HIV entre um grupo de homens jovens que fazem sexo com homens e que realizam o teste para detecção do HIV ao menos uma vez ao ano, a partir de um estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas individuais com 15 homens autodefinidos como gay ou bissexual, de 18 a 24 anos, contatados durante as ações de testagem para detecção precoce do HIV promovidas por uma organização não governamental, nos municípios do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense. A maioria (11) dos entrevistados estava cursando o ensino superior e morava em casa própria; quatro concluíram o ensino médio e tinham menor renda. Grande parte revelou um bom conhecimento sobre os locais de acesso ao diagnóstico do HIV e os meios de prevenção do vírus da AIDS, como o preservativo e as novas tecnologias biomédicas (teste, PrEP e PEP). Na gestão dos riscos da infecção do HIV são utilizados recursos preventivos variados e a realização regular da testagem rápida, como uma prática de autovigilância sorológica. Todavia, tais práticas são influenciadas e definidas em função de fatores contextuais como: conhecimento e acesso às tecnologias de prevenção, situações de compartilhamento da identidade homossexual, redes de sociabilidade, tipos de práticas e relacionamentos sexuais e os acordos estabelecidos entre os parceiros. Os achados apontam para a necessidade de criar espaços de diálogo e aprendizagem sobre os variados recursos de prevenção disponíveis, levando em conta as visões, práticas e tipos de relacionamentos sexuais. Ademais, as estratégias de prevenção devem contemplar campanhas educativas regulares e divulgação e oferta de variadas tecnologias de prevenção, capazes de alcançar todos os segmentos sociais, bem como o enfrentamento do estigma da AIDS e da homossexualidade e as condições de vulnerabilidade ao HIV. Tais recomendações convergem com as análises críticas acerca do predomínio da biomedicalização das respostas à Aids no cenário nacional.

Palavras-chave: gestão de riscos; HIV; AIDS; adulto jovem; gays.

ABSTRACT

In recent decades there have been advances in the fight against AIDS in the biomedical, political and rights fields of people living with HIV. However, there are still challenges in controlling the epidemic. In the Brazilian context, one of the challenges refers to the increase in infections in the 15 to 24 age group; moreover, from 2007 to 2022, 42.9% of HIV cases occurred among men through gay or bisexual relationships. Given this scenario and the place of testing in current AIDS control policies, the present study analyzed HIV risk management among a group of young men who have sex with men and who perform the test for HIV detection at least once per year, based on a qualitative study. Individual interviews were conducted with 15 men self-defined as gay or bisexual, aged 18 to 24, contacted during testing actions for early detection of HIV promoted by a non-governmental organization, in the municipalities of Rio de Janeiro and Baixada Fluminense. Most (11) of the interviewees were studying higher education and lived in their own house; four completed high school and had lower income. Most revealed good knowledge about the places to access HIV diagnosis and the means of preventing the AIDS virus, such as condoms and new biomedical technologies (test, PrEP and PEP). In managing the risks of HIV infection, various preventive resources are used, as well as regular rapid testing, as a practice of serological self-surveillance. However, such practices are influenced and defined according to contextual factors such as: knowledge and access to prevention technologies, situations of sharing the homosexual identity, sociability networks, types of practices and sexual relationships and agreements established between partners. The findings point to the need to create spaces for dialogue and learning about the various prevention resources available, considering views, practices and types of sexual relationships. Furthermore, prevention strategies should include regular educational campaigns and the dissemination and offer of various prevention technologies, capable of reaching all social segments, as well as facing the stigma of AIDS and homosexuality and the conditions of vulnerability to HIV. Such recommendations converge with critical analyzes about the predominance of the biomedicalization of AIDS responses in the national scenario.

Keywords: risk management; HIV; AIDS; young adult; gays.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNAIDS	Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais
CTA	Centros de Testagem Anônimos
DCCI	Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIAHV	Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais
DATHI	Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIAPN+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais pansexuais, não binárias e mais
OG	Organização Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RENAJVHA	Rede Nacional de Jovens que vivem com HIV/AIDS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TcP	Tratamento como Prevenção
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO SOBRE A ATUAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....	12
2.2	IMPACTOS DOS AVANÇOS NOS RECURSOS BIOMÉDICOS E MUDANÇAS NO CENÁRIO NACIONAL.....	17
2.3	A TESTAGEM PARA DETECÇÃO DO HIV: UM OLHAR RETROSPECTIVO	20
2.4	JOVENS GAYS E AIDS: NOTAS SOBRE OS MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA	25
2.5	JOVENS GAYS E ASPECTOS GERACIONAIS	29
2.6	GESTÃO DE RISCO E IMUNIDADES IMAGINADAS.....	31
3	METODOLOGIA	34
4	RESULTADOS DA DISCUSSÃO	37
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES	37
4.2	IDENTIDADE GAY E A “SAÍDA DO ARMÁRIO”	40
4.3	REDES DE SOCIABILIDADE	47
4.4	CONHECIMENTO E COMUNICAÇÃO SOBRE HIV/AIDS	50
4.5	PROXIMIDADE COM PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS	56
4.6	PRÁTICAS SEXUAIS: DIVERSIDADE, FLUIDEZ E HIERARQUIAS DE GÊNERO.....	61
4.7	APLICATIVOS PARA ENCONTROS E INTERAÇÕES SEXUAIS E LOCAIS PARA FAZER SEXO	65
4.8	RELACIONAMENTOS: ARRANJOS DIVERSOS E PREVENÇÃO DO HIV	70
4.9	PEP E PREP: CONHECIMENTO E ACESSO.....	76
4.10	TESTAGEM DO HIV: MOTIVAÇÕES E REGULARIDADE.....	80
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICE I - ROTEIRO DA ENTREVISTA	98
	APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100

1. INTRODUÇÃO

No contexto nacional, de 2007 até junho de 2022, 434.803 casos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foram notificados, sendo que 42,3% se encontra na região Sudeste e 70,2% ocorrem entre homens cisgênero¹. Com relação à categoria de exposição, os dados indicam que 42,9% dos casos entre homens resultaram de exposição homossexual ou bissexual, 34,9% por relações heterossexuais e apenas 2,0% por uso de drogas injetáveis. Entre as mulheres, grande parte dos casos (86,6%) resulta da exposição heterossexual. Foi observado, também, que a maioria (52,9%) dos casos se encontra no grupo de 20 a 34 anos, sendo que de 2009 e 2019 nota-se, entre os homens, um aumento na incidência de casos na faixa de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos (BRASIL, 2022). O cenário descrito aponta que um dos atuais desafios da epidemia de AIDS no Brasil, diz respeito ao crescimento de casos entre os jovens gays e outros HSH.

Importa destacar ainda que, segundo o relatório brasileiro de monitoramento clínico do HIV de 2020, 88% pessoas diagnosticadas com HIV abaixo de 24 anos realiza o primeiro teste de contagem de linfócitos CD4² com dados maiores a 200 células/mm³ (Brasil, 2020). Ou seja, grande parte dessa população indica ter o diagnóstico precoce do HIV. Todavia, tal resultado não garante que as pessoas iniciem o tratamento antirretroviral e mantenham a sua adesão.

No cenário internacional, os casos de HIV são mais frequentes entre as denominadas populações chaves, que incluem os homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas em presídios e outros ambientes fechados, trabalhadoras(es) do sexo e seus cliente e pessoas trans. Segundo o relatório da UNAIDS, o risco de adquirir HIV é 25 vezes maior entre os HSH e os serviços de prevenção para a população são distribuídos de forma desigual, ou ausentes (UNAIDS, 2021).

Como será abordado mais adiante, o enfrentamento da epidemia de AIDS nos últimos 40 anos envolveu diversos desafios e avanços no campo biomédico, político e dos direitos das pessoas vivendo com o HIV (PVHA). Tais conquistas contribuíram para reduzir os óbitos e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas por esta infecção; todavia, a epidemia de AIDS continua sendo um importante problema de saúde pública. Em anos recentes houve mudanças nas diretrizes globais. Em dezembro de 2013 foi lançada pela UNAIDS a meta

¹ Pessoa que se reconhece com o gênero designado ao nascimento. (POPADIUK; OLIVEIRA e SIGNORELLI, 2017)

² A quantificação dos linfócitos T CD4⁺ é obtida por volume de sangue e os valores abaixo de 200 células por microlitro de sangue possuem alta probabilidade de surgimento de doenças oportunistas como pneumocistose, toxoplasmose de SNC.

90.90 objetivando o controle da epidemia até 2020. Tal meta visava que 90% de todas as pessoas que vivem com HIV soubessem que têm o vírus, que 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada estivessem recebendo o tratamento devido e que 90% de todas as pessoas recebendo a terapia antirretroviral tivesse a supressão viral efetiva (UNAIDS, 2014). Apesar dessas metas não terem sido alcançadas, a UNAIDS estimou metas ainda mais ambiciosas nesta direção, para o período de 2021 a 2026 (UNAIDS, 2021).

Em consonância com as diretrizes definidas pela UNAIDS, um dos atuais métodos de prevenção preconizado nas respostas programáticas à epidemia de HIV/AIDS, em termos globais e nacional, refere-se à estratégia do Tratamento como prevenção (TcP), que tem como objetivo o diagnóstico precoce do HIV, seguido do tratamento dos casos positivos. Tal estratégia está orientada pelas evidências de estudos clínicos que atestam que o acesso e adesão ao tratamento antirretroviral reduz a carga viral e, conseqüentemente, a circulação do HIV na população, contribuindo para a interrupção da cadeia de transmissão do vírus. Embora seja dirigida para a população em geral, tem como foco principal pessoas que apresentam maior risco de infecção do HIV, já citadas, como os HSH, trabalhadores do sexo, pessoas transexuais, usuários de droga injetável e pessoas com parceiro estável vivendo com HIV.

No Brasil, o TcP foi introduzido pelo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos (BRASIL, 2017a). Nessa direção, tem havido investimentos na ampliação da testagem para detecção precoce do HIV em toda a rede, seja em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) do país, ou por meios de Organizações Não Governamentais (ONG). Com isso, projetos que promovem a testagem para HIV nas populações consideradas mais vulneráveis (gays/HSH, mulheres transexuais e profissionais do sexo), vêm sendo implementados em diversas ONGs em todo o país, com o apoio do Ministério da Saúde e organizações internacionais (MONTEIRO et al, 2019).

No âmbito da cidade do Rio de Janeiro, uma das ONG que realiza testes rápidos para detecção precoce do HIV e hepatites virais, desde 2014, é o Grupo Pela Vidda/RJ, com apoio de instituições privadas internacionais e incentivos do Ministério da Saúde. Fundada em 1989, esta ONG tem como objetivo geral “promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e AIDS, através da defesa dos direitos humanos fundamentais, da garantia de acesso à informação, da luta contra a discriminação e outras formas de exclusão social, pela edificação de uma sociedade mais solidária e socialmente justa”³. Nesse sentido, busca atuar na

³ <http://www.pelavidda.org.br/site/> acesso em 02/03/2022

desconstrução do estigma relacionado ao HIV/AIDS, na reintegração no cotidiano social de pessoas com HIV e na defesa de seus direitos e garantia da dignidade.

A oferta dos testes rápidos ocorre tanto na própria sede do Grupo Pela Vidda/RJ, no centro da cidade, quanto em ambientes externos, decorrentes de ações itinerantes em outros bairros da cidade e municípios do Rio de Janeiro, por meio de campanhas realizadas pelos voluntários, em sua maioria jovens gays. Além do teste, também são realizadas ações educativas que visam orientar sobre a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Dentre as regiões onde ocorrem essas campanhas, podemos citar principalmente a região Central da cidade do Rio de Janeiro, o município de Duque de Caxias e outros pontos da Baixada Fluminense. Nestas campanhas externas é garantido o sigilo do resultado e a segurança das pessoas predispostas à realização do teste rápido. Elas preenchem um termo de consentimento e um formulário com dados com informações sobre perfil social, práticas sexuais e de prevenção.

Durante o ano de 2018 até a presente data, venho atuando como educador em saúde, voluntário, do Grupo Pela Vidda/RJ. Nesta condição, estou diretamente em contato com jovens, principalmente de 18 a 24 anos. Ao longo desse período tenho tido a oportunidade de ouvir vários relatos de jovens gays sobre a sensação de invulnerabilidade, que leva ao não uso de meios de prevenção. Muitos alegam que são familiarizados e acostumados com as situações de risco ao HIV na vida cotidiana e não temem o HIV.

Vale salientar que, estudos nacionais recentes, identificados a partir de uma busca exploratória da literatura acadêmica, afirmam que existem diversas motivações que podem levar a população de homens gays a repetir o teste rápido de HIV. Tais motivações são associadas a fatores como: indicador de cuidado anual do indivíduo; tipo de parceria afetivo-sexual; espaços de socialização e revelação da orientação homossexual; conhecer pessoas vivendo com HIV; percepções e conhecimento sobre o teste rápido para detecção precoce do HIV e exposição ao HIV (LIMA et al 2020; REDORCH et al, 2017). A repetição do teste após uma prática de risco alerta sobre o lugar que a testagem pode assumir como prática de prevenção. Ou seja, esta situação parece indicar que o indivíduo está ciente dos riscos de infecção do HIV nas relações sexuais desprotegidas, mas, não usa necessariamente meios de prevenção e sim a testagem regular. O que constitui uma condição de vulnerabilidade ao HIV.

Frente ao preocupante número de casos de HIV entre jovens gays/HSB no Brasil, somada a escassez dos estudos nacionais recentes sobre práticas de risco associadas ao HIV nesta população e a minha atuação como educador de par no Grupo Pela Vidda/RJ, o presente estudo tem como objetivo geral promover uma reflexão sobre a gestão do risco do HIV entre

autodefinidos como gays ou bissexuais de 18 a 24 anos, com vida sexual ativa, em jovens que realizaram a testagem para HIV no último ano. Em termos dos objetivos específicos tem-se como propósito caracterizar o perfil social desses jovens, os tipos de práticas sexuais, o conhecimento e a percepção de risco ao HIV, as estratégias de prevenção, bem como a frequência e a motivação da testagem rápida para detecção precoce do HIV.

A presente reflexão parte do pressuposto que a abordagem da juventude como uma etapa isolada da vida, direcionada para o cumprimento dos marcos biográficos tradicionais da família, do casamento e do trabalho, apresenta limites. É preciso considerar que as trajetórias juvenis são influenciadas pelo contexto histórico, mas, ganham singularidade a partir da diversidade do contexto sociocultural e econômico nos quais os indivíduos estão inseridos (NOVAES, 2019). A concepção sobre juventude como uma construção social permite entendê-la como um processo que muda com o tempo, que diverge em função de aspectos socioculturais, do território e das condições sociais dos indivíduos. A perspectiva pautada na diversidade de vivências, relações e novas interações na sociedade faz com que esse jovem ocupe um lugar específico na contemporaneidade (ABRAMO, 2005).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO SOBRE A ATUAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

A resposta à AIDS no Brasil é um marco importante na história da saúde pública nacional, contando com uma agenda que reúne diversas pautas políticas. Ao mesmo tempo em que envolve a participação de atores provenientes de movimentos sociais, dentro dos quadros técnicos, a sua dinâmica contribui para o desenvolvimento de um campo de atuação mobilizado dentro e fora o Estado. Segue um breve histórico da epidemia, já documentada pela literatura (FERRAZ, 2016)

Em 1981, uma nova doença pneumática afetava uma série de homens homossexuais. Naquele momento, ninguém imaginava que o advento dessa infecção viria a afetar o mundo tão profundamente. Conforme o vírus foi se disseminando, o novo agravo foi se tornando um problema de saúde pública no contexto global, que precisava de respostas no âmbito das agências internacionais e dos governos locais. Contudo, as instituições governamentais demoravam a responder à crise em todo o mundo. Parte da demora pode ser atribuída ao fato do novo vírus afetar especialmente pessoas de grupos com práticas não hegemônicas e marginalizadas socialmente (inicialmente os homens gays e posteriormente os haitianos, hemofílicos e heroinômanos); além de combinar “comportamento sexual e doença” (CARTAXO, 2018).

A história social da AIDS apresenta algumas particularidades, comuns a outras epidemias, caracterizadas pelo grande medo sobre uma nova doença desconhecida, contagiosa e fatal e pela falta de respostas da medicina e da assistência à saúde, que funcionam como catalisadores para o pânico moral e acirramento do estigma contra grupos mais afetados. Segundo Herzlich e Pierret (2005), os acontecimentos sociais em torno da AIDS exemplificam como “a doença e a medicina são passíveis de investimentos no plano simbólico e são igualmente objeto de uma construção de sentido e elaboração de um saber” (p.93). As autoras assinalam que o aparecimento da AIDS, para além de um novo problema de saúde, mobilizou variados atores sociais (ativistas, profissionais de diferentes setores), bem como as pessoas afetadas pela doença.

A imprensa, ao anunciar o aparecimento de uma nova infecção, teve um papel importante no desenho da mesma e, sobretudo, operou a passagem das informações sobre a doença no domínio médico e científico para o registro onde a “sociedade” está implicada.

(HERZLICH, 1996). Os títulos das reportagens como, por exemplo, “o estranho mal que ataca os homossexuais” ou “câncer gay”, em referência às pessoas suscetíveis de serem atingidas pela nova doença, revela como a AIDS adquire dimensões morais, reforçando repertórios conservadores de culpabilização e preconceito contra os homens gays. (BASTOS, 2002; BESSA, 2002).

No Brasil, as notícias sobre a nova a infecção também chegaram através, primariamente, da mídia. Antes mesmo de se consolidar uma política pública ou informações claras sobre o vírus, a mídia desempenhou o papel de disseminar informações sobre o “câncer” ou “praga” gay, que mais tarde se mostraram infundadas (GRECO, 2016). A notícia da AIDS circulava de forma veloz, muitas vezes sem nenhum teor científico, disseminada ainda a partir de reprodução de relatos de pessoas que vinham de fora do país, sobre uma síndrome mortal que atingia homens homossexuais. O desconhecimento da medicina contribuiu para o agravamento do preconceito e rejeição contra grupos já marginalizados na sociedade, afetados pelo novo agravo.

Ainda com relação ao cenário brasileiro, importa salientar que, nas décadas de 1970-80, o país vivia situações políticas complexas, com a intensificação da pressão popular e de entidades progressistas contra a ditadura e pelas eleições diretas. No campo da saúde, destaca-se o movimento sanitarista, reivindicando acesso à saúde pública para todos e diminuição das disparidades sociais e regionais. A constituição de 1988 estabeleceu a participação social na saúde pública e a descentralização da gestão. Com o SUS e a pressão dos movimentos sociais, apoiados pela academia, a resposta brasileira avançou em grandes proporções com relação ao HIV, contribuindo para a formação de bases políticas, sociais e culturais. Medidas não biomédicas ganhavam força, muitas vezes pautadas em estudos correlacionando dimensões sociais do adoecimento e da saúde no Brasil. (BASTOS, 2002)

Entendendo o contexto em que a AIDS se situava, o confronto político era inevitável, pois a recusa do governo brasileiro em entender de fato o potencial epidêmico da AIDS acabava resultando em situações como falta de recursos, de leitos em hospitais e pouco investimento em pesquisas científicas. (BASTOS, 2002) Eram inúmeras as situações que privavam os direitos dos indivíduos vivendo com HIV, desde a falta de tratamento ao acesso a assistência social. Isso impulsionou uma conversa para que houvesse articulação entre organizações comunitárias e serviços de saúde para criar ações coletivas, identificando os casos e tomando ciência da situação, a fim de pressionar as respostas do governo Federal e buscar meios para mudar a conjuntura. (TEIXEIRA, 1997)

Diante da falta de informação e do preconceito houve a necessidade de divulgar informações coerentes com a realidade e propor ações de prevenção, em grande parte assumida pelo movimento social. O estigma de ser associado como disseminadores da AIDS contribuiu para que o movimento homossexual se organizasse e se tornasse um dos pilares do enfrentamento da AIDS. A atuação dos atores não governamentais, que formaram as bases para o surgimento do movimento social da AIDS, marca o nascedouro de experiências pioneiras, como a criação de panfletos e sua divulgação em meios de sociabilidade homossexual. Essas ações colaboraram para ampliar o debate sobre sexualidade de forma mais abrangente e criativa, pautada em informações coerentes com a realidade. (LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA, 2013). O movimento social no campo da AIDS se fortaleceu com agendas de base solidária, de direitos humanos e ações contra a pobreza e o preconceito. O escritor e ativista Hebert Daniel, nos anos 1980, afirmou que o estigma, o preconceito e a discriminação eram um vírus ideológico tão ou mais perigoso que o próprio vírus biológico. Era como se viver com HIV imunizasse as pessoas contra seus direitos civis, sem ação política e sem direito. O problema em si não era solicitar condições mais fáceis para morrer e sim melhores qualidade de vida. (DANIEL, 2018)

Com o tempo, houve uma expansão do movimento social, a partir da divulgação de casos de infecção do HIV por meio de atividades ocupacionais, relações heterossexuais e por transmissão vertical (da mãe infectada para o bebê). Manter uma perspectiva apenas direcionada ao tratamento medicamentoso não seria a solução, visto que graças ao estigma, muitas situações de abandono de doentes pelas suas próprias famílias aconteciam de forma mais frequente. Alianças com o movimento feminista e com entidades de proteção à criança permitiram maiores possibilidades de acesso e cuidado para as pessoas vivendo com HIV. Neste ponto, é válido ressaltar como o movimento social se fez presente, pois é quando a solidariedade e a indignação são os únicos remédios disponíveis. (BASTOS, 2002; GALVÃO, 2002).

O contexto progride a partir da consolidação do movimento social. O fortalecimento do ativismo é demonstrado com a criação de Organizações não Governamentais (ONGs), muitas destas com foco específico em HIV/AIDS. Este ativismo assume um papel de criação de iniciativas garantidas pela intensa dedicação de voluntários e de profissionais engajados na luta contra a epidemia no país. Busca-se a ruptura do isolamento e desconstrução do estigma relacionado à doença, a reintegração no cotidiano social das pessoas vivendo com HIV e por fim, a defesa dos direitos e garantia da dignidade destas pessoas. Em 1987, a Assembleia

Mundial da Saúde da OMS, estabelece que o dia 1 de dezembro seja o dia mundial de solidariedade, luta, visibilidade, prevenção e fim do estigma da AIDS (GALVÃO, 2000)

A ideação das lutas sociais e políticas permitiu com que as diferentes regiões do país lutassem com um objetivo claro, dando potência e diversidade ao movimento social no Brasil. Por meio da sua atuação, busca-se uma ressignificação da AIDS no campo moral a partir da abordagem do desrespeito, preconceito e negação de direitos e afirmação da solidariedade. (HONNETH, 2003)

Com a pressão do movimento social e do ativismo das ONGs, foi criada, em 1986, a Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (CNAIDS). O que não significou a ausência do confronto político, de forma que o ativismo manteve seu foco na luta por direitos e controle social com relação às políticas de AIDS, seja nacionalmente, ou de forma internacional. A OMS começou a formular projetos para o combate à AIDS no mundo. Nesse momento o ativismo reafirma a importância do tratamento adequado com os antirretrovirais (ARVs) e sua precariedade nos serviços de saúde, incentivando que medicamentos mais recentes fossem utilizados no tratamento das pessoas vivendo com HIV. Ao mesmo tempo, realizou uma aproximação da comunidade científica e de universidades. Ao término de 1990, buscou-se um movimento de valorização e incentivo à vida através de grupos de pessoas que viviam com HIV/AIDS e seus familiares, parceiros e amigos, que não estavam necessariamente vivendo com HIV, para a busca de uma representação pública que projetasse uma identidade ressignificada do vírus e seu contexto, para o mundo. (VALLE, 2002)

Dois atores de ordem biomédica mudaram a resposta à epidemia no Brasil a partir de 1991. O primeiro foi a zidovudina (AZT), que é um fármaco utilizado como antirretroviral inibidor da transcriptase reversa e que começou a ser difundido pelo SUS. Ademais, o Ministério da Saúde financiou entre os anos de 1994 e 1998 a disponibilização do teste para detecção do HIV em clínicas especializadas, como os Centros de Orientação e Apoio Sorológico/Centros de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA).

É válido ressaltar que o CTA surge com a ideação de priorizar populações mais vulneráveis, garantindo a equidade no acesso aos serviços, sendo autodenominado como uma “porta privilegiada de entrada” para os serviços de atenção à saúde de PVHA ou demais IST. Além de promover o diagnóstico precoce de PVHA e de seus parceiros, o CTA visa realizar de forma facilitada as testagens para HIV e reduzir as taxas de abandono na busca do resultado. Foi recomendado ainda que os CTA fossem implantados em locais de fácil acesso para a população, visando garantir comodidade ao usuário, além desses centros serem autônomos em relação as outras estruturas de saúde, tendo equipes próprias e

multiprofissionais. As ações de prevenção realizadas no CTA envolviam atividades educativas e de aconselhamento, pré e pós testagem, permitindo a reflexão e a adoção de práticas de redução dos riscos relacionados ao HIV e outras IST (BRASIL, 2008).

Após disputas políticas que atravessaram os anos de 1990 a 1992, o programa governamental acaba sendo atravessado por uma reorganização e começa a dar maior atenção às interfaces políticas e sociais, fortalecendo assim a parceria com as ONGs. (BASTOS, 2002). Cabe lembrar que medicamentos como o AZT puderam ser fabricados localmente a partir de 1993, possibilitando a política de acesso aos medicamentos. A eficácia do uso combinado de ARVs foi apresentada nos anos seguintes. Apesar de seus efeitos colaterais, era o método de tratamento mais efetivo e o Brasil, em exceção ao mundo, promulgou no mesmo ano a Lei 9.313 para disponibilizar para a população a sua distribuição gratuita. (GRECO, 2016)

Dentro desse contexto, pautas que envolviam a visibilidade estavam sendo exploradas, como, por exemplo, ações de base comunitária em ambientes de sociabilidade LGBTQI+, de uso de drogas e locais onde os profissionais do sexo exercem sua profissão. Eram construídos debates para que ocorresse a integração dessas populações, além de exercer de forma política uma abertura de comunicação com esse grupo com outras redes, como a interlocução direta com a comunidade científica (PARKER, 2003). Além da visibilidade, era importante que se perpetuasse a ideia de fortalecimento da luta, da criação de novos engajamentos, de financiamento e da participação, tanto da esfera pública quanto particular. Com o crescimento do movimento, era necessário que se criassem ambientes com o objetivo de fortalecer e discutir as questões das ONG AIDS que perpassam o Brasil inteiro, então foi criado os Foros Estaduais de ONG AIDS. (GOHN, 2015)

Nos anos seguintes, a UNAIDS propôs oficialmente que a epidemia não fosse tratada como uma questão exclusiva do setor saúde. No plano nacional, em 1989 foi promulgada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS, em 1990, foi aprovada a lei de controle e regulação de sangue e em 1995, foi criada a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Em 1996, foi disponibilizado o acesso universal dos medicamentos assegurado por política pública. Quando falamos sobre a construção de um legado correlacionando ao movimento social, podemos ver estas mobilizações históricas. (GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015)

Convém destacar que a expansão e multiplicação das ONGs ocorreram em grande escala e possibilitaram a mobilização de recursos para realizar diversas ações em diferentes âmbitos, como o de apoio, aconselhamento jurídico e realização de pesquisas. Todavia, como

argumenta Bastos (2002), foi havendo uma mudança na atuação do movimento social, caracterizada pela redução dos embates políticos e controle social. Tal situação é atribuída, em parte, à ampliação de parcerias entre Organização Governamental (OG) e ONG e a participação de ativistas de movimentos sociais em cargos e prestação de serviços para o então Programa Nacional de IST/AIDS do Ministério da Saúde.

Na virada do século, entrando nos anos 2000, manifestações pró-HIV/AIDS eram amplamente divulgadas pela mídia e causavam um grande impacto na percepção da infecção na sociedade. Paralelamente, as tecnologias biomédicas vão possibilitando novos avanços com relação aos antirretrovirais, ampliando a linha de cuidado e, conseqüentemente, o tempo e a qualidade de vida da PVHA. Tais avanços contribuem para a percepção de que a AIDS poderia se tornar uma doença crônica. Foi também observada uma redução de pessoas presentes em eventos ou ações de base comunitária (LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015).

Um grande legado já fora construído anteriormente, de forma que as articulações, tanto internas com as ONGs, quanto externas com os serviços públicos e particulares, estavam estabelecidas e alinhadas, repercutindo em situações como a redução das internações e da mortalidade por AIDS. O que é um marco importante após anos de luta. Contudo, como todo movimento social é passível de mudanças frente ao contexto que está inserido, não seria diferente a partir do início deste século.

2.2 IMPACTOS DOS AVANÇOS NOS RECURSOS BIOMÉDICOS E MUDANÇAS NO CENÁRIO NACIONAL

Com o passar dos anos, o desenvolvimento e combinação de medicamentos antirretrovirais trouxeram esperança para as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essa afirmativa criou situações de tensão no embate com as empresas farmacêuticas, onde a política agressiva adotada pelo Brasil para a redução dos preços dos medicamentos para AIDS levou a uma disputa acerca da licença compulsória de medicamentos com os EUA na OMC em 2000. Em junho de 2001, o acordo entre os dois países admitiu a possibilidade de quebra de patente em questões de saúde pública de países em desenvolvimento. Nesta década, o ganho decisivo foi embasado no reconhecimento da importância do Brasil na resposta a epidemia. (BARROS, 2017). Para Calazans (2019), essa incorporação de estratégia foi implementada de forma “acrítica” e sem debate com o movimento social.

Frente ao foco do presente estudo na população jovem, cabe salientar que, na busca por autonomia e na necessidade demandada por diversas pautas e repertórios de sua geração,

jovens nascidos na década de 1990 começam a reivindicar suas demandas através de coletivos em redes nacionais e locais, criando assim a Rede Nacional de Jovens que vivem com HIV/AIDS (RENAJVHA), no ano de 2008. A criação deste coletivo possibilitou a formação de um potencial aglutinador e progressista de ações políticas que lutam contra a invisibilidade da epidemia e das causas LGBTQI+ (MACÊDO, 2021).

Essa conformação mobilizou debates sobre o acesso desigual às novas tecnologias preventivas e redução de financiamentos para os projetos de bases comunitárias, que desde então vem sendo limitadas. Além disso, a ameaça constante de medidas de cunho conservador no cenário nacional, coloca em pauta o risco do desmonte de políticas públicas voltadas para saúde sexual, orientadas pelos direitos humanos. Esse quadro de retrocessos vem associado à fragilização do movimento social, decorrente da redução dos editais de financiamento. O que dificulta a retomada de seu espaço na garantia de conquistas de solidariedade e cidadania e de mobilização da sociedade contra os cortes de investimentos públicos em saúde e educação (TERTO JR e RAXACH, 2018)

Em paralelo a fragilização do movimento social, em 2013 foi implementado o novo Protocolo “Clínicas e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos”. Tal diretriz estabelece que todas as pessoas, independentemente de sua carga viral e estado imunológico, devem iniciar o tratamento com os ARVs precocemente, divergindo da ideia anterior onde o tratamento só era preconizado para pessoas que apresentassem a contagem de linfócitos CD4 com dados inferiores a 500 células/mm³. É válido ressaltar que esta decisão estava embasada em estudos clínicos que demonstravam que o uso precoce dos ARVs, além de diminuir os níveis de morbidade e mortalidade, reduzia a transmissão do vírus (CARTAXO, 2018). Interessa destacar o contraste entre o desmonte de políticas públicas que visam o cuidado integral do indivíduo, construídas ao longo das respostas do movimento social e do governo à epidemia, e a expansão e aprimoramento da oferta de recursos biomédicos no campo da prevenção e do tratamento.

Com o debate mundial sobre as múltiplas formas diferentes de prevenção, tanto em relação ao HIV quanto aos fatores associados à infecção, o termo “Prevenção Combinada do HIV” surge nas diretrizes oficiais de 2017, propondo que diferentes abordagens devem ser conciliadas para formar uma ação conjunta. Dentre as estratégias de prevenção temos a intervenção biomédica, comportamental e estrutural. (BRASIL, 2017b)

Segundo o documento do Ministério da Saúde, as intervenções biomédicas são aquelas focadas em tecnologias projetadas para reduzir à exposição dos indivíduos ao HIV, tais como: barreira física ao vírus, como as camisinhas internas e externas; a testagem para o HIV, como

um método de detecção precoce do vírus; e aquelas ligadas diretamente ao uso de medicamentos antirretrovirais para limitar a capacidade do HIV de infectar os indivíduos, como o uso da Profilaxia Pós-Exposição⁴ (PEP), a Profilaxia Pré-Exposição⁵ (PrEP) e o tratamento antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV. As intervenções comportamentais, por sua vez, oferecem aos indivíduos e segmentos sociais informações e conhecimento para desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV, com autonomia sobre o autocuidado. Vale ressaltar que os comportamentos individuais não podem ser separados das estruturas socioculturais, políticos e morais do indivíduo, principalmente quando citamos as desigualdades históricas que permeiam a história brasileira. Desse modo, é importante considerar a vulnerabilidade programática, correlacionada ao investimento governamental (ou a falta de) e a existência de serviços de saúde qualificados voltados para a epidemia. As intervenções estruturais buscam mudar diretamente os pilares que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV. Estas intervenções visam combater o estigma, evitando que preconceitos, discriminações e intolerâncias interfiram diretamente no cuidado, nos direitos e na dignidade humana do indivíduo vivendo com HIV e de todos ao seu redor. (BRASIL, 2017b)

Ao menos no âmbito das diretrizes oficiais existe o reconhecimento da importância de se combinar um conjunto de estratégias de prevenção para o enfrentamento do HIV. Mas, resta o desafio da sua implementação e alcance, particularmente entre as populações que sofrem exclusão social e marginalização e, conseqüentemente, estão mais vulneráveis ao HIV. Alguns autores têm apontado que os avanços biomédicos têm ganhado um grande destaque, sendo considerados como uma bala mágica, que prescinde de ações estruturais e comportamentais (BIEHL, 2011).

Outro aspecto destacado, refere-se a atual perda do protagonismo do movimento social, ilustrada pela ênfase dos poucos editais disponíveis na ampliação da oferta de testes para detecção precoce do HIV, seguida do encaminhamento para o tratamento. ONGs, que em outros tempos atuavam na perspectiva de busca por direitos e do controle social, tem suas ações limitadas (MONTEIRO et al, 2019).

⁴ É o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas após terem tido um possível contato com o vírus HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). (BRASIL, 2021)

⁵ É o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com vírus. (BRASIL, 2018)

Ainda sobre o cenário nacional, a articulação do processo que depôs a Presidenta democraticamente eleita, Dilma Rousseff, produziu impacto direto nas políticas de atenção integral e manutenção nacional de IST/HIV/AIDS, fragilizando e reduzindo políticas sociais. Não obstante, com a eleição presidencial de 2018 houve a amplificação desta crise, de forma que discursos de extrema direita maquinaram nas representações coletivas uma ideia de “agenda de valores morais”. O recrudescimento de um discurso conservador do atual governo federal pode ser ilustrado pelas críticas e proposta de banimento de ações e políticas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, o respeito a diversidade sexual e de gênero e para redução de danos, historicamente atreladas as respostas ao HIV no Brasil.

A (re)produção de ódio e medo sobre estas questões, polarizando e segregando simbolicamente as pessoas, a partir de suas posições políticas, colaboram para atualizar o estigma que envolve o HIV. Ademais, em maio de 2019, a partir do Decreto Presidencial N° 9795, o antigo Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (DIAHV) foi reestruturado e passou a ser denominado de Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Convém destacar que o novo nome não inclui as siglas HIV e AIDS, indicando uma menor visibilidade da epidemia. Todavia, o novo governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, iniciado em janeiro de 2023, retomou o programa nacional de AIDS agora intitulado Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e IST (DATHI).

A quarta década da epidemia no país tem sido marcada por transformações nos discursos e nas estratégias de prevenção, de forma que nas atuais propostas de enfrentamento do vírus prevalece uma lógica de interesse tecnocrata e predominantemente biomédica. Em contrapartida às conquistas históricas, onde havia uma perspectiva focada nos direitos humanos e no enfrentamento das condições de vulnerabilidade ao HIV. A necropolítica se encaixa nesse entendimento, pois explica a soberania de um estado neoliberal contemporâneo que subjuga a vida e o poder de morte dos indivíduos. (CAZEIRO; SILVA e SOUZA, 2020).

Frente aos objetivos do presente trabalho, no próximo item será descrito o lugar que a testagem do HIV foi assumindo na prevenção ao longo do histórico da AIDS no Brasil.

2.3 A TESTAGEM PARA DETECÇÃO DO HIV: UM OLHAR RETROSPECTIVO

Como assinalado, a disseminação da importância da realização periódica de testes rápidos para detecção precoce do HIV, como estratégia de prevenção na resposta programática à epidemia de HIV/AIDS, tem se dirigido principalmente as populações desproporcionalmente afetadas, como os homens que fazem sexo com homens. Esta ideia é

sustentada pelos avanços tecnológicos que facilitaram a expansão e o acesso à testagem, permitindo a detecção precoce do HIV seguida do tratamento. No entanto, a centralidade na realização de testes rápidos para detecção precoce do HIV na construção de respostas programáticas é relativamente nova, pois, desde a década de 1990 já era implementada a testagem como uma estratégia preventiva, mas diferente da proposta atual. Buscarei trazer um breve histórico das visões e práticas relativas à testagem rápida para detecção do HIV ao longo dos 40 anos da epidemia de AIDS.

Em meio à corrida para o desenvolvimento comercial de um teste diagnóstico para o HIV entre as indústrias farmacêuticas, foi criado em 1985 o primeiro teste ELISA. Esse teste tinha como objetivo a detecção de anticorpos anti-HIV e a confirmação do diagnóstico das diferentes formas clínicas da infecção, visando determinar a prevalência da infecção pelo HIV nos grupos populacionais. Para melhor compreensão, será utilizado o acrônimo ELISA para referir os imunoensaios de triagem, sejam eles no formato enzimático ou não enzimático, pois este é o termo utilizado pelo público de forma ampla, facilitando a compreensão do pensamento (JUNIOR e MOTTA, 2015; REDOSCH, et al., 2017).

É importante frisar que na década de 1990 realizar a testagem para detecção do HIV não era uma situação muito simples. Demandava infraestruturas específicas e profissionais qualificados para operar os equipamentos de forma adequada. Aos poucos foram produzidas campanhas voltadas para a implementação da testagem nos bancos de sangue entre os doadores, como forma de triagem. Essa iniciativa apresentou algumas dificuldades, dado que apenas era ofertado o teste ELISA. Caso o doador tivesse resultado reagente para o HIV, este não poderia realizar o teste confirmatório no local, sendo aconselhado a buscar por outros serviços laboratoriais. Além disso, logo se verificou que este incentivo estimulava que os indivíduos fossem ao banco de sangue com o objetivo de realizar o teste gratuito para o HIV. O que aumentaria a possibilidade de transmissão transfusional do HIV pelo risco do doador se encontrar no período de janela imunológica (intervalo de tempo em que não se consegue detectar os anticorpos para o HIV no sangue do indivíduo), podendo ocasionar em resultado falso negativo. Então, nessa época foram criados os primeiros CTAs para o HIV de forma gratuita. (JUNIOR e MOTTA, 2015; REDOSCH, et al., 2017)

Como já assinalado, os objetivos dos CTA eram de ampliar a oferta de testes e absorver a demanda concentrada nos bancos de sangue e oferecer aconselhamento. Neste período, os benefícios do sorodiagnóstico eram bastante debatidos, pois como não havia tratamento, a AIDS poderia acabar causando o isolamento e estigmatização de grupos mais vulneráveis. Foi defendido que os testes deveriam ocorrer de maneira confidencial, de forma

que o sigilo dos resultados e das informações precisaria ser preservado na relação paciente-profissional (BAYER e EDINGTON, 2009).

Um fato interessante, relatado por Phillips et al (1995), refere-se à constatação de que cerca de um quarto dos testes para detecção do HIV realizados nos Estados Unidos em 1992 era de pessoas que já haviam se testado. Este dado soou como um alarme para *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) do EUA, reafirmando que a ideia de testagem repetidas vezes não seria o recomendado para a época, pois o teste nesse período tinha a função de diagnóstico apenas e não de prevenção. Predominava a perspectiva de que a repetição do teste pudesse estar sendo usada em substituição às práticas sexuais seguras ou que levasse à percepção de invulnerabilidade no caso de repetidos resultados negativos.

O avanço no tratamento, a produção e a distribuição de medicações como a AZT e das terapias antirretrovirais de alta potência (TARV) permitiram uma nova perspectiva sobre o lugar da testagem para o HIV. Ou seja, o teste não só poderia trazer benefícios individuais nos locais em que já havia a TARV disponível, como potencialmente, poderia intervir na cadeia de transmissão. Contudo, até 1998, não se tinha nacionalmente nenhuma recomendação de como seria realizado o diagnóstico da infecção pelo HIV no país, surgindo diversos casos de erros na realização dos testes de HIV; alguns atingindo repercussão na mídia nacional.

Neste vácuo de um marco legal de como realizar os testes para detecção precoce do HIV, várias ações judiciais foram movidas contra laboratórios públicos e privados. Esse conjunto de situações fez com que, em junho de 1998, o Ministério da Saúde criasse a portaria 488/1998 que regulou o processo de diagnóstico da infecção pelo HIV através de fluxogramas de testes sequenciais. Além de tornar obrigatória a utilização de dois testes de triagem na primeira coleta de sangue, a fim de diminuir o número de erros no processo da realização da testagem (JUNIOR e MOTTA, 2015; REDOSCH, et al., 2017).

Nos anos 2000, novas tecnologias começam a ser implementadas, como a utilização de testes rápidos e simples para detecção do HIV. Simples porque, ao contrário do que era feito até então, não necessitava de grandes laboratórios e equipamentos para realizar o teste; e rápidos devido ao fato de serem concluídos em menos de trinta minutos após a coleta. O impacto dos testes rápidos foi grande, devido à grande necessidade de expansão do diagnóstico de HIV que se sucedia com o passar dos anos, principalmente para além dos muros das unidades de saúde. Com o resultado sendo entregue em menos de trinta minutos, toda a consulta seria feita em apenas um dia, não perdendo o indivíduo que, por qualquer motivo, não retornasse para saber sua sorologia (GRANGEIRO, 2007).

No Brasil, a utilização de testes rápidos teve início em 2001, a partir da profilaxia da transmissão materno infantil do HIV, estabelecendo que gestantes realizassem pelo menos um teste rápido durante sua gestação até o terceiro trimestre. Além disso, os testes rápidos foram recomendados para casos de exposição ocupacional. Mas, todos os testes dependiam de um segundo teste laboratorial para confirmação de diagnóstico, perdendo um pouco o sentido de testagem rápida. Só em 2005, foi estabelecido que o uso do teste rápido seria realizado sem a necessidade de testes adicionais. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005)

Deste período até 2013, a criação de programas como o “Quero Saber” e “Fique Sabendo” foram implementados, visando à oferta da testagem rápida para o público de uma forma mais rápida e de fácil acesso. No entanto, em relação às portarias, esse período foi cercado de mudanças devido ao grande avanço tecnológico do teste rápido e do conhecimento científico, havendo seguidas reformulações dos fluxogramas apresentados. Com a portaria de 29/2013 estabeleceu-se que os fluxogramas específicos sobre a testagem seriam referenciados dentro de um Manual Técnico para o diagnóstico da Infecção pelo HIV, permitindo que houvesse sempre a atualização do mesmo com base no avanço do conhecimento científico (JUNIOR e MOTTA, 2015).

É importante registrar que antes dessa consolidação, a utilização da testagem rápida de HIV pelas pessoas mais de uma vez na vida foi recebida com preocupação pelos pesquisadores e profissionais da saúde. Considerava-se que sucessivos resultados não reagentes levariam as pessoas a subestimarem sua exposição ao HIV, deixando de adotar comportamentos de proteção nas relações sexuais, numa projeção de banalização e diminuição dos riscos. Ou seja, havia um questionamento sobre as implicações do uso regular do teste, pois suspeitava-se que a repetição da testagem poderia estar associada à sucessivas exposições ao HIV. Os debates iam desde a efetividade do aconselhamento empregado, tal como a necessidade de realizar novos testes (FISHER, et al. 2002).

A falta de compreensão sobre o motivo das pessoas realizarem a testagem repetidas vezes é demonstrada na literatura, porém não se identificou uma definição precisa sobre a quantidade exata para se considerar uma repetição. Alguns caracterizam como repetição o ato de realizar a testagem mais de uma vez na vida, enquanto em outros artigos a repetição era definida como mais de três vezes na vida do indivíduo. A regularidade da realização da testagem precisava entrar em debate novamente, mas, desta vez, entendendo as motivações deste indivíduo em realizar novamente este ato. Neste período, começamos a ver um movimento de entendimento que alguns públicos mais vulneráveis comecem a se testar periodicamente como uma forma de cuidado (REDOSCH, et al., 2017).

Em suma, o debate, sobre a questão de repetir o teste ou não, dividia opiniões. De um lado entendiam que a repetição dos testes era com base no risco elevado da infecção. Outros estavam preocupados com possíveis efeitos negativos dessa prática, como o sentimento de invulnerabilidade que sucessivos resultados negativos para HIV, mesmo após exposição, poderiam causar. Com essa preocupação, foi recomendada proposta de intervenção através de aconselhamento específico para pessoas que repetem a testagem, com a finalidade de reduzir o risco dessas pessoas (MACKELLAR, D, et al., 2002).

Um fato interessante diz respeito a como o risco era definido e como poderíamos reduzi-lo. Os critérios usados para isso se restringiam apenas a aspectos individuais, vislumbrando práticas sexuais como o sexo anal e número de parceiros sexuais. Esta abordagem negligenciava todas as múltiplas questões que perpassam a pessoa que repete a testagem. Apesar das intensas discussões sobre o tema da testagem para a detecção precoce do HIV, todos se declaram contrários a programas que desencorajassem a testagem, pois havia um entendimento sobre a sua importância. Desse modo, deveria ser aplicada da melhor forma possível (REDOSCH, et al., 2017).

Com um novo cenário, aos poucos os pesquisadores se debruçavam sobre a possibilidade de repetição rotineira do teste e os resultados desses estudos mostravam que essa repetição era altamente recomendável como estratégia de prevenção. O ato de realizar a testagem repetidas vezes poderia ser uma saída racional para as incertezas que o fantasma do HIV causa entre populações mais expostas ao vírus, como os homens gays. A testagem rápida para detecção precoce do HIV estava sendo observada como uma forma de garantir a integralidade do cuidado, juntamente com outras técnicas. (JIN, et al, 2002; REDOSCH, et al., 2017).

Nota-se, portanto, uma mudança de perspectiva, pois ao invés de desencorajar a repetição do teste, determinados grupos sociais, como os homens gays, deveriam ser estimulados a repetir o teste anualmente. Com essa mudança, novas situações surgem, como o debate sobre a sorologia entre parceiros sexuais e métodos de prevenção. (MARCUS, 2015) Apesar da proposta da regularidade da testagem para situações específicas, a discussão sobre o risco da infecção pela repetição do teste foi reforçada em larga escala, colocando em segundo plano o debate de outros temas importantes nas pesquisas realizadas, como o uso da camisinha e o sexo oral desprotegido (REDOSCH, et al., 2017).

Com relação ao potencial perigo de sucessivos resultados negativos da testagem fomentar a percepção de invulnerabilidade ao HIV, é importante registrar que na minha prática como voluntário, realizando ações de testagem, foi exatamente falas como a de se

sentirem invulneráveis em relação ao HIV que me acenderam o alerta para pesquisar as motivações dos jovens para realizar o teste para detecção precoce do HIV. Me parece que esse tema, tão debatido anteriormente, foi deixado de lado por conta de mudança nas perspectivas sobre a testagem. Mas, se mostrou vivo no dia a dia da população jovem. Ao ler os artigos, como o de Ryder, et al (2015), percebo como o relaxamento das práticas sexuais devido a testagem passou a ser menos debatido, assim como outros fatores numa espécie de mosaico de situações possíveis que podem resultar de repetidos resultados negativos.

Ou seja, quando falamos sobre a complexidade humana, temos que entender que existe uma diversidade de respostas dos indivíduos, incluindo o sentimento de invulnerabilidade. Por isso, este tema não pode ser deixado de lado. É necessário compreender as motivações e usos que as pessoas fazem da testagem para propor ações de prevenção e redução de risco, adequadas as realidades socioculturais.

Quando falamos do plano social e cultural, é importante indagar se os gays que fazem a repetição da testagem estão inseridos em contextos com mais acesso a testagem que outros indivíduos de seu mesmo grupo. Cabe também explorar a relação entre acesso a testagem, ambiente de sociabilidade e aceitação social da orientação homossexual. Outro ponto importante são as diferenças geracionais que podem influenciar nas percepções sobre o HIV, tendo em vista as grandes mudanças no diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV nos últimos 40 anos (REDOSCH, et al., 2017).

Em resumo, o desenvolvimento de uma resposta programática adequada e efetiva implica na caracterização do contexto institucional, social e político, assim como na compreensão das motivações do indivíduo sobre a testagem para detecção precoce do HIV e sua relação com práticas de prevenção.

2.4 JOVENS GAYS E AIDS: NOTAS SOBRE OS MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA

Como já comentado, as respostas atuais à epidemia têm priorizado a oferta de tecnologias biomédicas de prevenção, como a PrEP e a PEP e testagem regular e precoce do HIV, em detrimento de históricas e exitosas intervenções estruturais e comportamentais. Tal enfoque afeta as perspectivas de autocuidado frente ao HIV dos jovens na atualidade. Além das especificidades do contexto socioeconômico, político e cultural, assinaladas acima, muitos desconhecem as lutas e conquistas ao longo dos 40 anos da epidemia de AIDS. (SILVA, 2010), Segundo afirma Waisefisz (2007):

É importante indagar sobre o significado de “ser jovem” em um mundo como o de hoje, globalizado, culturalmente diversificado, voltado para as novas tecnologias digitais; atravessando diversas crises que vão além do econômico para ingressar no institucional, em uma sociedade cuja democracia encontra-se profundamente afetada por situações de extrema pobreza, exclusão e iniquidade. São essas situações de exclusão, aliadas às desfavoráveis condições socioeconômicas, que constituem cenários significativamente comprometedores para o processo de integração e inclusão social dos jovens. (WAISEFISZ, 2017)

Desse modo, a caracterização do contexto cultural e socioeconômico atual pode contribuir para uma melhor compreensão das visões e práticas dos jovens, a partir dos marcadores de classe, gênero, sexualidade, cor/raça e território. Tal enfoque pode iluminar os achados sobre a percepção da vulnerabilidade ao HIV/AIDS e as práticas de autocuidado. Esse contexto cultural e socioeconômico, somado ao início das práticas sexuais cada vez mais cedo, a falta de prevenção adequada, múltiplos parceiros e o uso de drogas, tem sido apontado como fatores que tornam os jovens mais vulneráveis à exposição com relação às IST, em geral, mas em específico, o HIV/AIDS (SILVA et al, 2017). A rápida disseminação da infecção pelo HIV tem chamado atenção para as questões que envolvem a vulnerabilidade do indivíduo, de forma que é necessário considerar as especificidades socioculturais e comportamentais dessa população jovem para entender que medidas são necessárias.

Uma característica que está enraizada na cultura sexual brasileira é a cultura do machismo, definida por um complexo sistema ideológico que organiza as relações de gênero de forma hierárquica, criando relações de poder e domínio entre homens e mulheres. Apesar de conquistas nas últimas décadas, ainda persiste a representação de que o masculino se caracteriza pelo agente dominador e incontrolável, enquanto o feminino seria uma espécie de objeto submetido e dominado pelo masculino. Segundo essa perspectiva, espera-se que os homens iniciem precocemente suas relações sexuais e mantenham múltiplas parceiras antes e após o casamento, enquanto no caso das mulheres espera-se exatamente o contrário. (PARKER, 1997)

A cultura do machismo também repercute nas relações de homens que fazem sexo com outros homens, com os princípios baseados na hierarquia de gênero. Dentro da estrutura de relações masculinas e femininas, o papel do parceiro sexual que é considerado ativo (que tem relação sexual de forma insertiva, que introduz o pênis) é identificado como o homem da relação; enquanto aquele que é passivo (que tem relação sexual de forma receptiva, que é introduzido pelo pênis), é identificado como a mulher, segundo a cultura do machismo. A escolha da posição sexual acaba lhe cedendo uma identidade e valor social, de forma que o

parceiro ativo e penetrador é hierarquicamente mais aceitável que o de passivo penetrado. (PARKER, 1997).

Fry e MacRae (2012) afirmam que estas pessoas que se caracterizam como homossexuais não sofrem de nenhuma “condição” para assumir a identidade de ativo ou passivo, mas são levados pela pressão social, desempenhando papéis atribuídos aos homens e as mulheres, a depender de sua posição sexual. Na sociedade as pessoas não são classificadas de acordo com seu suposto comportamento sexual, seja ele heterossexual ou homossexual, e sim pelas identidades sociais e sexuais construídas de combinações do sexo biológico e papéis sexuais. É importante entender que, na configuração dos papéis sexuais, todas as relações são “heterossexuais”, ou seja, o papel “masculino” tenta encontrar o papel “feminino”. Assim, uma pessoa do gênero masculino que estabelece seu papel sexual como “homem” ativo, pode tanto ter relações com homens passivos e mulheres, sem alterar sua masculinidade, pois os mesmos desempenham o papel feminino.

Segundo Dejours (2003) o recurso viril de identidade mede-se pela violência que este é capaz de cometer contra outrem, especialmente aqueles socialmente identificados como dominados, como as mulheres ou homens gays (especialmente os passivos). Em nome de estabelecer seu domínio, não hesita em exercer atos de violência e qualquer abstenção direta dessas práticas se torna prova de fraqueza para aquele indivíduo. O que reafirma que a virilidade socialmente construída é um dos principais males em nossa sociedade.

Para Campos et al. (2017) os homens que exercem seu status viril entendem que, no âmbito da sexualidade, o homem é sempre aquele que domina, que tem iniciativa e se apodera do corpo feminino. Está no imaginário sobre este dominado o conceito de “aquele que se esquiva para se oferecer”. Tais frases remetem à hierarquia entre o ativo e o passivo das relações entre dois homens, onde há situações em que o homem gay passivo, muitas vezes, pode ser submetido a situações de vulnerabilidade por conta do domínio do outro, como situações de “estupro corretivo”. Tal situação de abuso ocorre sob o pretexto de “curar sua orientação sexual”, pois o abusador considera a sexualidade da vítima uma transgressão à regra moral, biológica e social.

Assim, a heteronormatividade, aliada ao modelo de masculinidade hegemônica, configuram relações que podem afetar até mesmo os próprios homens, quando estes não se enquadram nos padrões de masculinidade vigentes. A relação de poder e virilidade igualmente afeta o uso do preservativo na relação sexual. Práticas como o *stealth* -- ato de remover a camisinha durante a relação sexual sem o consentimento do parceiro --, ou simplesmente o não uso do preservativo, por conta da relação de poder que a masculinidade hegemônica causa

entre o ativo e o passivo, aumentando a vulnerabilidade ao HIV do indivíduo. (DEJUOURS, 2003; ROSA et al., 2021)

Exemplificando a situação acima, podemos imaginar um cenário hipotético com duas extremidades, onde numa ponta temos um rapaz homossexual, morador de favela, que se denomina pardo e é apenas passivo; na outra ponta temos o outro rapaz, morador de condomínio fechado, de classe social privilegiada e ativo. Neste contexto colocam-se em pauta múltiplas relações de opressão, em que a hierarquia social causa um sentimento de poder e dominação por parte do jovem ativo. Esta relação de poder poderá provocar uma ausência da negociação do não uso da camisinha. Esse exemplo serve para mostrar que a relação de dois homens pode ser bastante assimétrica em função dos marcadores de gênero, raça/cor e classe social (FERRARI, 2021).

No campo das práticas sexuais é interessante abordar o *bareback*, que significa literalmente cavalgar ou montar sem cela, que, de forma análoga, representa o sexo sem o uso do preservativo, corriqueiramente relacionados ao sexo anal. Alguns autores debatem que este ato causa um prazer excedente, surgido pela expansão e transgressão das fronteiras e limites do próprio corpo. Daqueles que fazem o uso desta prática, a preocupação sobre a infecção pelo vírus do HIV parece não fazer parte de seu cotidiano, pois devido a esta prática a possibilidade ou certeza de ser “convertido” torna-os livres e despreocupados para a realização do sexo sem o uso da camisinha. Neste caso há uma mudança de ordem do status do HIV, onde o que antes era visto como uma doença, um perigo, passa-se a ser entendido como “oportunidade” de compartilhar com alguém a mesma condição de portar o vírus. (SILVA e IRIART, 2010).

Isso não significa que não há dilemas morais que atravessem essa população. Alguns entrevistados do estudo de Silva e Iriart (2010) afirmaram cuidado em não transmitir o HIV para os outros indivíduos, buscando relações barebacks com parceiros presumidamente também portadores do HIV. Já outros começavam a realizar suas trajetórias afetivo-sexuais de maneira diferente, como não utilizar mais o bareback. Por um lado, há o sentimento da culpa por realizar o sexo sem o preservativo, mas, eles relatam certo alívio ao ser diagnosticado com HIV, pois a partir daí não precisariam mais se preocupar com o fato de contrai-lo ou não nas relações sexuais.

Este tipo de contexto põe em xeque os limites do atual discurso preventivo-epidemiológico, onde se apresenta uma nova dinâmica de enxergar o HIV. O diálogo adentra questões principalmente de prazeres e desejos, que se situam em uma dimensão importante da vida (e do risco) que não deve ser posto como secundário no campo da saúde. Cabe discutir,

reconhecer e viabilizar formas e espaços para debates de novos prazeres, entendendo-o e auxiliando essa população, sem reproduzir um modelo de culpabilização dessa população caso esta acabe se infectando com o HIV (SILVA e IRIART, 2010).

2.5 JOVENS GAYS E ASPECTOS GERACIONAIS

Nos itens acima foi assinalado que a visão tradicional da juventude como um estágio isolado da vida, focada em cumprir marcos familiares, de casamento e trabalho, é limitada. As trajetórias juvenis são influenciadas pelo contexto histórico e também pela diversidade sociocultural e econômica em que os indivíduos vivem. A juventude é uma construção social que se transforma com o tempo, divergindo em função de aspectos socioculturais, territoriais e das condições sociais dos indivíduos. A diversidade de vivências, relações e interações na sociedade é o que torna a juventude LGBTQIAPN+ um fenômeno complexo e singular na contemporaneidade. Portanto, é essencial qualificarmos a juventude e entendê-la em toda sua complexidade e diversidade, evitando simplificações. (NOVAES, 2019; ABRAMO, 2005 e VELHO, 2006)

Dito de outro modo, quando se aborda sobre o pertencimento a uma determinada geração, deve-se ser cauteloso para não deixar que essa variável seja naturalizada. Como Mannheim (1982) observa, uma geração não pode ser definida apenas por idade, mas também por circunstâncias históricas e sociais compartilhadas. Ao discutirmos a juventude LGBTQIAPN+ é crucial reconhecer que as experiências e desafios enfrentados pelos jovens homossexuais evoluíram com o tempo, havendo mudanças nas suas relações com a sociedade. Quer dizer, ser um jovem gay atualmente pode ser uma experiência muito diferente em relação às décadas anteriores, especialmente no que se refere ao acesso à informação, representatividade e avanços na luta pelos direitos LGBTQIAPN+. A sociedade está mais aberta e tolerante em relação à diversidade sexual, o que pode proporcionar mais liberdade e segurança para jovens gays se assumirem. Um dos aspectos importantes é a maior visibilidade e representatividade LGBTQIAPN+ na mídia e na cultura popular, o que pode ser um fator positivo para jovens gays se sentirem mais representados e valorizados. A presença de personagens LGBTQIAPN+ em filmes, séries, livros e outros meios de comunicação pode ajudar a combater estereótipos negativos, discriminação e violência e a promover a aceitação da diversidade sexual. (RODRIGUES e DA SILVA COUTINHO, 2022)

Além disso, houve uma série de avanços nos direitos civis LGBTQ+ nas últimas décadas, como o casamento igualitário, leis anti-discriminação e o direito de adotar crianças. Essas conquistas podem ajudar a garantir mais segurança e proteção legal para jovens gays,

bem como proporcionar mais igualdade e justiça social. Outro fator é o papel das redes sociais e da internet na vida dos jovens gays, enquanto um espaço importante para eles se conectarem com outras pessoas que compartilham suas experiências e interesses. Além disso, a internet pode ser uma fonte valiosa de informações sobre saúde sexual, prevenção de doenças e outros assuntos relevantes.

A despeito dos avanços, ainda há bullying e violência contra jovens gays, especialmente em ambientes escolares e familiares. A violência e à discriminação podem causar danos à saúde mental e física, que impactam diretamente na qualidade de vida desses jovens, além de perpetuar estereótipos negativos e preconceitos (RIOS, DIAS e BRAZÃO, 2019; BORGES, et al., 2022). Em suma, ser um jovem gay nos dias atuais pode ser uma experiência complexa, envolvendo desafios e oportunidades. Embora haja muitas questões a serem enfrentadas, é importante lembrar que a luta pela igualdade e pelos direitos LGBTQIAPN+ continua avançando, o que pode trazer mais segurança e liberdade para as próximas gerações de jovens gays. (RIOS, DIAS e BRAZÃO, 2019).

Todos esses fatores citados refletem a complexidade da vida de um jovem gay que deve lidar com questões políticas, sociais e de saúde mental e sexual, em um contexto de avanços e retrocessos. Portanto, é importante que a sociedade e as autoridades de saúde trabalhem para garantir o acesso a informações precisas e tratamentos adequados e promovam a igualdade e a justiça social.

Quando discutimos a experiência geracional compartilhada hoje pelos indivíduos gays em relação ao HIV, convém lembrar que na fase inicial da epidemia, homens que se relacionavam com outros homens foram atingidos pela constante ansiedade, relacionada ao medo de contágio e às dificuldades de se expressar sexualmente, gerando sentimentos de profunda solidão e desamparo. Esse contexto marcou a atualização de uma visão negativa que, em um passado não tão distante, havia contribuído para a patologização da homossexualidade (SAGGESE, 2022).

Na atualidade, além dos avanços assinalados, uma experiência geracional comum entre jovens gays é a ampliação da oferta de estratégias biomédicas de prevenção, como a PrEP, PEP e testagem rápida para prevenir e detectar precocemente o HIV; assim como o uso de TARV com menos efeitos colaterais, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus. Embora essas sejam situações benéficas para os jovens gays, é importante analisar qual o acesso e o uso desses novos recursos, a partir da compreensão da gestão do risco do HIV nessa população, considerando os recortes de classe e demais marcadores da diferença.

Desse modo, a partir de entrevistas com jovens autodefinidos como gay ou bissexual, de 18 a 24 anos, o presente trabalho busca responder as seguintes questões: Quais as condições de escolaridade, renda, local de moradia e acesso à informação desse indivíduo? Que espaços de sociabilidade ele frequenta? Como alguém que se define como gay ou bissexual, em que contextos ele assume essa identidade? Como foi o processo de “se aceitar” e como as demais pessoas reagiram a revelação da identidade gay ou bissexual? Quais são suas práticas sexuais? O que ele sabe sobre prevenção do HIV? Ele faz uso de métodos de prevenção? Quais? Quais as suas motivações para realizar a testagem rápida para detecção precoce do HIV? Qual a proximidade e convívio com pessoas vivendo com HIV/AIDS?

Por meio das respostas a esse conjunto de indagações objetiva-se compreender a gestão de risco entre a população investigada.

2.6 GESTÃO DE RISCO E IMUNIDADES IMAGINADAS

Quando adentramos o campo da gestão de risco é crucial compreendermos o próprio conceito de risco, o qual tem sido amplamente utilizado em diversas áreas do conhecimento humano. Originalmente, refere-se à possibilidade de ocorrer um evento incerto que pode acarretar consequências negativas. No entanto, ao longo do tempo, esse termo adquiriu uma conotação negativa, sendo associada a perigo, preocupação e ameaça. A crescente conscientização acerca dos riscos envolvidos em várias atividades, como saúde, finanças, meio ambiente e segurança, contribuiu para essa conotação desfavorável. As preocupações com a segurança pessoal e pública têm alimentado o medo do desconhecido e a busca por minimizar todos os tipos de riscos. (CASTIEL, 1996)

É inegável a importância do risco e como ele afeta nossas vidas cotidianamente. Estamos constantemente atentos a situações perigosas e arriscadas. É essencial compreender que o risco é algo variável, dependente do contexto em que vivemos. Ele está relacionado a uma perspectiva específica do mundo e da experiência humana, o que influencia as teorias, conceitos e métodos empregados para estudá-lo. Cada pessoa lida e percebe os riscos de maneira distinta, levando em consideração não somente conhecimentos científicos, mas também aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Portanto, é válido afirmar que não existem verdades absolutas quando o assunto é risco. Tudo é relativo e depende do contexto e das percepções individuais. (CASTIEL, 1996)

A gestão de risco refere-se às estratégias e medidas adotadas para lidar com situações consideradas arriscadas. Envolve a identificação, avaliação, controle e monitoramento dos

riscos envolvidos em determinadas situações, a fim de minimizar as consequências negativas e promover a saúde e o bem-estar. A gestão de risco neste contexto pode incluir a implementação de programas de promoção da saúde, campanhas de conscientização, políticas públicas e ações educativas. Isso envolve comunicar de forma clara e eficaz os perigos envolvidos em comportamentos arriscados, fornecer informações precisas e baseadas em evidências e incentivar a adoção de medidas preventivas e saudáveis. Além disso, a gestão de risco abrange a análise dos fatores que influenciam a assimilação das mensagens sobre os perigos, como a educação recebida, os meios de comunicação consumidos e os valores sociais adquiridos. (RIOS, 2019 e CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007).

Em suma, partindo do princípio de que tudo é relativo, os discursos sobre saúde, especialmente os relacionados aos riscos, são construções que dependem de diferentes interesses e normas. Eles estão ligados a ideias sobre o que significa ser humano, qual tipo de sociedade queremos e como alcançá-la.

A concepção de promoção da saúde, que se baseia em estilos de vida saudáveis, tem respaldo tanto posturas conservadoras, quanto perspectivas críticas, consideradas radicais ou libertárias. No entanto, essa abordagem tende a ser altamente prescritiva e tem sido amplamente utilizada para moldar conhecimentos e práticas sob uma perspectiva neoliberal e conservadora, estimulando a livre escolha dentro de uma lógica de mercado. Essas prescrições muitas vezes tendem a demonizar práticas que não se enquadram no perfil de promotoras de "saúde". É importante reconhecer que estilos de vida arriscados são uma realidade presente em nosso cotidiano e são vivenciados de diferentes maneiras por cada indivíduo. Eles nos ajudam a lidar com a vida conforme ela se apresenta a cada um de nós e nem todos os riscos cotidianos podem ser controlados, como é o caso do crime, corrupção e armas nucleares. Assim, é comum que as pessoas, em algum momento de suas vidas, incorporem a ideia de viver com riscos.

Dito de outro modo, particularmente na área da saúde, são desenvolvidos e divulgados programas com o objetivo de incentivar hábitos saudáveis e, conseqüentemente, reduzir comportamentos arriscados na população. Todavia, como destaca Castiel (1996), a forma como as pessoas assimilam as mensagens sobre os perigos pode variar entre aceitar e desafiar o risco. No primeiro cenário, ocorre uma mudança no estilo de vida, como a adoção de uma dieta saudável, a abstenção do consumo de álcool e o uso de preservativos durante as práticas sexuais. Por outro lado, no segundo caso, as pessoas assumem comportamentos arriscados, incluindo a formação de "imunidades imaginadas". Esse termo refere-se à percepção ou

crença de invulnerabilidade ou proteção contra riscos e ameaças, mesmo quando as evidências ou informações disponíveis indicam o contrário. Trata-se de uma construção psicológica na qual as pessoas tendem a superestimar sua capacidade de evitar consequências negativas ou se proteger de perigos. Aqueles que desenvolvem essas "imunidades imaginadas" tendem a minimizar ou ignorar os riscos envolvidos em determinadas situações, confiando em supostas proteções ou desconsiderando informações que alertam para possíveis consequências negativas. Nesse sentido, vários elementos desempenham um papel crucial na configuração do estilo de vida da população, como a educação recebida, os meios de comunicação consumidos e os valores sociais adquiridos (MORAES DE LUIZ e SPINK, 2013).

Uma imunidade imaginária em relação ao HIV pode se manifestar de diferentes maneiras. Alguns indivíduos podem acreditar que estão protegidos simplesmente por não pertencerem a um grupo considerado de risco, ignorando que o HIV não discrimina idade, gênero, orientação sexual ou qualquer outra característica pessoal. Outros podem subestimar o risco de contrair o vírus, confiando em ideias equivocadas, como acreditar que apenas pessoas com comportamento, considerado pela sociedade, promíscuo estão em perigo. A testagem rápida para HIV é uma ferramenta importante na prevenção e no controle da infecção, no entanto, as imunidades imaginárias podem influenciar negativamente na busca do teste ou até mesmo após sucessivos testes não reagentes. Em última análise, ao conhecer e enfrentar as imunidades imaginárias em relação ao HIV e promover a testagem rápida, podemos avançar na prevenção, no tratamento e no controle da AIDS.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo sobre as visões e práticas de sujeitos sociais. A escolha desta abordagem decorre da intenção de compreender o caráter subjetivo e interpretativo de aspectos da vida social (MINAYO, 2006). Por meio dessa perspectiva os pesquisadores podem estudar os cenários e identificar os fenômenos através do que se é observado e ouvido, onde o ambiente natural é a fonte direta de dados e o pesquisador é o principal instrumento para coleta. (JACOBSEN et al., 2017). Nesse sentido, a proposta desse método mostra ser o caminho mais adequado, posto que:

Esse método tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2014, p. 57).

Foram realizadas entrevistas com jovens que fizeram o teste rápido para detecção precoce do HIV com o Grupo Pela Vidda, tendo em vista a oportunidade de refletir sobre situações associadas à vulnerabilidade ao HIV, observadas durante minha atuação como voluntário na organização, como relatado acima. Tal escolha decorre, portanto, da minha aproximação de anos com o Grupo Pela Vidda, um ambiente que já conheço tanto em relação aos projetos realizados, quanto ao seu papel histórico no ativismo sobre AIDS, descrito na introdução. Essa situação me permitiu adentrar em espaços de sociabilidade LGBTQI+ com maior facilidade, tendo maior conexão com o público de interesse para a pesquisa.

Se a proximidade e laços estabelecidos com o Grupo Pela Vidda facilitaram o acesso aos sujeitos da pesquisa e o desenvolvimento do trabalho de campo, ela também trouxe desafios que incluem um esforço em me afastar da atuação como educador voluntário da organização, no sentido de assumir o papel de pesquisador do tema. Como assinalado por Velho (1994), é preciso um esforço para estranhar o que lhe é familiar. Neste sentido, busquei adotar uma postura mais indagativa sobre os sentidos da testagem para os sujeitos investigados, capaz de combinar curiosidade e confiança para desafiar os próprios preconceitos, julgamentos e ideias preestabelecidos sobre o fenômeno.

Mediante ciência e concordância da direção do Grupo Pela Vidda e da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/Fiocruz de número 58115322.7.0000.5240, selecionei os

participantes do estudo durante as ações de testagem rápida para detecção precoce do HIV na cidade do Rio de Janeiro e em municípios da Baixada Fluminense. Cabe esclarecer que a ação do Grupo Pela Vidda envolve convidar, preferencialmente, jovens gays e pessoas de até 30 anos para participar de ações educativas e realizar a testagem rápida para detecção precoce do HIV. No momento em que ocorre o interesse pela testagem e a decisão de fazer o teste, a pessoa assina um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da própria ONG e responde a um questionário, aplicado por um membro do Grupo Pela Vidda.

Durante o período de junho a setembro de 2022, foram realizadas consultas a cerca de 200 questionários preenchidos através do formulário do Grupo Pela Vidda por todas as pessoas que realizaram a testagem. Com base nessas consultas, foram selecionadas entre 15 e 20 pessoas, seguindo critérios de inclusão: autodefinição como homem gay ou bissexual, faixa etária de 18 a 24 anos, frequência sexual acima de dois parceiros casuais por mês e realização do teste rápido ao menos uma vez ao ano. Após a seleção dos participantes, convidei cada um deles para uma entrevista individual. O primeiro convite foi realizado logo após a realização da testagem, e a melhor data para a entrevista foi organizada através de mensagens de texto enviadas via aplicativo *WhatsApp*. A maioria aceitou o convite, totalizando 15 entrevistas.

O roteiro da entrevista, detalhado no APENDICE I, abordou o perfil social, as motivações para realizar a testagem rápida para detecção precoce do HIV, o conhecimento sobre prevenção e tratamento do HIV e as práticas sexuais e de prevenção ao HIV. No momento da entrevista, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa (APENDICE II), que tem a finalidade de informar sobre o estudo, bem como os procedimentos para a mitigação seus riscos. Após a assinatura do TCLE, as entrevistas foram realizadas por mim no Grupo Pela Vidda ou no local de escolha dos participantes, desde que houvesse privacidade e que os entrevistados se sentissem seguros e confortáveis. As entrevistas foram gravadas. O perfil dos 15 entrevistados foi descrito no capítulo de Resultados.

O quantitativo de 15 entrevistas foi orientado pelo pressuposto de que nas investigações qualitativas, cujos dados colhidos são de natureza complexa e pouco estruturada, o princípio que norteia o número de participantes do estudo é o da saturação teórica. Esta pode ser compreendida como o ponto da análise dos dados qualitativos em que o pesquisador constata que não surgem novos fatos e que todos os conceitos da teoria estão bem desenvolvidos. (RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018).

Todos os jovens que aceitaram realizar a entrevista nunca tinham feito parte de alguma pesquisa, o que gerou neles um misto de ansiedade e curiosidade, bem como o uso de termos mais rebuscados ou científicos no início da conversa. Com a intenção de deixá-los mais à vontade, informei sobre a liberdade deles se expressarem da forma como preferissem, podendo fazer uso de palavrões. Nesta direção, utilizei uma linguagem coloquial para melhor interagir com os entrevistados, promovendo uma série de referências intertextuais com ditos populares e clichês, como os *memes*, ao abordar temas como o significado do HIV, tratamento e gestão da prevenção. Ademais, procurei gerar confiança e favorecer a livre exposição das narrativas, com o mínimo de interferência possível, buscando aprofundar alguma questão relatada. O fato de ser um jovem gay entrevistando jovens gays possivelmente contribuiu para a diminuição das barreiras culturais, gerando um maior conforto nos depoimentos sobre as trajetórias de vida.

Os entrevistados comentaram que ficaram satisfeitos e confortáveis com a realização das entrevistas. A conversa também trouxe momentos de autorreflexão sobre questões que nunca haviam pensado anteriormente, com enfoque na vida sexual como parte importante da sua saúde, geralmente silenciada em muitos contextos. Igualmente instigou o compartilhamento de seus relacionamentos e parcerias sexuais, o resgate de lembranças da convivência em família e de como o HIV interfere na vida cotidiana e na sociabilidade. Houve momentos de manifestação de sentimentos, expressos em risadas e lágrimas, ao recordarem períodos importantes de suas vidas. Alguns participantes demonstraram grande interesse pelo assunto, oferecendo riqueza de detalhes; outros se pronunciaram de forma mais reservada num primeiro momento, mas com o tempo foram se abrindo e detalhando mais sobre as questões abordadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como assinalado na metodologia, minha inserção como profissional da saúde e voluntário em uma ONG, focada na promoção da qualidade de vida e direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, facilitou a aproximação com jovens que buscavam fazer testes rápidos para o HIV. Isto significa dizer que, para compreender as experiências relatadas nas entrevistas com os jovens, fiz um esforço consciente para me despir temporariamente do papel de profissional de saúde e adotar o papel de pesquisador. Ao me posicionar como um ouvinte atento, percebi nuances e aspectos que vão além do conhecimento técnico da área da saúde.

Os relatos trouxeram à tona questões sociais, emocionais e culturais que influenciam diretamente a forma como esses jovens lidam com a prevenção do HIV. Ademais, os jovens entrevistados expressaram vivências, desafios e estratégias de gestão de risco relacionadas ao HIV, revelando tanto semelhanças, como diferenças significativas entre eles. Em suma, os depoimentos, somados aos estudos e reflexões apresentados nos capítulos anteriores, possibilitaram uma visão mais aprofundada sobre as práticas preventivas, capaz de incorporar as implicações de fatores sociais, culturais e psicológicos.

Informado por essa perspectiva, este capítulo analisa o depoimento de 15 homens, autoclassificados como gays e bissexuais, sobre o processo de descoberta da identidade homossexual, o exercício da sexualidade e as visões e práticas acerca do diagnóstico e prevenção do HIV. A descrição dos dados objetiva contribuir para a compreensão das práticas sexuais e responder as questões do estudo sobre a percepção desses jovens sobre a gestão dos riscos do HIV, suas estratégias de prevenção e as motivações e uso da testagem rápida.

Para tanto, o capítulo foi organizado em dez tópicos que contemplam as seguintes temáticas: 4.1 Caracterização do perfil dos participantes; 4.2. Identidade gay e a “saída do armário”; 4.3 Redes de sociabilidade; 4.4 Conhecimento e comunicação sobre HIV/AIDS; 4.5 Proximidade com pessoas vivendo com HIV e AIDS; 4.6. Práticas sexuais: diversidade, fluidez e hierarquias de gênero; 4.7. Usos dos aplicativos para encontros e interações sexuais e locais para fazer sexo; 4.8 Relacionamentos: arranjos diversos e prevenção do HIV; 4.9 PEP e PrEP: conhecimento e acesso; 4.10 Testagem do HIV: motivações e regularidade.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES

Com o intuito de caracterizar o perfil social dos participantes, a entrevista abordou à orientação sexual, identidade de gênero, autodeclaração de raça/cor, idade, escolaridade,

vínculo de trabalho atual, renda mensal, bairro de residência e tipo de moradia (alugado ou própria), descritos no quadro abaixo. Todos os nomes usados são fictícios, visando manter a confidencialidade da identidade dos entrevistados.

Quadro 1 – Perfil dos 15 jovens integrantes da pesquisa

	Auto-classif. Orient Sex	Idade	Auto defin. Cor	Escolaridade	Trabalho	Renda Mensal familiar	Tipo Moradia	Bairro
Theo	Gay	24	Branco	Cursando faculdade de Biofísica	Bolsista	5000	Própria	Lapa
Pablo	Gay	24	Preto	Cursando faculdade de Direito	Marketing Político	4000	Própria	Ilha do Governador
Roger	Gay	23	Pardo	Ensino Médio completo	Operador de Caixa	2000	Alugada	Lapa
Paulo	Bissexual	22	Branco	Cursando faculdade de Direito	Bolsista	2800	Própria	Tijuca
Caique	Gay	24	Branco	Cursando faculdade de Geografia	Recepcionista	1212	Própria	Belford Roxo
Diego	Bissexual	23	Preto	Cursando faculdade de Relações internacionais	Atendente de telemarketing	2000	Própria	Guaratiba
Nicolas	Gay	21	Branco	Cursando faculdade de Biologia	Bolsista	2500	Própria	São Cristóvão
Guilherme	Bissexual	18	Preto	Cursando ensino médio	Não possui	6500	Própria	Maré
Thales	Gay	22	Preto	Cursando Faculdade de Relações Internacionais	Voluntário de uma ONG	1200	Alugada	Niteroi
Marcelo	Demissexual	20	Branco	Ensino médio Completo	Não possui	1000	Alugada	Ramos
Franco	Demissexual	21	Branco	Cursando Faculdade de	Administrador	5000	Própria	Barra de Guaratiba

				Administ.				
Bruno	Bissexual	23	Branco	Cursando Faculdade de Biomedicina	Não possui	3500	Própria	Guaratiba
Gunnar	Gay	21	Branco	Cursando Faculdade de Teatro	Dublador	7500	Própria	São João de Meriti
Marco	Gay	24	Preto	Ens. Médio Completo	Produtor cultural	1600	Alugada	Santa Tereza
Frederico	Bissexual	22	Preto	Cursando Faculdade de Farmácia	Não possui	1500	Alugada	Duque de Caxias

Fonte: Próprio Autor, 2023.

Os 15 entrevistados estavam na faixa de 18 a 24 anos, conforme definido pelo estudo. Com relação à autoclassificação da orientação sexual, a maioria (8) se declarou como gay; cinco se identificam como bissexuais e dois como demissexuais. Importante esclarecer que a demissexual é aquele que sentem atração sexual somente quando existe intenso envolvimento afetivo (FARIAS, 2018). Os dois participantes auto classificados como demissexuais confirmaram a relevância do envolvimento afetivo e destacaram que o parceiro precisa ser do gênero masculino. Quanto à autodefinição da cor, cerca de metade se declarou branco (8), seis como preto e um como pardo.

A maioria (11) afirmou estar cursando o ensino superior; três concluíram o ensino médio e o mais novo, de 18 anos, ainda estava cursando esse nível de ensino. Grande parte (10) relatou morar em casa própria. Dos cinco que residiam em casas alugadas, dois optaram pelo aluguel devido à maior facilidade de acesso à faculdade, mas seus pais possuíam casa própria. Cerca de metade (oito) trabalhava em funções diversas (ex. telemarketing, dublagem, atendente de supermercado, dentre outros), outros três eram bolsistas de projetos da faculdade; três estavam unicamente estudando e uma não estudava e não trabalhava. A renda variava entre 1000 a 7500 reais mensais, somando-se todos que moravam na residência, em geral, familiares. Os três que moravam em casa alugada concluíram apenas o ensino médio, tinham menor renda e pouco ou nenhum auxílio de suas famílias no cotidiano; mostrando uma clara diferença de classe social em relação aos demais.

Embora prevaleça um perfil mais próximo da classe média, não foi feito um recorte por classe social na seleção dos participantes da pesquisa. Como já indicado na metodologia, os entrevistados foram selecionados a partir da leitura dos questionários aplicados pelo Grupo Pela Vidda na ocasião da realização do teste rápido para detecção precoce do HIV. Foram convidados aqueles que atendiam ao seguinte critério de inclusão: ter a idade entre 18 a 24 anos; relatar frequência sexual superior a dois parceiros casuais ao mês e que realizam o teste rápido ao menos uma vez ao ano.

4.2 IDENTIDADE GAY E A “SAÍDA DO ARMÁRIO”

As relações entre pessoas do mesmo sexo foram reportadas em várias épocas e culturas, com diferentes apreciações. No que tange ao ocidente, na era cristã, as práticas homossexuais assumiram uma perspectiva negativa, sendo associada ao pecado, crime ou loucura (ALBERTINI; COSTA e MIRANDA, 2019). A partir do século XIX alguns acontecimentos -- como a Rebelião de Stonewall em 1969 em Nova York, caracterizada por manifestações violentas e espontâneas de membros da comunidade LGBTQIAPN+ contra uma invasão da polícia -- começam a dar mais espaço e visibilidade para as minorias sexuais. Tais ações contribuíram para a criação de uma identidade gay com a premissa de sair da clandestinidade, assumindo uma postura de luta sociopolítica por direitos civis. Stonewall não é o zero absoluto da história gay contemporânea, mas colaborou para afirmação da diversidade sexual ao estimular a revelação pública da diversidade sexual, influenciando outros países como o Brasil (GAGNOM, 1990).

Um dos termos que emergiu do movimento de liberação gay foi “saída de armário”. Tal expressão remete a ideia do predomínio da heteronormatividade, uma espécie de dominação simbólica na qual a homossexualidade é considerada uma prática desviante. Desse modo, para evitar a discriminação e a condenação moral, as pessoas gays tendem a manter-se “dentro do armário”, ou seja, não revelam a sua orientação sexual. A luta pela visibilidade e garantia de direitos da diversidade sexual visa combater o estigma da homossexualidade e alcançar o respeito e o reconhecimento social das denominadas minorias sexuais ainda presente na maioria das sociedades (ALBERTINI; COSTA e MIRANDA, 2019).

Seguindo esse eixo de análise, importa salientar que alguns dos entrevistados reconheciam o desejo homossexual, mas tinham dificuldade em assumir ou aceitá-lo em função do reconhecimento da condenação moral da homossexualidade; seja na igreja, na família e na sociedade de um modo geral. Seus depoimentos igualmente apontam para o alívio de se sentir em condições de exercê-la em determinados contextos de sociabilidade.

Diego, 23 anos, morador de Guaratiba, trabalha no centro do Rio de Janeiro, onde pega quatro conduções para chegar ao estágio, demorando cerca de quatro horas. Sua semana é dedicada ao trabalho e as responsabilidades em casa, onde mora com a avó e o tio. Nos fins de semana vai a igreja e ajuda na catequese de crianças que querem fazer a primeira comunhão. Ele descreve que desde a sua infância pegava as roupas de sua mãe e sentia atração pelos colegas da escola. Contudo, o processo de aceitação do seu desejo homossexual tem sido gradual, sendo inicialmente vinculada à possibilidade de se assumir como bissexual apenas para amigos, como indica seu relato:

Eu era católico. Era não, sou (risos). E aí, até por influência da própria igreja em si eu acabava ficando na minha. Foi algo da minha cabeça também, daí era dessa forma, não seguindo aquilo que a bíblia ou o ensinamento da Igreja pede. Quando eu entendi que Deus me amava da forma que eu era, independente da minha opção sexual, eu comecei a sair com os meus amigos em Madureira e comecei a ir em boates. (...) Eu tinha um amigo da igreja que eu cheguei nele e falei que era bissexual, e ele também disse que era e a gente começou a sair, se aventurar, ir pra Madureira e para essas festas. (...) Foi ali, em 2020, furando um pouco a pandemia erroneamente, quando a gente saía, que a gente se descobriu e tudo mais. Depois disso aquele peso de não me aceitar, de que eu não poderia ser feliz saiu e eu sou uma pessoa muito mais livre. Vamos dizer que no processo de descobrimento é sempre processual. Só de poder verbalizar sobre aquilo que eu sinto e gosto é muito satisfatório. Então. Hoje eu não tenho vergonha e me orgulho de ser bissexual, talvez eu realmente seja gay, mas até por estar muito recente, eu não consigo ainda separar bem e me autodeclarar gay. (DIEGO)

Depois de passar por novas experiências, Diego compartilhou as estratégias que usou para esconder sua homossexualidade da família, descrevendo-a como uma vida dupla. No entanto, acabou entrando em um relacionamento com outro rapaz que o questionou sobre o motivo de não conhecer a família dele. Sentindo-se pressionado, decidiu contar para sua mãe como forma de assumir seu relacionamento. Ela ficou muito assustada quando soube, mas acabou reagindo com acolhimento. No entanto, ele ainda se sente inseguro em se assumir para os outros membros da família.

Com minha família sou mais centrado, mais posturado, eu tento impor um pouco mais a voz, até para me reservar. Não que eu tenha vergonha, mas eu tenho muito medo da reação deles, da mudança de olhar, entendeu? Eles sempre me olharam de uma forma e não quero perder isso (...) Eu uso roupas mais escuras, botões, casacos... Eu fico mais homenzinho, entendeu? Assim, quando eu saio com meus amigos, boto uma cor mais colorida, tudo mais e brinco mesmo. Fico zoando, fazendo bordões LGBT e tudo mais, mas no ambiente familiar, não dá vontade de fazer essas brincadeiras, memes, nada disso. (DIEGO)

Os dilemas também envolvem o tempo e espaço. A saída do armário não é única nem estática, de modo que ninguém pode se considerar dentro ou fora dele de maneira total e

constante. Tudo depende do contexto, conforme a percepção de homofobia, gerando, assim, mapas de segurança pelos quais alguém se mostra ou se oculta. Este armário apresenta certa ambiguidade, onde de um lado quem está dentro é ameaçado pelo flagrante e quem está fora, pela violência (MASON, 2002).

Outro que partilhou os momentos de saída de armário foi Gunnar. Ele refere que o ponto chave para conseguir se aceitar foi através de conversas com amigos, mas, principalmente, após a entrada na faculdade:

Quem me tirou do armário foi minha melhor amiga do ensino médio. Tínhamos ido numa festa e aí um garoto acabou dando em cima de mim, mas falei que era hétero, isso foi no fim de semana. Aí na segunda ou terça na escola eu contei para um grupo de amigos. Minha amiga estava na festa e naquele grupo de amigos, e eu contei tipo desacreditando o cara. Ela me levou no banheiro e falou: Você não acha que também gosta de homens? Amigo você tem até o jeitinho. Eu me lembro que ela falou assim (*risos*) Você acha que não gostaria de se relacionar com homens? Sua mãe te ama muito e te entenderia. Aí ela falou isso comigo e virou uma chavinha em mim e fui descontruindo isso em mim. Mas onde de fato eu falei que era gay foi no primeiro dia da faculdade. Por que era uma questão de pertencimento, estudava numa escola católica e raros os homossexuais assumidos, quiçá transexuais (...) na escola não me sentia integrado com os meninos (...) eles gostavam de rap, ou então sei lá, era época do ConeCrew⁶, era coisas que não me pertenciam (...) e eu sempre fui muito popular, me dava bem com todas as tribos da escola, mas não era a pessoa que as pessoas davam em cima ou convidavam para resenhar, eu era convidado mas bem pouco, e isso me machucava bastante, numa sensação de não pertencimento e eu não entendia isso. Achava que precisava mudar, mas não sabia como pois o que eles gostavam, eu não gostava. Mas na universidade, ainda mais num curso de artes, eu via muitos iguais a mim, que gostavam das mesmas coisas que eu, então veio a sensação de me fazer parte de algo, então foi na universidade que me senti a vontade de falar que era gay. (GUNNAR)

Como assinalado, o armário é uma imagem importante para pensarmos sobre as formas como as pessoas com identidade e/ou práticas homo e/ou bissexuais constroem as suas subjetividades, como experimentam o mundo e as diferentes relações nos mais variados contextos. Contribui, assim, para refletir sobre as barreiras, os limites, as possibilidades e os distanciamentos conforme sentem que podem ou não se expressar (ROSA e ROMANINI, 2020).

Convém destacar que, no âmbito da família tradicional, a heteronormatividade pode ser observada em diversos aspectos do cotidiano. Como dito no início do capítulo, a heteronormatividade é a ideia de que a relação sexual e afetiva entre pessoas do sexo oposto é a única forma legítima de relacionamento. Ela é reforçada por práticas, discursos e instituições que incentivam a conformidade com essa norma e desvalorizam as relações

⁶ Cone Crew Diretoria, grupo de rap brasileiro da cidade do Rio de Janeiro, que fez muito sucesso durante as primeiras décadas dos anos 2000.

homoafetivas. Um exemplo comum é a expectativa de que os filhos se casem com pessoas do sexo oposto e formem uma família tradicional. Isso pode ser reforçado por discursos e comportamentos que valorizam o casamento heterossexual e as normas tradicionais de gênero, desvalorizando outras formas de relacionamento, como a união homoafetiva. Nesta configuração, espera-se que as mulheres sejam responsáveis pelas tarefas domésticas e pelo cuidado dos filhos e que os homens assumam a responsabilidade pelo sustento financeiro da família. Essa divisão reforça a ideia de que existem papéis e atividades próprios de cada gênero, o que reproduz a desigualdade de gênero e a heteronormatividade.

Diante da importância do laço filiativo na transmissão de valores e crenças de geração em geração e no suporte emocional e prático, especialmente durante momentos difíceis ou de mudança na vida, a saída do armário no âmbito familiar assume relevância. Dito de outro modo, considerando que os laços familiares exercem uma influência importante na conformação da vida dos sujeitos e na aprendizagem e representação das masculinidades, revelar a orientação homossexual para a família, dentro de um contexto heteronormativo, gera receios e pode ser algo complexo (GUERREIRO, CAETANO e RODRIGUES, 2008). Por outro lado, a ocultação da orientação homossexual pode acarretar malefícios psicológicos e comportamentais (NASCIMENTO e SCORSOLINI-COMIN, 2018).

Ao serem indagados sobre o momento e o contexto de revelação da orientação sexual no ambiente familiar, os entrevistados indicaram tanto situações de acolhimento e receptividade, quanto de hostilidade. Em geral, os casos de aceitação e apoio dos pais ajudam os jovens a se sentirem mais seguros e confiantes em si mesmos. No caso de Gunnar, ele tomou coragem e falou que era gay após sua mãe perguntar quando ele iria arrumar uma namorada. Sua mãe se emocionou e forneceu um suporte bem positivo. No caso do pai, ele esperou pelo menos dois anos para ter a mesma conversa:

Meus pais são separados e eu moro com minha mãe, e minha mãe sempre foi bem mais tranquila que meu pai, e sempre fui protegido pela minha mãe, sou filho único também. Meu pai sempre foi uma pessoa complicada, via muita briga dos meus pais, via como ele reagia com minha mãe, (...) então tinha muito medo do meu pai. Meu pai tem histórico de agressão de uma tia lésbica que eu tenho. Então era sempre uma coisa de medo, pois se ele bateu na irmã porque é lésbica, imagina de mim que sou filho dele. (...) Desde o momento que falei com minha mãe foi super tranquilo, ela sempre me defendeu. (...) ninguém podia me chamar de feio que ela gritava e me defendia, sabe? (...) minha mãe sempre desconstruía essa ideia que eu tinha do meu pai, ela falava que eu era a pessoa que ele mais ama no mundo e minha mãe dizia que ele não ia me bater porque ele me amava acima de tudo e o amor cura tudo e perdoa. Minha mãe sempre foi na defesa do amor. (...) O meu pai no início foi bem complicado, ficou uns dias sem falar comigo, mas ele mesmo depois me procurou e agiu como se nada tivesse acontecido e depois desconversou..., (...) ele achava que era alguma coisa de culpa de criação, de onde ele e minha mãe erraram e eu via que era ignorância, era falta de informação. E aí a gente conversou e foi esclarecedor pra

ele, e com o tempo isso não era uma questão mais, claro que ele não faz muitas perguntas pra mim, a gente tem uma relação um pouco afastada, mas a gente se encontrou nessa relação afastada, acho que melhoramos bastante depois que se afastou um pouco, a gente se liga, se fala, mas hoje em dia não tem uma questão com meus pais. (GUNNAR)

Os demais casos são igualmente ilustrativos sobre os receios e as reações de acolhimento, principalmente das mães.

Quando eu tinha 14 anos eu tinha finalmente feito as pazes comigo, eu contei pra minha mãe, a gente era muito próximo e tinha uma relação praticamente de amigos. Eu estava assistindo uma série... Era *Arrow*, uma série terrível, não me orgulho de ver... a menina da serie era *sapatão* e minha mãe estava fazendo qualquer comentário homofóbico e aí eu reclamei e ela estranhou, ela deve ter pensado “como assim héteros não reclamam disso?” E aí eu contei pra ela. Bem no início, sei lá, teve aquela reação meio ruim, quebra de expectativa e tudo mais. Mas sei lá, ela sabia que eu valia mais a pena do que qualquer outra coisa então... nossa eu não fui nada modesto (risos)! Então, mas ela é minha mãe... Então a gente foi se acertando e assim, eu sempre fui muito expansivo e sempre gostei muito de falar da minha vida. Então ela teve que aprender a lidar comigo contando coisas que talvez ela não quisesse ouvir e hoje já é bem comum. Pro meu pai já demorou mais, né? Eu ia me mudar para morar com ele aos 17 anos. Eu falei: Bom, eu tenho que contar, porque senão vai dar ruim. Não vou ficar vivendo escondido, que já não é mais minha vibe. (...) Então eu contei para ele, porque eu ia morar com ele. E foi uma experiência bem frustrante para mim, porque no final ele não ligava pra nada na minha vida. (PAULO)

Foi muito simples. Na verdade, eu tinha saído para encontrar um menino que eu jurei que ia ser o amor da minha vida... ô coitado. E quando eu cheguei em casa, tinha na cabeça que ia contar a minha mãe que eu não era aquilo que ela esperava. Aí, quando eu cheguei em casa, ela estava costurando. Eu falei assim Mãe, eu sou viado, tá? E ela: eu já sabia e me deu um abraço. Foi tudo bem. (CAÍQUE)

Foi uma partida no coração, não é mesmo? Eles são super conservadores, da igreja. Eu também era, não conservador, mas da igreja. Então eu não podia chegar com os dois pés na porta e falar então beijo homens e moro sozinho e aquela loucura. Então fui tentando falar de um jeito que eles se sintam confortáveis. Tipo falei então o tanto que gosto de mulheres eu gosto de homens e foi isso. Na época eu tava ficando com um cara e foi um dos primeiros carinhos que eu fiquei sério, no caso o primeiro, que foi a uns três a quatro meses atrás. E aí ele falou que o fato que a gente ficava era um passo da gente namorar, então eu pensei que estava ficando sério, então tenho que falar com meus pais que, né, beijo homens. E eu falei, na cabeça deles parece como se eu lutasse contra isso e tal porque é um grande pecado. Mas pra mim é normal e eles já entenderam que pra mim não é um grande pecado e que está tudo bem e essa é minha vida. (FREDERICO)

Dentre as reações de não aceitação e hostilidade por parte da família, houve situações nas quais os próprios pais, diante de alguma desconfiança, procuraram informações, incluindo buscas não permitidas em aplicativos pessoais dos filhos e abordaram a sua homossexualidade, em geral, de forma negativa:

Quando estava com 17 anos comecei a namorar, a aí ficamos dois anos juntos. Nesse processo a minha mãe conheceu ele como meu amigo e eles não sabiam ainda sobre

a minha orientação sexual, e aí um pouco no final do nosso relacionamento em 2018 a minha mãe veio saber, ela descobriu através da minha conta no *Messenger* do *Facebook* onde ela viu conversas minhas com meu ex-namorado. Ela me mandou mensagem, eu estava na escola e aí eu fiquei completamente nervoso naquele momento, já meio que pensando em tudo o que me aconteceria quando eu chegasse, enfim. Quando eu cheguei lá foi um grande bate boca entre eu, ela e até com meu irmão onde minha mãe me disse até que “preferia me ver morto que eu sendo homossexual” e que “na família não tinha isso”. (...) E depois daquele momento de bate boca eu fiquei no meu quarto durante horas, desde à tarde do ocorrido até meia noite com o meu namorado em chamada de vídeo e deitado em uma única posição sem comer, sem beber, sem fazer nada, só aguardando um momento pra fugir de casa e foi quando eu peguei um *Uber* no dia chuvoso e saí de casa, fui pra casa do meu namorado onde a mãe dele me aceitava muito bem, era super a favor da nossa relação... E eu fiquei lá até o dia seguinte, quando o meu padrasto e meu irmão foram de carro me buscar, minha mãe ficou em casa chorando, pois eu também deixei uma cartinha um pouquinho dramática na minha cama e eles estavam lá para conversar. Eles queriam me levar pra casa para conversar com a minha mãe, que ela estava arrependida, não sei o que, não sei o que lá e, com muita resistência, eu acabei indo, com a condição que eu voltaria para casa do meu namorado, pois eu já tinha planejado ficar lá mesmo, estava sem cabeça pra ficar em casa. Eu fui pra casa e, resumidamente, falei com a minha mãe e ela acabou cedendo um pouco, ela não estava mais do jeito que estava no dia anterior, chorava bastante e, enfim eu acabei voltando pra casa do meu namorado e fiquei lá até essa poeira baixar um pouco. Depois disso, é claro, eu continuei namorando com ele, mas mesmo com a poeira baixa, o clima ainda não era favorável de aceitação, eu ainda notava que minha mãe ainda jogava umas indiretas, dava pra ver que ainda estava insatisfeita com a situação, e o resto da minha família não sabia ainda de mim. (BRUNO)

Conturbado, traumatizante, já me posso dizer que eu não me assumi, me assumiram. Foi minha mãe no caso. Aí começou a fazer o inferno na minha vida. (...)Eu tenho um tio que tem mestrado em TI, aí ele hackeou meu skype na época que ele era famosinho. Aí descobriram uma conversa minha com uma amiga de escola que só ela sabia. Daí minha mãe leu e começou todo inferno, e assim que ela começou a me xingar, ela foi me arrasando, me expulsou de casa, essas coisas. (ROGER)

Ela (mãe) que me tirou do armário. Eu não estava pronto na época. (...) foi basicamente um dia que ela me chamou e começou a me perguntar sobre isso, eu tinha 16 anos (...) eu me identificava como gay... Eu não... Eu não sabia. Eu justamente não tinha saído do armário porque eu não sabia o que eu sentia de verdade. (FRANCO)

Em alguns casos, frente à percepção de um ambiente pouco receptivo, o entrevistado manteve o sigilo ou, diante de uma experiência ruim relativa à revelação da homossexualidade, evitava conversar sobre o tema com os demais familiares.

Minha mãe até sabe, mas ela é um pouco preconceituosa... Então eu não falo em casa. Ninguém nunca pergunta também, então só fico quieto. (...) Eu acabei tendo que falar com ela por causa de bullying na escola e ela teve que ir lá e depois disso ela ficou bem para pra baixo, sabe, até tomou remédios para dormir. Foi bem complicado no primeiro momento, mas depois ela... ela respeita. (...) Eu evito falar, até porque não quero que ela volte a tomar remédios para dormir, como ela fazia quando eu contei. Hoje também acho que ela deve ficar mais de boa. Quando eu saio assim, ela até fala usa camisinha, se cuida. Então é uma relação tranquila entre a gente. Mas também não conto nada muito abertamente para ela sobre (NICOLAS).

É aquele negócio de todo mundo saber, mas ninguém tem coragem para falar (...) Não é uma coisa que eu ache que eu deva falar com eles. Porque pessoas

heterossexuais não chegam aos pais e falam que tem uma coisa pra contar. Então eu não deveria ter a mesma obrigação, sabe? Independente de qualquer sexualidade (MARCELO).

Parte dos depoimentos indica que a revelação da orientação sexual dos entrevistados nem sempre foi um processo individual e voluntário, sendo forçado pelos pais, a despeito do fato de que cada indivíduo ter o direito à privacidade e à autonomia sobre a sua própria vida e identidade sexual. Alguns registros atestam que o processo de aceitação da própria orientação sexual pode ser difícil e emocionalmente desafiador, especialmente para aqueles que vivem em sociedades onde a homossexualidade ainda é estigmatizada ou discriminada. Demais estudos descrevem como muitos jovens optam por não contar sua orientação sexual para seus pais em função da expressão de seus pensamentos ou ações homofóbicas. O medo do filho em não se encaixar dentro da norma heterossexual e, por consequência, vivenciar a frustração, a intolerância e até mesmo agressão física dentro da própria casa, contribui para um distanciamento, impedindo um livre diálogo com os pais (SOLINA e SILVA JUNIOR, 2014).

Os depoimentos indicam que, ao afirmar sua homossexualidade ou bissexualidade, muitos homens gays ou bissexuais precisam lidar com a não aceitação da família ou de parte dela. Colocar em risco o aconchego do lar, o colo de mãe, o afeto dos irmãos tem um efeito que pode ser assustador por ameaçar relações sociais estáveis fundamentais. Quando os valores dessa comunidade e as condutas regidas por estas não são sinérgicas a quem você se identifica, gera-se uma sensação de não pertencer a aquele lugar (GOMES e MUNAIER, 2021).

Durante as entrevistas, cinco participantes se identificaram como bissexuais, indicando uma identidade diferente da identidade gay. Ao analisar o histórico de práticas desses cinco entrevistados, a maioria (quatro) relatou ter maior envolvimento com homens, mantendo principalmente relacionamentos com pessoas do mesmo gênero. No entanto, um dos entrevistados mencionou ter uma atração equilibrada por ambos os gêneros (50/50).

É importante destacar que a bissexualidade não é necessariamente um processo de transição ou uma fase temporária na vida de uma pessoa. No entanto, um dos entrevistados expressou a possibilidade de se autodeclarar gay no futuro, pois não está pronto de assumir esta identidade nesse momento, o que sugere que algumas pessoas que se identificam como bissexuais podem enfrentar desafios para assumir uma identidade gay frente a todas as dificuldades já listadas acima.

Como descrito, também houve casos em que a revelação da orientação homossexual foi recebida com acolhimento pela família, predominantemente pelas mães. O que

possivelmente guarda relação com as lutas do movimento LGBTQIAPN+ nas últimas décadas, que vem dando visibilidade para o tema e contribuindo para conquistas no campo dos direitos sociais e na área da saúde (FACCHINI, 2005; MELLO et al, 2011) e, conseqüentemente, para o enfrentamento da homofobia. Tem-se como ideal que os pais estejam dispostos a ouvir e a oferecer apoio, sem julgamentos ou pressões, para que seus filhos possam se sentir seguros e confortáveis em compartilhar a diversidade sexual. Neste sentido, é fundamental que os pais respeitem o tempo e o espaço do filho para que ele possa explorar e entender sua própria orientação sexual de forma saudável e segura.

Em suma, os entrevistados compartilharam suas experiências pessoais e sociais relacionadas a saída do armário e o reconhecimento da pressão da heteronormatividade. Seus relatos informam como suas identidades foram gradualmente desenvolvidas e como as estratégias de sair do armário são variáveis e dependem do contexto. A maioria enfrentou dificuldades em se aceitar e receio em compartilhar sua homossexualidade com a família e amigos. Como veremos ao longo deste capítulo, tais aspectos interferem nas formas de prevenção e gestão do risco do HIV.

4.3 REDES DE SOCIABILIDADE

Seguindo o modelo de determinantes sociais da saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead (2007), a saúde é influenciada por diversos fatores, incluindo as redes sociais e comunitárias que englobam as relações sociais entre indivíduos e populações, tais como família, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e grupos comunitários. As relações sociais podem ter um impacto significativo na saúde de uma pessoa, inclusive na saúde mental, fornecendo apoio emocional e social, influenciando o comportamento individual e coletivo, a autoestima, a autoeficácia e o senso de identidade. Além disso, a participação nessas redes pode favorecer a tomada de decisões relacionadas à própria saúde, oferecendo oportunidades de engajamento social e emocional e ajudando a lidar com adversidades.

No entanto, os grupos sociais marginalizados, como as minorias sexuais, tendem a experimentar situações de discriminação social e violência que dificultam o acesso a determinadas redes sociais. Num movimento de busca por pertencer a algum grupo que tenha valores, práticas e experiências semelhantes, não é incomum que segmentos, incluindo aqueles que sofrem maior marginalização social, criem laços de amizade entre seus pares (VALLE, 2002; PARKER, 2003).

Os relatos dos entrevistados sobre suas interações interpessoais e comunitárias indicam os desafios e estratégias usadas na formação de redes sociais, frente ao receio da

discriminação associada à homossexualidade. Ao serem perguntados sobre a orientação sexual dos seus amigos, dez dos 15 entrevistados afirmaram que a maioria ou todo seu núcleo de amizade é composto por homens gays, bissexuais ou pessoas trans. Três afirmam ter amizades tanto com pessoas heterossexuais, quanto homossexuais, meio-a-meio.

Apenas Frederico relatou só ter relações de amizade com pessoas heterossexuais. Ele afirma que recentemente se declarou bissexual e por conta disso não tem uma grande vivência com a comunidade LGBTQIAPN+. Antes passava grande parte do seu tempo na igreja, onde havia majoritariamente pessoas heterossexuais. Além disso, em seu momento atual de vida não construiu relações de amizade com homens gays por não encontrar pontos em comum. Paulo, por sua vez, relatou ter sempre mais proximidade com mulheres heterossexuais, frente a uma menor identificação e receio de se relacionar com homens héteros. Todavia, percebe um desconforto nas relações de amizade e parece estar buscando seu lugar no processo de descoberta da sua orientação sexual. Considera que a mulher heterossexual não entende a vivência de uma pessoa LGBTQIAPN+ em sua completude. Para ele os códigos héteros são correlacionados a piadas vulgares que ridicularizam o indivíduo efeminado e que existe uma naturalização da expressão da agressividade e da violência nas situações de injúrias e insultos cotidianos em ambientes diversos, como trabalho, debates políticos, entre outros.

No decorrer da minha vida, na escola eu tinha meus amigos nerds que eram majoritariamente homens no grupinho. E aí quando eu começo a performar minha sexualidade publicamente eu vou me aproximando de grupos femininos (...) mas sei lá eu fico achando que elas estão tudo tratando como chaveirinho (...) Eu acho que tem uma facilidade inicial de formar círculos com mulheres porque elas não aparentam risco imediato como homens héteros e porque elas aparentam serem acolhedoras. Mas sei lá acho que num momento posterior elas tanto não alcançam as minhas expectativas, quanto elas só querem transformar a gente numa commodity sabe? (...) Eu busco muitas vezes signos de feminino, porque tipo eu sempre fui forçado a fazer tudo que definiam o que o homem era, agora que eu sei que eu sou uma coisa bem diferente, eu tento me afastar de signos de homens héteros (...) Eu fico tão abalado com a lógica da masculinidade que acabo repelindo o tempo todo que haja alguma aproximação com homens héteros, pra mim é um risco muito grande pra nossa integridade tanto física quanto psicológica. Então acho que homens héteros no geral estão cortados dessa lógica de amizade por causa disso. (PAULO)

Frente ao receio da homofobia, percebida como um fenômeno banalizado, a maioria dos entrevistados reconhece que o seu ciclo de relações de amizade e sociabilidade é composto por homens gays, como afirma Bruno -- “Todo meu ciclo social é de gays, eu não tenho de forma alguma amigos héteros”. Guilherme igualmente relatou:

Atualmente o meu grupo é todo gay (...) por conta da pandemia, acho que seja esse o motivo. Tipo, eu tinha os amigos da minha escola, só que quando foi ficando tudo

virtual, fui meio que me distanciando, daí eu me afastei de todas as minhas amizades e aí agora eu estou construindo novas amizades. Aí tipo um ex meu que é gay começou a me chamar pra sair, e conheci várias pessoas, ele até ficou com um amigo meu de infância que é gay também e caramba, todo mundo é gay mesmo. (GUILHERME)

Na busca por espaços de lazer, sociabilidade e comodidade, no sentido de não serem discriminados, metade dos entrevistados disse priorizar lugares acolhedores, como a casa de um amigo ou a própria casa. Os demais citaram boates no centro do Rio ou na zona sul da cidade, descritas como indispensáveis para diversão com amigos. Bares, restaurantes, praças e shoppings também foram referidos como bons espaços de sociabilidade. Outro ponto que chamou atenção foram as citações de bairros específicos, caracterizados pela sociabilidade gay, como a Lapa e Madureira.

Cabe ressaltar que a área central do Rio de Janeiro, com destaque para a Pedra do Sal, Praça Mauá, Praça da Harmonia e Lapa vem sendo historicamente voltadas para as práticas de encontros, diversão e lazer da cidade. Nesses redutos existe uma concentração de equipamentos espaciais voltados para a comunidade LGBTQIAPN+, pois, devido a sua localidade, pode acomodar fluxos de diferentes locais do tecido urbano carioca; além de permitir encontros sexuais e afetivos mais seguros, pela garantia do anonimato conferido pelas áreas centrais urbanas (PATRICIO, 2022). Madureira também exerce uma ideia de centralidade para a comunidade LGBTQIAPN+, de forma que o bairro reúne ações de defesa de direitos, segurança e visibilidade destes grupos. A parada LGBTQIAPN+ de Madureira é um dos maiores eventos públicos da cidade e suas ruas são conhecidas como espaços de sociabilidade (BRITO, 2021). A busca por espaços de acolhimento ganha mais sentido frente aos relatos de situações de violência vividas ou descritas por outras pessoas:

Eu fui agredido a última vez que fui a Lapa, por conta disso, eu não volto mais lá. Tipo, ah, eu fui numa boate e eu bebi muito mesmo. E aí eu saí da boate, e eu tava junto com meu namorado (...) mas falei que queria ficar sozinho um pouco lá fora, porque a gente tinha conversado um bagulho que eu não gostei com relação a ciúmes. (...) E aí, nisso, como eu estava muito bêbado, eu deitei em cima de um carro no capô e eu dormi. Só sei que eu acordei com um soco na minha cara, tipo forte e tal. Aí eu levantei com um cara me batendo, tipo me dando muito soco e eu me perguntando o porquê ele tava me batendo. Ele falou: vai embora, seu viadinho e tal. Tipo, eu nem entendi o que ele tava fazendo, porque eu não performo feminilidade e tal. Tipo, nem sempre as pessoas vão olhar pra mim e ver como alguém LGBT e eu tava sozinho. Mas eu fiquei Caralho, qual foi, cara, por que você tava me batendo? (...) Aí eu levantei, saí e ele entrou no carro e saiu. Aí o frentista chegou e eu perguntei o motivo dele estar me batendo e ele disse: Ô, você quer deitar em cima das coisas dos outros? Você tá maluco? Ele te bateu foi pouco. Daí decidi não voltar para Lapa, só tem maluco. Tipo, antes dele, várias pessoas, tipo moradores de rua, pessoas que utilizam drogas e tal chegavam na gente ou pedindo dinheiro ou pedindo alguma coisa e eu não gosto desse bagulho. Tipo, eu fico preocupado porque porra, e se a gente dá um não e o cara vira de maneira agressiva?

Tipo, não foi o caso, a gente estava em grupo, mas se eu estou sozinho?
(GUILHERME)

Os relatos sugerem que apesar da Lapa ser um ponto de encontro para a comunidade LGBTQIAPN+ na cidade, a violência é um problema crônico no Rio de Janeiro e membros desta comunidade podem ser alvo de agressões, tanto por motivos de discriminação de gênero e orientação sexual, quanto pelas questões de periculosidade do local. O jovem gay, assim como qualquer outra pessoa, frente a todos os fatores de violência na cidade, pode acabar escolhendo passar a noite na casa de um amigo por preferência pessoal ou medo de discriminação e violência. Pode depender ainda da disponibilidade de opções seguras e inclusivas na região onde vivem, como exemplificado por Bruno:

Grande parte da minha vida eu não saía de casa, pois minha mãe era muito cuidadosa comigo, ela não me deixava muito sair, pois era muito preocupada comigo, o Rio de Janeiro é bem perigoso, então quando a maioria dos meus amigos saía para beber e ir às festas na madrugada, nada disso era uma opção viável pra mim de acordo com a minha mãe pra mim, então eu não tive essa experiência. Quando eu comecei a namorar, eu passava mais tempo na casa do meu ex, saíamos às vezes pra ir à Lagoa, ou no shopping, nada também muito badalado à noite. Daí eu nunca fui de curtir muitos roles a noite, de madrugada com bebidas, eu já não gosto de beber também. (BRUNO)

Em síntese, a procura por locais de sociabilidade é uma forma de encontrar e se relacionar com pessoas gays e compartilhar experiências lúdicas, sexuais, culturais ou políticas. No entanto, para muitos jovens gays, encontrar locais de sociabilidade seguros e inclusivos pode ser um desafio, pois ainda existe uma grande desigualdade de direitos e de aceitação social para essa população. Esses fatores, igualmente podem afetar a gestão do risco do HIV, como será abordado mais adiante.

De qualquer modo, interessa assinalar que os depoimentos apontam para a necessidade de se avançar na maior sensibilização e inclusão social dos jovens LGBTQIAPN+ para garantir as mesmas oportunidades de sociabilidade e de realização pessoal que os jovens heterossexuais. Para tanto, é preciso que haja mais investimento em políticas públicas que promovam a inclusão e a segurança desses segmentos sociais em todas as regiões do país.

4.4 CONHECIMENTO E COMUNICAÇÃO SOBRE HIV/AIDS

Após quatro décadas da epidemia de AIDS, já existe um conhecimento consolidado sobre os meios de prevenção e diagnóstico do vírus da AIDS e do tratamento decorrente da infecção do HIV; assim como importantes avanços no acesso aos recursos preventivos e medicamentosos. Embora a informação sobre o HIV/AIDS não seja suficiente para garantir

práticas de proteção, seu conhecimento é relevante para a prevenção e cuidado. Neste sentido, os jovens devem estar cientes acerca da oferta das diversas tecnologias de prevenção do HIV e de que existem tratamentos eficazes disponíveis, permitindo que as pessoas com HIV vivam com qualidade de vida e possam atingir uma carga viral indetectável que não permite a transmissão do vírus para outras pessoas. Devem igualmente saber que a AIDS não é mais uma doença fatal e que qualquer pessoa, independentemente de raça, gênero, geração ou orientação sexual, pode ser infectada diante de situações de exposição ao HIV.

Todos os entrevistados tinham noção do que significava o HIV e a AIDS. Além disso, muitos conseguiram diferenciar os dois termos e demonstraram ter um bom conhecimento sobre o tema. Todos afirmaram que a infecção tem como agente etiológico um vírus sexualmente transmissível. Com relação ao acesso às informações, grande parte dos entrevistados relatou que aprendeu durante a faculdade, por rede social ou através de amigos que tinham conhecimento sobre o vírus ou alguma das estratégias de prevenção. É importante lembrar ainda que grande parte dos entrevistados (11) está cursando o ensino superior. Como assinalado por Caíno (2007) a maior escolaridade está associada ao maior conhecimento sobre o HIV/AIDS.

É válido ressaltar também que os entrevistados foram chamados para participar da pesquisa após terem sido convidados para fazer a testagem para o HIV, o que já sugere uma noção prévia sobre o tema. Ademais, um deles (Thales) é voluntário de uma ONG focada no combate ao estigma de HIV/AIDS há 4 anos, o que favoreceu o acesso a diversas informações sobre o tema. Ele relata que utiliza tudo o que aprendeu nos anos de voluntariado para gerenciar melhor suas relações sexuais, exercitando conversas sobre prevenção e autocuidado com seus parceiros.

Eu tenho muitas informações por conta do meu voluntariado, que é de um trabalho de testagem de HIV/AIDS. Então vejo coisas sobre a diferença de HIV/AIDS, algumas pesquisas científicas e avanço da ciência em relação ao tratamento pro vírus, onde se acessa o tratamento, quais tipos de tratamento que tem métodos de prevenção para impedir a infecção pelo HIV. (THALES)

No que diz respeito aos métodos de prevenção, a maioria dos participantes citou a camisinha, como ilustra os depoimentos abaixo. Alguns comentaram sobre a PEP e PrEP ou o uso da testagem; mais adiante será detalhado sobre o conhecimento e experiência de uso dessas novas tecnologias de prevenção.

Acho que é importante antes mencionar a camisinha, né? No meu caso, sempre fui a pessoa que escolhia os meus parceiros ou as pessoas que eu tinha relações sexuais,

não era qualquer um, eu ia com a pessoa fazer testagem para HIV, tem muita gente que diz pra mim que isso é um método de prevenção (...). Tem o PrEP também... Sobre a AIDS, eu sempre tive muito medo de pegar então sempre fui muito precavido quanto a isso e ao mesmo tempo, quando fazia algum deslize, eu sempre ficava morrendo de preocupação e fazia 500 exames e não abria nenhum deles. Eu não abria com medo de ter uma resposta que eu não queria ter. Eu esperava uns dois meses para abrir pois eu sabia que não tinha nada acontecido, por que não tinha nenhum sintoma e estava tudo bem. (CAIQUE)

Eu acho que um método de prevenção que pode ser utilizado para impedir uma possível infecção é a PrEP e a própria PEP, que é a profilaxia pós exposição que se utiliza como prevenção em até três dias. E a PrEP é o antes, que você toma um remédio todo dia para não acontecer a infecção para o HIV. (THALES)

Prevenção eu conheço a camisinha ou quando vai ser aplicada uma vacina você então tem que sempre verificar se está abrindo uma seringa nova” (FRANCO)

Embora minoritário, foi observado alguns equívocos e informações incompletas, associadas a crenças e mitos que envolvem a infecção, como o relato de Roger:

Sei que a camisinha é uma forma de se prevenir e se a pessoa que você é próxima tem e não esta se cuidando tem que evitar usar o mesmo copo, se não me engano. Alguns tipos de contatos (...) como evitar beijar, tocar no machucado da pessoa acho também não pode. Se não me engano, mas também da pra fazer tratamento. Não conheço muitos, mas sei que o SUS oferece. (ROGER)

Roger é um rapaz de 23 anos que desde os seus 16 foi expulso de casa devido a sua orientação sexual. Com a ajuda de sua irmã, conseguiu aos poucos se reestruturar. No momento da entrevista estava dividindo o aluguel de um apartamento com um amigo e trabalhando como operador de caixa. Ele diz que não teve muito tempo para estudar, só se formou no ensino médio e parou desde então, pois era isso ou ficar com fome. Tal situação de vulnerabilidade exemplifica a desigualdade social presente em nosso país. Como afirma Leite (2015) “dentro de uma mesma cidade e amparadas pelas mesmas legislações e políticas, diferentes jovens não têm acesso aos mesmos direitos”. Nota-se assim, que a correlação entre baixas condições socioeconômicas e a discriminação das chamadas minorias sexuais impacta no menor acesso à prevenção e aos cuidados, ampliando as condições de vulnerabilidade ao HIV e, conseqüentemente, a gestão de risco.

No que fiz respeito a espaços de diálogo sobre o tema, como já salientado, a família tem um papel relevante na construção do entendimento da sexualidade dos filhos, bem como constitui um contexto privilegiado no desenvolvimento de atitudes e crenças, onde os exemplos transmitidos, verbalmente e não verbalmente, pelos pais e irmãos, assumem grande relevância no cotidiano desse indivíduo. A literatura evidencia que há uma resistência e dificuldade de comunicação entre pais e filhos. Os jovens afirmam que os pais não abordam

todos os conteúdos quando se fala sobre sexualidade, focando apenas nas consequências negativas do ato de se relacionar com outro. Ademais, há uma diferenciação da informação de cunho preventivo dependendo do gênero do filho. (BONELL, et al., 2006; DICLEMENTE et al., 2001; HUEBNER e HOWELL, 2003)

Considerando a maior vulnerabilidade ao HIV dos jovens com práticas homossexuais, ao abordar a ocorrência de relações sexuais desprotegidas entre os entrevistados, foi possível observar que tais situações estão associadas, em parte, ao não compartilhamento e diálogo com os pais sobre a homossexualidade. Somada a falta de conversa sobre saúde sexual ou desconhecimento sobre os riscos envolvidos nas práticas sexuais não protegidas em outros contextos, como ilustram os relatos a seguir:

Na época da escola eles não gostavam que eu levasse meninos lá pra casa pra passar dia, ou pra dormir. A minha mãe me proibia de eu entrar com menino dentro do meu quarto, só deixava se fosse menina. Minha mãe também já pegou eu ficando com um primo meu dentro de um banheiro de palha, e a gente viu que ela viu (...) como precisávamos ser rápidos, foi sem nada né, vai que alguém descobre a gente (...) Só que teve uma hora que a gente viu que ela olhava entre as palhas. Aí quando a gente percebeu, ela foi pra casa e ficou tratando a gente mal a noite toda, falando bem grossa, mas não entrou no assunto. (...) ela me acordou chorando, perguntando se ele tinha me machucado e tal, e eu acordei muito assustado, (...) mas aí foi nessa época que eu vi que ela sabia de alguma coisa. (MARCO)

Depois de terminar com meu ex, eu quis parar até de conhecer gente, então eu fiquei mais tempo sem nada, sem conversar, e tal, daí me deu uma curiosidade de entrar no Grindr. Certo dia entrei, conheci um rapaz e a gente começou a conversar. Com o avançar da conversa, começamos a falar putaria. Aí a noite ele veio e falou que iria me ver, e eu não acreditei. (...) Ai eu dei o endereço, ele foi e do nada veio. A intenção era não transar nesse dia pois nessa época morava com a minha irmã e minha mãe. Eu contei pra minha mãe quem era, que era um amigo. Dormimos na casa dela, daí amanheceu e antes de ir embora, acabou rolando sexo antes de ir trabalhar. Como eu tava na casa da minha mãe, tinha que transar sem fazer barulho, e como eu não saberia onde esconder a camisinha depois de usar sem ela descobrir, acabei não usando. (ROGER)

Os depoimentos reiteram que a exposição ao HIV e demais IST entre jovens gays é influenciada pelo estigma da homossexualidade, incluindo o contexto familiar e ao número de parcerias sexuais, mais comum no período da juventude (ASINELLI-LUZ e JÚNIOR, 2008). Em função do receio do estigma da homossexualidade, jovens gays se sentem obrigados a esconder sua orientação sexual no contexto familiar como uma forma de proteção e defesa contra a hostilidade. A falta de aceitação familiar pode prejudicar a saúde sexual e a bem-estar geral ao impossibilitar o diálogo, a busca de orientação e apoio, incluindo a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), tanto dentro de casa quanto em outros lugares. Isso pode levar a comportamentos de risco, como relações sexuais sem o uso da camisinha.

Os pais podem desempenhar um papel importante na educação sexual de seus filhos ao fornecer informações precisas e importantes sobre sexualidade e relacionamentos, bem como estimular comportamentos preventivos. Além disso, os pais podem ajudar a criar um ambiente de abertura e diálogo em casa, o que pode ajudar os jovens a se sentir confortáveis em perguntar e discutir assuntos relacionados à sexualidade (REIS, 2012).

Vale ressaltar que existem outros agentes educativos que ajudam nesse processo, desde informais, como os pares e meios de comunicação e redes sociais que transmitem atitudes e crenças, até as formais como a escola, por meio de intervenções estruturadas e sistematizadas. A ausência de referências dos jovens em relação ao acesso à educação sexual na escola e em outros espaços é uma questão preocupante. Durante o período em que esses jovens estavam fazendo o ensino médio, muitos não tiveram acesso adequado a informações e orientações sobre a sexualidade e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Muitas escolas não oferecem programas adequados para implementar esses tipos de atividades com eficácia, o que leva a uma falta de conhecimento e orientação sobre o assunto, como demonstrado no relato a seguir:

Desde que eu me entendo por gente, nunca ninguém veio até mim me dar orientação sobre HIV, nem na época da escola, nem com meus pais, tudo o que eu aprendi foi indo atrás, não lembro nem de uma campanha impactante de AIDS (DIEGO).

Outra razão é a existência de tabus culturais e religiosos em muitas sociedades. A sexualidade é vista como um tema tabu em algumas culturas, o que dificulta a discussão franca e aberta sobre o assunto. Isso pode ser ainda mais complicado quando há uma conotação religiosa associada ao tema, o que pode impedir que educadores e líderes comunitários discutam questões relacionadas à educação sexual.

Além disso, muitos educadores não recebem treinamento adequado para fornecer educação sexual de forma eficaz. Essa falta de treinamento pode levar a informações imprecisas ou incompletas sendo transmitidas aos jovens, o que não ajuda a prevenir problemas de saúde relacionados à sexualidade.

Por fim, existem preconceitos e discriminação relacionados à sexualidade que podem impedir a disseminação de informações precisas e completas. Alguns educadores ou membros da comunidade podem ter preconceitos ou discriminação em relação a questões de sexualidade, o que pode impedir a disseminação de informações precisas e completas.

A partir dos achados descritos, pudemos perceber como as relações familiares e a falta de acesso à espaços de aprendizagem e diálogo interfere diretamente na forma como as pessoas enxergam o HIV. Os relatos dos entrevistados evidenciaram que, em algumas

situações, a falta de conhecimento sobre o tema pode levar à exposição ao vírus, bem como a perpetuação de estigmas e preconceitos. Por outro lado, os depoimentos também mostraram como mesmo aqueles que possuem conhecimento sobre a prevenção ainda podem se expor ao risco de infecção devido ao estigma que envolve a questão, como vimos nos relatos de Roger e Marco. Neste contexto, a frase de Caio Fernando Abreu: "Prevenção é uma questão de informação, mas também de amor-próprio" ganha ainda mais significado. A prevenção do HIV não se resume apenas a informação, mas envolve uma mudança de comportamento e uma reflexão sobre a importância da proteção de si mesmo e dos outros. É necessário desconstruir estigmas e preconceitos que impedem as pessoas de se cuidarem e de buscarem informações precisas e confiáveis sobre o HIV.

Assim, é fundamental que o acesso à educação seja visto como uma ferramenta importante para a prevenção e combate ao HIV. É preciso garantir que as informações sobre prevenção, tratamento e convivência com o vírus cheguem a todos, independentemente de sua origem social ou econômica. A educação pode ser um agente transformador na luta contra o HIV, contribuindo para a redução da transmissão do vírus e para a promoção de uma sociedade mais inclusiva e igualitária.

Nesta perspectiva, a educação sexual desempenha um papel crucial na prevenção de comportamentos de risco e na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Para que a população tenha acesso a informações e conhecimentos relevantes sobre o HIV e o combate ao estigma, é fundamental que os governos implementem políticas públicas adequadas, capazes de fomentar espaços de diálogo sobre a AIDS nas escolas, nos serviços de saúde e na mídia, a fim de conscientizar a população sobre a importância da prevenção e do tratamento do HIV.

Além disso, os professores e profissionais de saúde devem ser capacitados para conversar abertamente sobre o assunto e orientar os jovens de forma clara e honesta, contribuindo para promover o respeito, a responsabilidade e a saúde sexual e reprodutiva. Devem ser considerados o conhecimento, os comportamentos e as condições de vulnerabilidade ao HIV, as motivações para mudar, bem como os fatores interpessoais e sociais que podem afetar a implementação de comportamentos preventivos. Portanto, é imprescindível que os governos invistam em políticas públicas de educação sexual, a fim de promover a saúde e o bem-estar da população e combater o estigma em relação ao HIV. É oportuno que essa educação esteja presente desde a infância e seja integrada às diversas áreas do conhecimento, proporcionando uma visão ampla e crítica sobre o assunto (REIS, 2012).

4.5 PROXIMIDADE COM PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS

As concepções do “outro” que vive com HIV têm tido algumas variações ao longo do tempo. Em um primeiro momento, o "outro" foi entendido como sendo de outra sociedade ou cultura, distante geográfica e culturalmente. Isso ficou evidente em discussões sobre a origem africana do vírus HIV ou em discursos que atribuíam a doença aos países desenvolvidos, tendo em vista que os primeiros casos foram identificados nos Estados Unidos. Em um segundo momento, com a identificação da AIDS como uma doença relacionada aos "grupos de maior vulnerabilidade", então denominados de grupos de risco, o "outro" passou a ser visto como um indivíduo com comportamentos considerados arriscados e desviantes. Nesse caso, a diferença em relação ao "outro" não foi relacionada à distância geográfica, mas a um comportamento decorrente de uma "opção" individual. É possível que haja uma sobreposição entre essas duas concepções do "outro", como é o caso das sociedades africanas tidas como promíscuas.

A proximidade e convívio com PVHA podem igualmente impactam na percepção dos sujeitos sobre a epidemia. No estudo de Knauth, Victora e Leal (1988) foi observado que a alta incidência de AIDS em uma comunidade criava uma familiaridade com a doença, que deixava de ser vista como uma condição que afeta apenas o “outro” e passasse a ser percebida como um problema capaz de afetar qualquer um, incluindo familiares e amigos próximos. Isso tornava a discriminação em relação aos portadores do vírus inaceitável, já que muitos deles poderiam integrar a rede de relações próximas, seja por parentesco ou vizinhança. No entanto, essa familiaridade com a AIDS pode levar a uma relativização das formas de transmissão do vírus, contribuindo para diluir a noção de risco e vulnerabilidade entre os moradores dessa comunidade. Ou seja, a alta incidência da doença pode ser percebida pelo caráter situacional da transmissão e não pelos meios de transmissão do HIV, resultando em um certo descaso em relação às medidas preventivas e, conseqüentemente, aumentar a exposição.

Tendo em vista que o convívio com uma pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA) pode influenciar o conhecimento e as visões sobre a AIDS, durante as entrevistas foi perguntado se eles conheciam, se já tinham conversado ou tido contato com uma PVHA. A maioria (9) das pessoas entrevistadas relatou não ter tido contato próximo com alguém que vive com HIV, e entre eles, alguns já tinham ouvido falar sobre o tema e outros referiram que suas opiniões têm por base matérias divulgadas na mídia, virtualmente ou através da imprensa. Tais relatos reiteram que as tecnologias de informação têm um papel fundamental no mundo atual, ao permitir o acesso e o compartilhamento de conteúdo, de maneira fácil e acessível, podendo impactar em vários aspectos da vida, como o trabalho, o estudo e as relações sociais.

As mídias sociais em particular têm se tornado cada vez mais populares como meio de comunicação e relacionamento, possibilitando que as pessoas se conectem e compartilhem conteúdo com outras pessoas ao redor do mundo em tempo real. É comum que os jovens tenham muitas perguntas e curiosidades sobre a vida, incluindo questões relacionadas às relações sociais, à sexualidade e ao gênero (NECO, 2022). Ao não conviver com a realidade de PVHA, algumas pessoas buscam o que é mais próximo para obter a informação, seja através de revistas, youtubers (criadores de conteúdo sobre algum tema na plataforma YouTube), ou das redes sociais. Os depoimentos são ilustrativos:

Hummm. Bom, se fosse um tempo atrás eu achava que seria mais difícil, mas eu já recebi várias notícias de desenvolvimento de tratamentos que estão ajudando a não ser mais transmissível ou com certos tratamentos e tratamento. Então acho que as pessoas já estão conseguindo viver uma vida melhor. Com esse tratamento, dizem. (...) Não está sofrendo tanto os efeitos do HIV, mas eles estão conseguindo controlar e não estão tanto tipo pegando muitas doenças facilmente, estão conseguindo até menos, sendo menos atacados por isso. (...) É que é o que eu já vi. Não sei se é verdade. Eu vejo em pessoas que tiveram HIV, que me mostraram em vídeos no YouTube, né? Eles falam que quando você trata a carga viral, ela diminui bastante a ponto de você ficar indetectável (FRANCO).

Uma vida normal, só que toma um remédio todo dia. Eu tenho uma revista, que é literalmente um galileu da Globo que é uma entrevista com um cara que tem HIV e é youtuber mas não estou lembrando o nome dele. Comprei por curiosidade há anos atrás. Era adolescente na época. É uma revista de divulgação científica em meio popular e tava falando sobre HIV (FREDERICO).

Guilherme não conhece alguém que vive com HIV, mas considera que o acesso à informação e ao tratamento do HIV é maior na região sudeste e nas grandes capitais do país. Nas cidades do interior tende a haver mais desinformação, preconceito e carência de recursos para o tratamento da AIDS.

É normal, tipo, a pessoa tem que tomar um medicamento, mas as pessoas tomam medicamento para várias coisas, então tipo, é tranquilo atualmente, bem tranquilinho se você tiver e também depende da região onde você mora, se você mora na Paraíba, por exemplo, lá tem um grande preconceito com pessoas que têm HIV, muito grande mesmo. (...) Sudeste tem muita facilidade. Quanto mais industrializado, quanto mais central, assim, é mais tranquilo de pegar as medicações (...) tipo, a gente já tem um contato maior com esse tipo de informação, entendeu? Porque tem alguns lugares que realmente não se conversam nas escolas, não tem esse contato por uma questão tanto política quanto social, tem lugares onde a religião é maior e simplesmente domina. Então, tipo, se você tem um lugar onde a religião domina, você vai ter um preconceito maior, porque já é visto como punição divina. Em alguns lugares isso é absurdo (GUILHERME).

A fala de Guilherme converge com as reflexões de Feitosa, Silva e Zacarias (2020) sobre as dificuldades de ser um homem gay no interior do Nordeste, quando comparado ao interior de outras regiões em função da homofobia, alimentada por religiosidades

conservadoras e por padrões morais. Tais fatores contribuem para uma vivência clandestina entre os homossexuais e um maior silenciamento em relação à AIDS, incluindo maior dificuldade de realizar o diagnóstico e cuidado do HIV.

Dentre os entrevistados que conhecem PVHA, Thales relata que tem contatos frequentes com amigos com HIV que compartilham a importância da adesão ao tratamento, o desenvolvimento da infecção de forma crônica e os efeitos colaterais das medicações. Mas, seus relatos atestam que a persistência do estigma relacionado a AIDS é um problema que causa sofrimento, limita as condições e a qualidade de vida e contribui para a manutenção do segredo do diagnóstico do HIV em certos contextos. O depoimento de Caique, por sua vez, remete para experiência positiva com um parceiro sexual que compartilhou seu diagnóstico positivo para o HIV e sua condição de estar indetectável em função do tratamento. Tal situação favoreceu sua compreensão sobre o viver com HIV, presente na vida de outras pessoas conhecidas. Seu contato com o universo de mulheres trans HIV positivas e trabalhadoras sexuais, igualmente foram importantes para compreender as implicações perversas do estigma do HIV, mesmo havendo adesão ao tratamento por parte delas.

Tenho muito contato com pessoas que têm HIV. Eles costumam relatar para mim como que é a vida de quem vive questões da medicação, os efeitos colaterais de poder ter o remédio, como a questão da memória (...) mas também aborda muito sobre a questão que principalmente envolve HIV e AIDS, que é o preconceito, o estigma, que é uma coisa que permeia a sociedade desde a epidemia de HIV nos anos 80 (...) Atualmente com a medicação, acho que a pessoa consegue ter uma qualidade de vida muito boa. Mas eu repito que ainda existe o preconceito, o estigma que complica e leva essa pessoa ter uma qualidade de vida menor e vem ter sua integridade mental e física também abalada. (...) É muito complicado contar sua sorologia aos seus parceiros ou família. (THALES).

O menino que eu ficava sempre foi muito aberto comigo em relação a isso, eu nunca cheguei a perguntar para ele nada sobre isso, acho que isso não é uma coisa que se pergunte também. (...) quando ele me contou que ele é soropositivo, e que estava com a taxa de transmissão quase nula e que não transmitia, e também falou que pegou de um ex-namorado (...) logo que descobriu já foi atrás de tratamento não deixou aquilo levar ele para um caminho negativo, onde normalmente as pessoas se afundam num buraco. E hoje em dia está vivendo normalmente como qualquer outra pessoa, graças a Deus. (...) Isso nunca mudou minha relação com ele, também porque já tive contato com outras pessoas que tinham HIV (...) como eu vivia num meio onde era uma coisa comum de ter, por exemplo, quando vim morar aqui em Belford Roxo, eu sempre pegava muito tarde na faculdade, eu ficava num ponto muito longe, então acabei fazendo amizade com as travestis que ficavam nesse ponto e, tipo, a maioria delas eram soropositivas, então a gente conversava muito sobre isso. Quando a gente tava mais sentado no ponto de ônibus, fumando um cigarro com todos nós juntas, então, tipo, eu acabei escutando muito sobre a experiência das pessoas. (...) A maioria delas falavam a mesma coisa que viver com aquilo era difícil, mas não no sentido de saúde, porque elas se tratavam, era mais no sentido de preconceito das pessoas, pois além delas serem travestis, também eram soropositivas. (...) Elas não conseguiam criar relações com as pessoas, não tinham como ter a facilidade de pessoas como eu, que sou um gay cisgênero e tenho maior abertura para entrar em relacionamentos do que uma travesti soropositiva. Então ela

dizia que para ter essas relações era muito complicado devido as críticas pesadas. (...) Essa história de uma reverberava para uma história da outra que era praticamente idêntica, e eu vi que as pessoas se afastavam somente por serem soropositivos (CAIQUE).

A fala de Pablo, reitera a relevância da adesão ao tratamento e dos efeitos da persistência do estigma da AIDS e nos remete para outro fator relativo ao viver com o HIV que é o receio da morte e os impactos negativos da falta de uma rede de apoio.

É nunca se esquecer de tomar o remédio. (risos) Eles sempre tocam nesse assunto, mas tem toda uma questão do estigma social, que é a grande questão do HIV hoje (...) falam muito sobre medo da morte também, sei disso porque as pessoas que eu conheço são psicologicamente afetadas pela condição do HIV (...) eu tenho um amigo meu, que é da militância da luta contra o HIV, diz que ele tem contato com toda a comunidade, mesmo assim ele às vezes se sente desesperado. Ele é uma pessoa que eu considero extremamente esclarecida sobre o tema e mesmo assim ele se encontra com medo muitas vezes. Medo da morte e as outras pessoas que eu conheço que tem HIV, elas não tem suporte, porque eles simplesmente não têm nenhum tipo de rede de apoio, nem nada (PABLO).

A despeito do acesso ao tratamento no prolongamento da vida, os entrevistados apontam para os desafios de viver com HIV, expresso pelo medo da morte, pela preocupação com a possibilidade de uma vida curta, pela incerteza sobre o futuro, pela sensação da solidão e isolamento social. Ou seja, apesar dos grandes avanços no tratamento e no acesso ao cuidado, o medo da morte no cotidiano das pessoas vivendo com o HIV ainda é presente no imaginário dos indivíduos (MUNIZ e BRITO, 2023). Segundo Pacheco dos Santos et al. (2019), tal temor configura-se como uma ameaça constante, sendo lembrado todas as vezes que essa pessoa esquece de tomar a medicação ou vê algum parente próximo ou uma pessoa famosa morrendo. A imagem de desamparo com relação às PVHA é retratada por Pablo a partir de um estágio na Justiça Federal:

Eu fiz estágio durante dois anos na Justiça Federal, num gabinete que tratava sobre questões previdenciárias. Tem uma jurisprudência que diz que pessoas que vivem com HIV, se for comprovado que o estigma social gera falta de oportunidade de emprego, ela tem direito a receber aposentadoria por invalidez ou auxílio doença de forma indeterminada. E aí eu peguei muitos casos assim, e esses casos eles tem audiências presenciais que são gravadas e tal. A gente para ajudar o juiz acaba assistindo as audiências e eu acho que a percepção que eu tenho em relação ao HIV é a partir do que eu ouço na convivência com meus amigos, mas também da experiência que eu tive trabalhando com casos que tratavam de pessoas que vivem com HIV. O estigma social é massacrante. Assim, eu peguei um caso uma vez de um cara que ficou uns trinta anos sem trabalhar. Ele trabalhou em “1900 e lá vai pedrada” numa pizzaria de seu amigo, e ele trabalhava escondido porque as pessoas da cidade sabiam que ele tinha HIV, então ele não podia aparecer. E aí ele foi demitido porque as pessoas começaram a falar que na equipe daquela pizzaria tinha um, é... aquele nome horroroso que se refere às pessoas que vivem com HIV. Enfim, eu acho desesperador (PABLO).

É importante salientar que essas experiências parecem ter gerado em Pablo um grande temor em relação a ser infectado pelo HIV. Após ter uma relação sexual com uma pessoa que apresentava alguns sintomas, considerados típicos dessa infecção, passou a se testar com regularidade e começou a ter receio de ter relações sexuais.

Eu tenho muito medo, inclusive. Eu comecei a me testar porque uma vez, há muito tempo atrás, eu fiz sexo com um cara que ele tinha tido tipo aqueles sintomas clássicos de início de infecção, tipo inflamação dos gânglios, perda de peso, o aparecimento de manchas no corpo e tal. Falei pronto, peguei HIV. Então eu não sei se é efeito rebote psicológico, mas cada vez que eu me testo eu percebo que eu tenho mais receio de fazer sexo. (...) Eu inclusive já tive vários episódios de não conseguir ficar excitado. Eu morro de medo de várias ISTs, eu já tive situações de eu marcar com um cara do Grindr, e como ninguém usa a camisinha para fazer sexo oral, a gente não usou também né, mas eu não consegui continuar o sexo porque bate uma neurose na hora. Tipo, eu mandava o cara embora porque não tava rolando. (...) Eu faço muito, muito, muito, muito, muito pouco sexo com penetração, mas quando eu faço, eu sempre uso o preservativo, pois me dá arrepios o HIV (PABLO).

O caso de Pablo ilustra que o conhecimento e proximidade de situações de estigma envolvendo PVHA pode impactar no medo de ser infectado, no exercício da sexualidade e na gestão do risco. Na sua visão quanto mais velha a pessoa mais ele fica preocupado de contrair alguma IST, pois a vida inteira ouviu que o momento mais crítico do HIV foi na década de 1980. Assim, quando ele se relaciona com rapazes de 40 anos, imagina que estes têm mais chances de ter alguma IST do que pessoas mais jovens, que iniciaram a vida sexual a pouco tempo. Como já citado, os dados do Boletim Epidemiológico de 2022 não convergem com esta ideia de Pablo, ao assinalar o crescimento de casos de HIV na faixa de 15 a 24 anos. reiterando a necessidade de ter espaços de aprendizagem e diálogo sobre o tema.

No que diz respeito às experiências relacionadas ao HIV, Caíque tem muito medo de contrair o vírus devido às histórias que sua mãe, enfermeira, contava sobre o atendimento de pessoas com AIDS. Sua mãe relatava o quão triste ficava ao comunicar a morte de seus pacientes que viviam com o vírus. Essas histórias, que foram contadas para Caíque, fazem com que ele tenha uma grande apreensão em relação ao tema do HIV e a ideia de ter o vírus é assustadora para ele.

Segundo os relatos, o convívio diário com alguém que vive com HIV pode proporcionar uma maior compreensão das questões médicas, emocionais e sociais que os indivíduos enfrentam. Isso pode incluir a necessidade de acompanhamento médico regular, adesão a medicamentos antirretrovirais, e lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos. Também pode incluir as dificuldades emocionais e sociais decorrentes do estigma associado

ao HIV, como o medo do preconceito, discriminação e rejeição. Além disso, a convivência com pessoas que vivem com HIV pode oferecer oportunidades para reduzir o estigma associado à doença. O contato regular com pessoas que vivem com HIV pode ajudar a quebrar estereótipos e reduzir o medo e a desinformação associados à infecção. Isso pode, por sua vez, ajudar a promover uma maior aceitação social dos pacientes com HIV, o que pode contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida e saúde mental.

No entanto, há também aspectos negativos associados à percepção de conviver com alguém que vive com HIV. Um dos principais problemas é o intenso estigma associado à AIDS, que pode levar a sentimentos de medo, vergonha e culpa, tanto para os PVHA quanto para aqueles que convivem com eles. Outro aspecto negativo é que a percepção do estigma pode criar um maior medo de contrair o HIV em pessoas que não têm o vírus e comprometer o exercício da sexualidade, como vimos nos relatos de Pablo e Caique.

4.6 PRÁTICAS SEXUAIS: DIVERSIDADE, FLUIDEZ E HIERARQUIAS DE GÊNERO

Por meio dos relatos das experiências afetivas e sexuais dos jovens, ao longo das entrevistas, havia o propósito de conhecer aspectos da trajetória de vida e do cotidiano que poderiam influenciar as negociações e práticas voltadas para a prevenção ao HIV. Neste sentido, foram exploradas quais os tipos de práticas sexuais que eram exercidas pelos entrevistados.

Antes, cabe mais uma vez reiterar que a sexualidade gay masculina sustenta uma condição de distinção em relação à heterossexualidade normativa, colocada muitas vezes como algo natural, gerando a reprodução de um regime dominante de vida sexual na sociedade ocidental (FERRARI, 2021). Ademais, existem diferenças nos papéis assumidos nas interações homossexuais, classificados nas seguintes categorias: ativo (aquele que penetra), passivo (aquele que é penetrado) ou versátil, que é uma palavra utilizada na comunidade LGBTQIAPN+ para descrever alguém que pode desempenhar tanto o papel ativo quanto o papel passivo em uma relação sexual. É uma forma de expressar a flexibilidade e a adaptabilidade sexual de uma pessoa. Dentro da categoria "versátil", existem duas subcategorias: "versátil ativo" e "versátil passivo". Um "versátil ativo" é alguém que prefere assumir o papel ativo na maioria das relações sexuais, mas também está disposto a ser passivo quando necessário. Por outro lado, um "versátil passivo" é alguém que prefere assumir o papel passivo na maioria das relações sexuais, mas também está disposto a ser ativo quando necessário.

É válido lembrar que o homem gay que assume o papel de passivo, muitas vezes é desqualificado por ser associado à posição feminina. Nesse sentido, a ideologia dominante reitera o estigma que atribui ao papel de ativo o valor normativo. Assim, o ativo estaria correlacionado à função sexual de homem heterossexual e o passivo ligado a ideia da mulher heterossexual (FERRARI, 2021).

Os discursos encontrados nas entrevistas convergem com a literatura sobre a generificação dos corpos. Ao perguntar sobre as relações sexuais, seis se declararam como ativos, dois como versátil ativo, dois como versáteis, quatro como versáteis passivos e um como passivo. Os jovens reconhecem o estigma social do passivo sexual no mundo gay, em que o passivo é dominado, como podemos ver na fala de Guilherme:

Eu sou ativo sexualmente, tipo até esse relacionamento eu nunca tinha sido passivo com ninguém (...) quando era solteiro, eu só saía com pessoas que ou eram fisicamente mais fracas que eu, ou saía com caras mais velhos, mas que nitidamente fossem passivos e eu conseguiria ter o controle da situação (...) eu sei que sendo passivo você vai estar mais vulnerável porque a pessoa vai estar com alguma coisa dentro de você, entendeu? Tipo, se a pessoa quiser ir com mais força e te machucar, você está vulnerável, e como eu gosto do controle, não cogito ser passivo (GUILHERME)

O depoimento ilustra como os termos ativo e passivo sugerem uma ideologia de dominação e submissão, que instaura uma relação hierárquica entre quem é penetrado e quem penetra (MISSE, 1979). Muitos dos entrevistados comentam sobre como esta hierarquia afeta suas relações sexuais. Segundo Paulo, pela facilidade de ser submisso e deixar com que o outro tome as decisões, acaba sendo passivo e se tornando a disposição do outro. Ele afirma que existem níveis diferentes de dominação e que não gosta da humilhação, que é uma das formas de se mostrar dominante ao outro, mas de fato sente atração ao ser conduzido, como numa dança:

É muito mais uma coisa gestual de segurar, agarrar, jogar, virar, decidir o que vai acontecer no próximo passo. O que é mais ou menos o que eu sinto numa dança, é muito mais confortável ser conduzido, porque a pessoa está decidindo o que ela vai fazer. Ser condutor dá muito mais trabalho e eu desenvolvi prazer por ser conduzido na dança, vamos dizer assim. Mas eu sou uma pessoa muito insegura nisso, eu não vou conseguir conduzir sem eu ter certeza que eu sei o bastante para não deixar o meu conduzido entediado (PAULO).

Nesse caso, nota-se a insegurança de Paulo em exercer a função sexual de ativo, na qual é atribuído o controle e o manejo da situação. Marco, que se declarou versátil passivo, disse que um de seus fetiches é a dominação; ele esperava ansiosamente encontrar alguém que

suprisse esse desejo, mas ao experimentar essa situação, percebeu que não era exatamente isso que queria:

Conheci um menino e ele era dominador, achei excitante e fiquei com vontade de ficar com ele, só que toda vez que a gente tinha relação, sempre ele era assim e depois de um tempo isso deixou de me dar tesão e começou a me irritar. (...) Eu queria transar sim, mas queria algo normal, o feijão com arroz e depois dormir e trocar carinho, eu gosto que ele me bata, mas hoje eu não queria ser tratado dessa forma, porque tava deprimido, então larguei ele (MARCO).

A partir das falas dos entrevistados nota-se que as posições sexuais assumidas são contextuais e podem ser mudadas; os que são ativos hoje podem, no futuro, assumir o papel de passivos e vice-versa. Alguns entendem esse processo como algo fluído, que varia da relação com cada pessoa. Tais aspectos revelam particularidades sobre o exercício da sexualidade que precisam ser considerados nas ações voltadas para a gestão do risco e prevenção do HIV e demais ISTs.

Outro ponto que chama atenção nas falas dos entrevistados é a quantidade de pessoas que assumem a prática Gouine por motivos diferentes. Gouine é definido como as relações sexuais que não se restringem aos genitais e, conseqüentemente, a penetração. Esse movimento se popularizou por causar um senso de pertencimento para quem simplesmente não gosta de penetração, independente da sua sexualidade (ALVARENGA, 2022). Entre os entrevistados, temos situações como a de Theo, que se diz ativo mas, quando tem encontros com outros rapazes, também ativos, considera que a prática Gouine atende suas necessidades. Já para Pablo, a prática Gouine o satisfaz devido ao seu temor de contrair o HIV ou outras IST. Como já dito, ele evita ao máximo a prática da penetração e diz que esse movimento tem sido cada vez mais forte no mundo gay:

Inclusive quando eu tô disponível pra transar e tal, é bem fácil achar uma pessoa que esteja disposta a fazer sexo sem penetração. Tipo de quando marco no Grindr e chamo pra vir aqui em casa, eu sei que a pessoa pode não estar preparada e não fez a chuca. Fazer sexo com penetração dá muito trabalho, entendeu? A experiência que eu tenho diz que o sexo com penetração envolve um nível de intimidade muito grande e um nível de confiança. Tipo assim, eu não sei se eu vivo num mundo paralelo, porque a impressão que eu tenho é que cada vez mais os caras gays estão preferindo fazer sexo sem penetração, e eu adoro (PABLO).

Já Roger relata ser versátil passivo, mas muitas vezes a penetração é atrapalhada pelo seu nervosismo. Ele afirma que prefere muito mais a prática de Gouine.

Às vezes não consigo relaxar tanto quando sou passivo, daí quando começa a doer eu peço para parar, e eu também quando penso que posso em algum momento ser

ativo, acabo não ficando ereto. Acabo ficando nervosinho, daí acaba não rolando muita penetração. Fica só pela brincadeira, o que também gosto (ROGER).

Na abordagem sobre formas de se relacionar sexualmente foi referida a identidade de demissexual, já definido como pessoas que só se relacionam sexualmente quando há a construção de uma conexão profunda e significativa. Apenas dois participantes se declararam demissexuais, mas há relatos de outros seis entrevistados que evitam ter relações sexuais casuais. Um dos motivos alegados refere-se à construção de um fetiche baseado na intimidade com um ou mais parceiros; também há a situação de enxergar o ato sexual como algo que não deve ser feito com “qualquer pessoa”.

Já rolou sexo casual, mas para mim nunca foi a melhor das experiências. Pra mim sempre é meio insosso. Eu gosto de alguém que me entretenha e goste de encontro. A questão é que eu quero uma atividade que seja lúdica e seja divertida para mim e o sexo pode ser a cereja do bolo, ou não. Tem vezes que eu posso dizer que tenho tesão, mas só ter um tesão em satisfazer ele no sexo casual para mim é meio insosso. No final não fico satisfeito de verdade, sabe? O tesão passa, e sobra o que depois? Agora eu estar com tesão, e eu saio pra comer uma pizza e depois transar, aí sim! (PAULO).

Outro motivo segundo os relatos dos entrevistados é a ideia da demissexualidade como uma forma de prevenção. A demissexualidade, por sua própria natureza, pode influenciar a forma como os demissexuais abordam a prevenção de IST/HIV. Como eles requerem uma conexão emocional significativa antes de se envolverem sexualmente com alguém, é provável que já tenham estabelecido uma base sólida de comunicação e confiança com seu parceiro.

Acho que uma coisa realmente boa sobre ser demissexual é que podemos ter conversas abertas e honestas sobre saúde sexual. Quando desenvolvemos um vínculo emocional forte antes de nos envolvermos sexualmente, é mais fácil falar sobre coisas como sexo seguro e fazer testes regulares para HIV. Podemos discutir nossas preferências, limites e até mesmo decidir fazer os testes juntos, o que realmente fortalece a confiança e a segurança no relacionamento. É incrível como essa base sólida nos permite ter essas conversas importantes, não é mesmo? (MARCELO).

É importante notar que evitar relações sexuais casuais é diferente de ser demissexual. Algumas pessoas podem optar por não ter relações sexuais casuais. Mas, não significa que necessitam de uma relação profunda, como podemos ver o caso de Paulo. Ele não gosta de encontrar alguém só para ter relações sexuais, mas se acontecer algum encontro em que haja uma troca entre os dois, conhecendo mais sobre o outro, a relação sexual pode acontecer.

Eu e meu namorado não transamos até agora por uma questão, a gente gosta de se conhecer, de levar o sexo como uma entrega. Eu fico até um pouco sem graça, mas

assim, eu acho que tudo parte de uma intimidade, acho que quando rolar, pode até acontecer sem camisinha, pois já estaremos íntimos para ter a relação sexual. No máximo já rolou sexo oral, entendeu? Mas nunca a penetração (DIEGO).

As entrevistas com os jovens revelam aspectos importantes sobre a sexualidade gay masculina e suas negociações no cotidiano. As diferenças entre os papéis de ativo e passivo são significativas, com o primeiro sendo associado ao valor normativo da masculinidade e o segundo sendo estigmatizado como uma posição feminina e vulnerável. Os entrevistados reconhecem essa hierarquia e como ela afeta suas relações sexuais, com alguns se sentindo mais confortáveis em serem conduzidos e outros desejando exercer o controle. A ideia de dominação e submissão permeia a sexualidade gay masculina, com alguns entrevistados explorando fetiches de dominação.

Essas questões mostram como a sexualidade é diversa e influenciada pelas normas e estereótipos de gênero e como as pessoas negociam suas identidades e práticas sexuais. Na complexidade envolvida na conformação do desejo, a posição de "submissão" pode levar a práticas sexuais que envolvem riscos, como a penetração anal sem preservativo, se esse for o desejo da figura dominante. Esse efeito pode ser percebido como resultado da busca pelo prazer através da submissão à dominação. Tais aspectos apontam que muitas vezes os discursos preventivos não consideram a diversidade e as hierarquias envolvidas nas práticas e desejos sexuais, adotando uma mensagem padronizada e normativa com um alcance limitado. Mais uma vez, cabe reiterar a relevância de promover espaços de diálogo e aprendizagem relativas à gestão do risco do HIV.

4.7 APLICATIVOS PARA ENCONTROS E INTERAÇÕES SEXUAIS E LOCAIS PARA FAZER SEXO

Como relatado, as experiências sexuais são diversas e marcadas pelas relações sociais, familiares, redes de sociabilidade e contexto de vida. No caso das relações homossexuais, elas assumem algumas particularidades frente à homofobia e ao predomínio da heteronormatividade. Um aspecto presente na literatura e igualmente notado em vários depoimentos dos entrevistados, diz respeito ao uso de aplicativos voltados para encontros e interações sexuais entre homens gays.

No atual processo de transformação tecnológica, as mudanças sociais são inevitáveis e as mídias sociais têm recebido grande importância. Os sites e aplicativos online são uma vitrine social que tem reconfigurado as relações sociais. O mundo virtual foi adaptado do mundo material, oferecendo um campo fértil de possibilidades e alcances antes limitados. As

relações amorosas virtuais são agora uma possibilidade lógica diante de uma sociedade fluida e instantânea. Aplicativos como *Tinder* e *Grindr* têm transformado as formas de relacionamento, permitindo que as relações sejam construídas através de uma tela, com base em informações de perfil ou imagens, muitas vezes de simples avatares. (BORGES, et al., 2022)

Entre os entrevistados, os aplicativos *Grindr*, *Tinder* e *Instagram* foram os mais citados, mas cada um tem uma funcionalidade. No *Grindr* as pessoas com o aplicativo instalado e próximos a você podem mandar mensagens sem nenhum tipo de restrição. Ademais, existem espaços na descrição para a pessoa relatar se vive com HIV ou não, se utiliza PrEP, se as vacinações estão em dia, dentre outras funções. No *Tinder* você não precisa necessariamente estar próximo da pessoa. Mesmo estando a quilômetros de distância, se ambos gostarem um do outro, é liberado que conversem para se conhecer. Já o *Instagram* não tem a função inicial para relacionamentos, mas, devido a ferramentas como o bate-papo e a busca por seguidores em sua rede social, permite com que interações sejam realizadas, sendo também utilizado para encontros amorosos e sexuais.

Tais aplicativos de relacionamento são mais usados pelos entrevistados para flerte e criação de relações amorosas. Festas ou blocos de carnaval são referidos de forma mais pontual. Vários dos entrevistados consideram que o *Grindr* é útil para quem busca o sexo casual, enquanto o *Tinder* seria mais voltado para aqueles que desejam estabelecer relacionamentos. Contudo, muitos encontraram seus namorados e amigos através no *Grindr*. Segue algumas falas que ilustram as motivações e usos desses app:

Eu uso o *Grindr* né, mas na maioria das vezes eu sinto que não flui porque as pessoas querem algo sempre muito rápido, e eu não funciono assim. Às vezes acaba gerando mais amizades legais com as pessoas que a gente acaba conhecendo. (...) Eu acho que isso é um método de prevenção também, porque saber se a pessoa se cuida, conhece a pessoa e tal e também tem o lado do perigo de encontrar alguém que você não conhece e pode ser alguém com mais intenções (GUILHERME).

Depois de um tempo eu comecei a não me sentir bem no *Grindr*. Querendo ou não, precisava criar uma conexão para eu ter aquela vontade de transar, então meio que não funcionava tão bem para mim. Então eu fiquei mais para o *Tinder*, que tinha que ter aprovação das duas partes pra poder conversar, era mais fácil se conectar. Na verdade, eu usei o *Tinder*, nem era para namoro, eu estava querendo achar amigos (FRANCO).

Frederico, que se define como bissexual, utiliza os aplicativos *Grindr* e *Instagram* para falar apenas com homens, pois sente que nesses ambientes virtuais as mulheres são mais difíceis de relacionar, enquanto com homens é mais prático. Já em ambientes como festas universitárias, ele só tem olhos para mulheres, pois percebe que é um ambiente propício para

isso. Sua fala sugere que em relações entre homens e mulheres, o acordo social estabelecido é o de homens irem atrás para conquistar as mulheres, enquanto numa relação com dois homens essa via é recíproca, sendo mais facilitada.

Paulo e Nicolas mencionam a existência de amizades com contato sexual, mas sem envolvimento romântico, denominada de "amigo com benefícios". Paulo descreve essa relação como "aquela em que a gente transa, né? E é engraçado porque eu tenho dois amigos com benefícios no Rio e um em Brasília (...) Essa pessoa se torna a pessoa certa para ter relações sexuais, mas ainda mantemos a amizade". Esse tipo de relacionamento apresenta acordos específicos, como a não exigência de exclusividade nas interações sexuais. No entanto, devido à frequência com que ocorrem as relações sexuais, por vezes, o uso de preservativos pode ser negligenciado. Segundo os relatos, alguns entrevistados consideram que é mais seguro ter relações sexuais com essa pessoa, mesmo sem saber com quem ela mantém relações sexuais ou se utiliza preservativos com outras pessoas.

Para Marcelo, as chamadas amizades com benefícios fogem da lógica de um conceito romântico monogâmico, onde a falta de comprometimento com uma única pessoa resulta em relações superficiais. Ele acredita que essa ausência de aprofundamento e maturidade nas relações já se tornou comum nos relacionamentos homoafetivos. Afirma que suas relações são superficiais e percebe que a não-monogamia pode ser uma forma de exposição maior, já que ele tem contato com mais parceiros do que numa relação monogâmica. Ele se identifica como demissexual e afirma que encontra muitas dificuldades para estabelecer relações com parceiros por causa da cultura gay, que valoriza relacionamentos mais superficiais. Alguns autores concordam com as opiniões de Marcelo e afirmam que a presença da urgência nos relacionamentos faz com que o amor "à la carte" se torne uma parte natural da rotina, e que os aplicativos podem contribuir para essa sensação de amor líquido (BORGES, et al., 2022).

É uma pessoa que não assume compromisso com você, mas está sempre disponível para você, para poder entender e fazer algumas coisinhas fofas, aliviar a carência um do outro, mas nada muito sério. (...) porque é uma coisa muito rasa e tem facilidade de acabar. Hoje em dia tudo tem facilidade de acabar. (...) Porque nós estamos numa era de amores líquidos, sabe? É muito difícil você ver um casal junto há muito tempo, muito difícil. E eu fico deslumbrado quando eu vejo principalmente casais gays juntos por muito tempo. Eu acho lindo e gostaria que mais fossem assim. Mas, hoje em dia é uma coisa que faz parte da Gay Culture, como falamos. Esse negócio de você nunca estar satisfeito com ninguém, não se apegar, não ter compromisso com ninguém, porque sempre vai aparecer alguém melhor, uma opção melhor, um corpo melhor. É uma coisa muito rasa, como eu te falei um ponto de vista muito superficial (MARCELO).

Como uma pessoa autodefinida como demisssexual, Marcelo deseja conexões emocionais mais profundas para desenvolver atração romântica e sexual. O que muitas vezes é dificultado pelo fato dele não se sentir confortável com a ideia de relacionamentos livres, que não eram comuns em seu ambiente social. Ele enfrenta dilemas e obstáculos ao tentar estabelecer relações mais significativas em um ambiente que, segundo ele, “não apoia” sua abordagem individual em relação ao sexo e relacionamentos. Além disso, Marcelo levanta questões sobre a percepção da exposição sexual associada a ter múltiplos parceiros, como citado a seguir:

Olha, a primeira coisa que quero deixar bem clara é que a exposição sexual desprotegida e ter múltiplos parceiros aumenta, sim, o risco de contrair o HIV/AIDS. É uma realidade, meu amigo. Quanto mais parceiros sexuais a gente tem, maior é a probabilidade de nos envolvermos em situações de risco, como sexo sem camisinha ou sem outras formas efetivas de prevenção. (...) Eu entendo que cada um faz suas escolhas e tem sua liberdade sexual, mas é importante estar ciente dos riscos e tomar as devidas precauções. Eu sei que usar camisinha pode não ser tão "cool" ou prazeroso quanto o sexo sem proteção, mas, acredite, é uma das melhores formas de se proteger do HIV (MARCELO).

Embora a frequência de atividade sexual seja muitas vezes correlacionada a maior exposição, é importante lembrar que a prevenção adequada, adaptada às necessidades individuais, é fundamental para reduzir o risco de infecções sexualmente transmissíveis. Indivíduos que se envolvem em relacionamentos sexuais com múltiplos parceiros, mas que utilizam métodos preventivos adequados, podem estar mais protegidos do que aqueles que não utilizam nenhuma forma de prevenção e têm relações sexuais com apenas uma pessoa.

Seguindo essa linha, Marcelo também critica a não-monogamia, aqui definida como relações livres nas quais os indivíduos são considerados autônomos para expressar e realizar seus desejos afetivos e sexuais, podendo ter relações casuais ou duradouras, independentemente de outros relacionamentos. As relações livres enfrentam a monogamia compulsória com uma premissa remoralizadora, evidenciando o desejo de estabelecer novas normas. Nesse "novo regime da sexualidade", quaisquer manifestações da sexualidade que sejam consensuais e não coloquem a si ou a terceiros em risco são vistas como dignas de respeito. Os valores da liberdade e do consentimento são enfatizados, o que reforça a ideia de "liberação" e "democracia" sexual (PILÃO, 2022).

No âmbito das relações livres e dos acordos nas interações sexuais, Bruno, que não usa camisinha, comenta as características observadas nas conversas no *Grindr* e *Tinder*, relativas à identificação, atração física, histórico de práticas sexuais, número de parceiros, que possibilitam uma certa avaliação sobre segurança e risco da relação:

Eu utilizo aplicativos como *Grindr* e *Tinder* pra conhecer as pessoas, mas eu tenho alguns critérios (...), por exemplo, o quão amigável parecia essa pessoa de início, apta, o quanto ela combinava com a gente. (...) apta no caso é uma pessoa que supra minha expectativa, que se dê bem comigo, que também seja visualmente atrativa. E também eu acabo por procurar saber como é a vida sexual da pessoa, pois se ela tiver uma vida sexual muito ativa, ou se ela tava muito online no *Grindr*, eu já ficava receoso por conta das IST, por já saber que eu não uso camisinha também (BRUNO).

A seleção de parceiros sexuais com base em critérios comportamentais é uma estratégia utilizada tanto por Bruno, quanto por outros entrevistados. A formulação desses critérios é diretamente correlacionada a percepção subjetiva dos participantes de possíveis fatores de proteção mediante uma prática de exposição ao risco. Essa abordagem pode ser vista como uma forma de reduzir o risco de contrair IST, uma vez que os indivíduos podem escolher parceiros que atendam aos seus critérios e que sejam menos propensos a estar infectados. É importante ressaltar que do ponto de vista médico essa estratégia pode não ser totalmente eficaz na prevenção de IST, uma vez que muitas vezes essas infecções não apresentam sintomas e podem ser transmitidas por pessoas aparentemente saudáveis. Tal dado nos remete para a noção de proteção ao HIV/demais IST associada à aparência física (associada à beleza, limpeza) e à percepção de proximidade e conhecimento, historicamente presente em estudos sobre o tema, que igualmente precisam ser considerados nas ações de prevenção.

No que diz respeito aos locais onde os entrevistados têm práticas sexuais, alguns comentam que não conseguem fazer sexo nas suas casas e buscam alternativas diversas, como a casa de amigos. Quem mora sozinho, tem mais condições de usar a própria casa, aumentando a frequência das relações. Os relatos são ilustrativos:

Minha amiga trabalha das 14h00min as 23h00min, então quando chego às 18h00min, tenho até as 23h00min pra ficar livre sozinho. Só encaixar na minha agenda que da certo (risos) (MARCO).

Tenho relação pelo menos duas vezes na semana aqui em casa, fica tudo mais facilitado, eu abro o *Grindr*, chamo pra cá, transo com a pessoa e depois ela vai embora, muito tranquilo (THALES).

Minhas relações sexuais sempre são em casa, no meu quarto, ou na sala, onde a pessoa preferir (risos), como moro longe dos meus pais, fica tudo mais facilitado. (...) tenho em média uma relação sexual por semana por conta disso (FREDERICO).

Outros locais citados são as “festas de sexo (eventos onde as pessoas se reúnem com o objetivo de se relacionar sexualmente com outras pessoas, podendo ser à vista de todos) e os “dark rooms” (geralmente uma área em uma boate ou clube de sexo onde as luzes são apagadas ou reduzidas e as pessoas podem se relacionar sexualmente sem ser vistas). Paulo e

Diego comentaram sobre a utilização destes locais, como parte de um fetiche da pessoa ou por não ter algum local para transar propriamente.

Na casa do meu namorado não da, não sei se chegaria ao ponto de levar ele pra casa da minha avó, até porque a minha vó não concorda com minha sexualidade, então só sobra as dark room ou motel (...) quando vamos para a dark room, a gente consegue fazer sexo oral um no outro, o que é ótimo e da pra aliviar a tensão (DIEGO).

A princípio, as festas de sexo que eu já fui no Rio de Janeiro são muito diferentes das que eu fui em Brasília. Lá em Brasília você ia e meio que pegava alguém, transava e pronto e era bem escuro. O Rio de Janeiro era um evento, era um rodízio de buracos e de falos, e assim, bem na sua frente, na sua mão, em todos os lados, e não sei se ali eu estava sendo usado ou usando até cansar, eu amo! (...) Eu nem ligo tanto por esse rodízio, mas eu descobri que gosto de ser observado, gosto de plateia. Então assim eu quero ir com gente que eu conheço, que eu quero transar e quero no meio da gente que está me vendo, não quero penetração com quem não conheço (PAULO).

Para Diego, este ambiente é uma oportunidade de ter sexo oral com o namorado pois eles não têm espaço em suas casas. Ele entende que a penetração só pode ser realizada com seu namorado depois de aprofundarem a relação, então acaba se satisfazendo apenas com o sexo oral. Paulo não se sente confortável com a prática da penetração com pessoas das festas de sexo pelo fato de muitos optarem por relações sem o uso da camisinha; ele prefere conhecer o parceiro fora deste ambiente, criar um vínculo e convidá-lo para relações sexuais com camisinha nesses locais, para realizar seu fetiche.

Os depoimentos permitem compreender as motivações de uso dos aplicativos para interações sexuais, os tipos de relacionamentos sexuais estabelecidos e as lógicas sobre risco e proteção ao HIV/demais IST, que incluem acordos e métodos de prevenção adotados com seus parceiros. Tais dados, somadas aos demais aspectos assinalados, podem contribuir para a formulação de propostas preventivas capazes de considerar a lógica e as práticas sexuais de jovens gays explicitadas.

4.8 RELACIONAMENTOS: ARRANJOS DIVERSOS E PREVENÇÃO DO HIV

Metade dos entrevistados (8) afirmou estar em um relacionamento, enquanto os demais se declararam solteiros. Todavia, os relatos sugerem uma diversidade de acordos interpessoais, havendo o predomínio dos denominados relacionamentos livres. Mesmo nos casos em que o arranjo não monogâmico foi acordado e aceito pelas pessoas envolvidas, eles tendem a ser moralmente condenáveis pelos preceitos morais vigentes da sociedade ocidental na medida em que se distinguem dos relacionamentos monogâmicos preconizados. (COSTA e GONÇALVES, 2020)

Os efeitos da condenação moral podem ser percebidos nos depoimentos dos entrevistados. Quando indagados sobre quem tem ciência acerca dos acordos estabelecidos nas relações sexuais não monogâmicas, todos disseram que apenas amigos próximos ou pessoas com quem eles têm a intenção de se relacionar. Seus familiares desconhecem os arranjos de conjugalidade estabelecidos.

É válido descrever como os relacionamentos são definidos pelos entrevistados, visto que cada relação, apesar de não-monogâmica, possui regras estabelecidas entre os parceiros. Nesta direção, é citada a não exclusividade nas interações sexuais, ou seja, ambos concordam que podem se relacionar com outras pessoas. Para alguns, tal situação envolve o casal junto com outras pessoas, descrito como “marmitta de casal; metaforicamente como se fosse uma refeição para o casal. Para outros, a relação ocorre com outra pessoa sem a presença do parceiro. Foi também referida a distinção entre vínculo amoroso e sexo casual. Os relatos a seguir são ilustrativos:

A gente não tem um relacionamento aberto no sentido amoroso, mas sexualmente às vezes a gente faz com outras pessoas desde que seja junto. Não existe aquela liberdade que eu veja nos casais deliberadamente abertos (BRUNO).

A gente sempre conta quando tem relação sexual com outra pessoa, não de uma forma obrigatória, é mais como comentário corriqueiro. Eu sou extremamente ciumento, mas enfim é uma coisa comigo mesmo, um ciúme muitas vezes não esta com a pessoa que você se relaciona e sim consigo mesmo. (...) Por exemplo, se eu vou à balada e beijo pessoas, eu não falo nada, só quando vou transar de fato (GUNNAR).

Guilherme, um dos poucos que afirma ter uma relação monogâmica, diz que nem ele nem seu namorado querem manter a relação assim por muito tempo, já pensando na possibilidade de se envolver com outras pessoas. Mas, pelo fato de ter três meses de relacionamento, ele está querendo dar um passo mais devagar para aproveitar o início do relacionamento a dois.

Caique, por sua vez, está experimentando um novo arranjo. Ele possui dois namorados que já namoravam entre si antes de conhecê-lo; atualmente os três estão juntos, mas namoram em dupla que não são exclusivas e permitem outros relacionamentos e combinações, descritas no seu relato:

Então eu namoro com o Lucas. O Lucas namora o Rafael e o Rafael namora comigo. A gente não namora juntos. Tipo assim, não somos um trio fazendo sempre as coisas juntos, a gente cria relações individuais entre si. Eu tenho uma com o Rafael, que é uma relação diferente que eu tenho do Lucas, que é uma relação diferente que eles têm em comum também. Acaba que são três relações individuais no mesmo âmbito que acaba, que fica em comum, mas não é necessariamente uma coisa fechada, onde

só podemos fazer coisas a três, e permite com que a gente possa ter nossas individualidades mais abordadas (CAIQUE).

A diversidade de arranjos nos relacionamentos envolve negociações e acordos sobre o uso de métodos de prevenção do HIV e demais IST. Segundo Caique, foi estabelecido que entre ele e os dois namorados não há necessidade de uso da camisinha, mas, nas demais relações fora do relacionamento, o uso é obrigatório.

O uso do preservativo apenas nas relações casuais foi recorrentemente citado, mais uma vez reiterando estudos sobre o tema. Os entrevistados deixam claro que usam camisinha só no início do relacionamento, mas com o passar do tempo deixam de utilizar entre eles. Alguns listam outras práticas de prevenção dentro do relacionamento, como o uso de testagem rápida para detecção do HIV, conhecer a sorologia do parceiro e histórico de relacionamentos, descritas nos depoimentos a seguir:

Com meu namorado a gente faz sexo sem preservativo, mas porque a gente fez um protocolo, digamos assim, a gente se testou pra tudo antes de fazer sexo sem preservativo. (...) E aí, muito tempo depois, a gente resolveu abrir o relacionamento, só que com regrinhas, né? Obviamente você não pode fazer sexo com ninguém que não seja o seu namorado sem preservativo (THEO).

Eu não cheguei a usar a camisinha com ele desde o início, mas desde o início ele já tinha feito o teste de HIV e ele não tinha (o vírus) e nas minhas primeiras relações sexuais, as pessoas que eu fiz sexo também não tinham então a chance de eu ter era menor. Não que eu não possa ter pegado, mas não foi um grande risco. Eu sei que foi irresponsável, mas depois eu fiz o teste e eu não tinha. Então, atualmente ele está mais tranquilo nesse sentido (FRANCO).

Bruno considera o preservativo desconfortável e diz nunca ter se adaptado a esse recurso. Além de não usar com seu namorado, também não utiliza em grande parte das relações casuais. Segundo seu relato há uma dificuldade em manter a ereção em parceiros casuais, principalmente pela falta de intimidade sexual, por isso recorrentemente adota o papel de passivo. Como método de prevenção, ele adota a estratégia de conhecer a fundo a pessoa que está se relacionando, se tornando amigo de parceiros casuais, visando saber de seu histórico sexual e/ou do uso de PrEP, como expresso em seu relato:

Entre nós dois não, a gente não usa (camisinha). Usamos inicialmente, apesar de ter algumas dificuldades pra utilizar, eu mesmo não me sinto confortável de utilizar, eu nunca me adaptei ao uso. Por isso mesmo que quando a gente faz com outras pessoas eu até acho mais fácil eu ser passivo, pois a outra pessoa vai ter mais facilidade que eu pra usar camisinha na maioria das vezes. Quando a gente faz com outras pessoas, nas experiências que a gente teve até então, não foram tantas, mas foram pessoas que sabiam ou que sabíamos do histórico delas, a gente meio que conversava previamente com essas pessoas, se tornavam amigos, algumas dessas quando tivemos relação, não usamos camisinha, então a maioria, por exemplo, dos

amigos que tivemos esse contato sexual sabíamos, ou que eram virgens, ou que usavam PrEP (BRUNO).

Marco, inicialmente, tinha relações sem o uso do preservativo com seu parceiro sexual, contudo acabou contraindo gonorreia. A partir do diagnóstico e tratamento, passou a utilizar a camisinha nas relações com seu namorado.

Transávamos, até semana retrasada, pois peguei gonorreia dele e fui eu que descobri, porque ele falou que tinha algo estranho no pinto dele, falou que tava saindo uma coisa e que tava doendo, eu disse pra ele que ele tava com gonorreia, pedi pra ver e ele meio que foi resistente, pois é conservador, então ele acha que não acontece com ele. Isso foi depois da gente transar sem camisinha, falei com uma amiga médica e ela me disse que era pra esperar que logo fosse aparecer algo em mim e quando aparecesse era pra entrar em contato com ela. E foi justo e feito, quando passou uma semana comecei a ter todos os sintomas, e a partir desse dia começamos a usar camisinha. E agora a gente não transa mais sem. Os dois trataram e deu tudo certo (MARCO).

Segundo Marco, ele e seu parceiro estabeleceram que ele poderia se relacionar com qualquer pessoa enquanto o seu parceiro iria se relacionar exclusivamente com ele. Foi acordado que Marco não beijaria ninguém na frente do seu namorado e que não comentaria sobre suas relações casuais. Mas, desde o episódio da gonorreia, Marco acha que o acordo não estava sendo cumprido. Todavia, como ele tinha relações casuais não cobrou o cumprimento do acordo, mas passou a sempre utilizar o preservativo com seu parceiro. Ele comenta sobre seus fetiches, dando destaque para a figura do amante; afirma ter um ficante fixo com quem tem relação quinzenalmente, mas sente culpa e o desejo de ter um relacionamento “tradicional”.

Além das estratégias de prevenção mencionadas, os entrevistados apresentaram outros métodos que consideram eficazes para evitar a infecção pelo HIV entre jovens, quais sejam: observar se o parceiro tem ferimentos aparentes nos genitais; perguntar sobre o histórico de testagem para HIV; verificar se a pessoa está usando medicamentos para prevenção, como a PrEP ou a PEP; evitar o compartilhamento de seringas em situações como tatuagens e observar a higiene pessoal do parceiro. Segundo os entrevistados, uma falta de higiene adequada pode indicar que a pessoa não se cuida, o que pode levar a suposições de que ela esteja infectada.

A grande parte dos entrevistados afirma utilizar preservativos nas relações sexuais com parceiros que não são seus namorados. Quando perguntados sobre como reagiriam se a pessoa propor o não uso da camisinha nas primeiras relações sexuais, a maioria afirmou que não prosseguiria com a relação, pois consideram o uso da camisinha fundamental para a

prevenção das IST. No entanto, alguns mencionaram que avaliariam outros fatores antes de tomar uma decisão final, como ilustra o relato de Marco:

Mesmo tendo namorado tenho muitas relações fora do relacionamento, então me deixo levar se eu tiver com muito tesão, daí acabo transando sem camisinha. Então fico tipo: meu deus por que deixei isso acontecer mais uma vez!. Daí prometo pra mim que isso não vai acontecer mais, mas acabo me expondo novamente. Eu não transo toda vez sem camisinha, mas as vezes acontece e hoje a galera fala “transa comigo, eu uso PrEP”, se eu tiver conversando com a pessoa na mesa do bar, eu seguro, mas se eu tiver já na hora, o tesão fala por mim. Eu sou uma pessoa intensa, impulsiva, daí acaba acontecendo. Eu sei que quero fazer o certo, mas na hora por impulso eu acabo fazendo besteira (MARCO).

Ao mencionar o uso da camisinha, estamos sempre falando em relação à penetração. No entanto, quando o assunto é o uso do preservativo no sexo oral é comum ouvir que essa prática é rara e geralmente ocorre em situações específicas, como a presença de machucados na boca do indivíduo. Alguns dos entrevistados comentam que o preservativo com sabor até ajuda para realizar o sexo oral, mas que não se compara ao sexo oral sem camisinha.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de contrair o HIV em algum momento, todos os entrevistados relataram que isso poderia acontecer em caso de descuido. Eles reconheceram estarem sujeitos ao risco de infecção, mas alguns se percebem com menor chance devido ao gerenciamento de riscos que praticam. Por outro lado, outros acreditam que podem ter uma chance maior de contrair não só o HIV, mas também outras IST devido à exposição a determinadas situações.

Eu tive esse medo depois que eu voltei pro Brasil, quando eu soube que o cara com quem eu ficava no Chile tinha se infectado. Aí veio o fantasma. (...) Porque às vezes eu faço sexo oral sem preservativo com pessoas sem ser meu parceiro fixo. Se usei camisinha no sexo oral alguma vez faz bastante tempo, não é tão usual não, e assim que você faz, você fica com essa preocupação. Eu observo se não vai ter nenhuma ferida, alguma coisa assim. Que possa indicar alguma coisa. Então, toda vez que eu acabo tendo relações com outras pessoas sem ser meu parceiro fixo, eu fico com essa neura (THEO).

No meu caso pode acontecer, mas isso é muito mais difícil, eu acho. (...) Eu e meu namorado já somos testados e não tem como ter com ele... Bom, só se ele me trair e pegar outra pessoa ou ele for contaminado por alguma seringa ou algo do gênero (FRANCO).

Não. Porque eu transo muito pouco. Nem com meu parceiro tenho muitas relações. Então, se contrair HIV, eu vou ficar com muita raiva (GUILHERME).

Os cuidados de Caique em relação à infecção do HIV estão relacionados aos ensinamentos e sofrimento de sua mãe como enfermeira ao relatar a morte de seus pacientes

que morreram de AIDS. Thales, por sua vez, associa seu receio de ser infectado pela condição de homem gay e pelas implicações do estigma da AIDS.

Eu sou uma pessoa bem chata e cuidadosa em relação a isso (HIV). Acho que foi uma coisa que foi me ensinada desde muito novo, uma coisa que foi passada para mim, da minha mãe, que é enfermeira (...). Esse medo parte de uma coisa que foi passado para mim a partir dos meus pais e de coisas que eu já vi, de pessoas que minha mãe atendia morrerem e ela ficava muito mal e não queria que isso acontecesse com ela, de me ver mal (...) (CAIQUE)

Eu acho que todo mundo que tem uma vida sexual ativa tem medo, mas nós que somos LGBTQ+ temos mais medo, esse receio de infecção pelo vírus. Por mais que eu seja muito desconstruído na questão, este é o medo que permeia justamente pela questão do preconceito, entender como vai ser dali pra frente, como é que vai para ter a vida sexual do jeito que levava antes. E também sobre a questão de como que eu vou contar pra minha família, para os meus amigos, sempre culpam quem tem HIV... Como se houvesse culpa (THALES).

A perspectiva de prevenção de outras IST é diferente quando comparada com a do HIV. Os depoimentos de Paulo, Nicolas e Thales sugerem que o HIV é percebido como um problema mais relevante em relação as outras IST, por não ter cura e pelo estigma da AIDS. Eles argumentam que muitas outras IST possuem cura. Apenas Bruno, com base em informações de sites da internet, afirmou que a hepatite viral é uma IST mais preocupante que o HIV, em função do acesso ao tratamento:

Eu acho que a hepatite me causa um pouco mais de medo que o HIV, apesar de eu não ter tanto estudo sobre hepatite só o fato de ter a ciência que o HIV é tratável e você pode conviver com ele hoje em dia, não é o mesmo que eu sito com hepatite, pela minha própria experiência de ver na internet sobre, me parece ser menos tratável que o HIV (BRUNO).

De modo geral, os achados revelam que as relações livres são comuns, podendo ser vivenciadas de diversas formas e com variados acordos preventivos. Apesar da maioria dos entrevistados declarar estar em relacionamentos livres, cada relação possui suas próprias regras e acordos estabelecidos entre os parceiros. A diversidade de arranjos envolve negociações sobre o uso de métodos de prevenção do HIV e outras IST, como o preservativo e/ou as novas tecnologias biomédicas pelos parceiros, assim como percepções sobre a aparência e conhecimento sobre o histórico do sujeito. Tais acordos podem ser condenados moralmente pela sociedade, o que pode levar os entrevistados a manter seus arranjos em segredo, gerando, como citado em outros tópicos, condições de vulnerabilidade ao HIV.

Em tempos de prevenção biomédica, chama à atenção a forma como os dados coletados revelam o comportamento dos entrevistados. Embora esses jovens tenham sido

socializados sob o novo paradigma da prevenção biomédica e estejam cientes dos recursos disponíveis, é interessante notar que mencionam menos frequentemente a PrEP e a PEP como estratégias para a gestão de risco. Nos relatos dos entrevistados, é evidente o uso das tecnologias biomédicas como parte de suas abordagens preventivas. A presença da testagem, por exemplo, é mencionada em diversos momentos, contudo, essa prática é combinada com outras estratégias, como a avaliação do comportamento sexual e preventivo, bem como a avaliação física dos genitais do parceiro. Essas abordagens híbridas, que combinam métodos biomédicos com uma avaliação mais ampla do contexto sexual e de risco, demonstram a complexidade e a diversidade das estratégias adotadas pelos jovens na busca pela prevenção.

4.9 PEP E PREP: CONHECIMENTO E ACESSO

Como citado nos capítulos iniciais, os avanços científicos e farmacêuticos dos últimos anos permitiram a criação do uso de medicamentos nas estratégias de prevenção da infecção pelo HIV, denominadas Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP) do HIV. A PrEP consiste na ingestão diária de um comprimido que impede a entrada do vírus nas células de defesa do organismo. A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção em casos de violência sexual, relação sexual sem proteção e acidentes ocupacionais com contato com material biológico. A profilaxia deve ser iniciada o mais rápido possível, preferencialmente dentro de duas horas após o evento de risco, com 72 horas máximas de tempo decorrido, e o uso da medicação deve ser feito por 28 dias. (CARVALHO e AZEVEDO, 2019). Estudos clínicos e demonstrativos, em nível mundial, têm contribuído para a criação de um consenso sobre os benefícios individuais e populacionais dessas tecnologias para prevenção e controle do HIV (CARLO HOJILLA, J et al, 2016; MABIRE, X. et al., 2019 e O'ROURKE, S., 2021).

No Brasil, desde 1999, a PEP tem sido ofertada em unidades da rede pública de saúde para as pessoas que tiveram a relações sexuais desprotegidas (sem o uso de camisinha ou com o rompimento do preservativo), através de violência sexual ou acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico). Já a PrEP passou a ser disponibilizada pelo Ministério da Saúde no SUS no final de 2017, para as populações consideradas chave ou mais vulneráveis ao HIV, como homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e trabalhadoras (es) do sexo.

A despeito do investimento na oferta da PrEP no SUS, estudos apontam o predomínio de homens gays/HSB de classe média e alta nos serviços, em comparação aos demais segmentos (HOAGLAND et al, 2017; ZUCCHI et al 2018; MAGNO et al, 2019). Tais

achados indicam maior dificuldade de grupos de baixa renda em acessar a oferta das novas tecnologias biomédicas na rede pública de saúde. Parte deste problema diz respeito escassez de políticas e campanhas educativas no país na última década, bem como os limites da adoção de um modelo biomédico e prescritivo nas políticas de combate à AIDS. Ou seja, considerando a vulnerabilidade individual, social e programática enfrentada por essa população, oferecer apenas a PrEP nos serviços de saúde não é suficiente. É fundamental que sejam criadas estratégias intersetoriais de gestão pública que se estendam para além do campo da saúde. (MONTEIRO et al, 2019; PIMENTA, et al, 2022).

A maioria dos entrevistados (12) demonstrou um conhecimento consistente sobre PrEP e PEP. Além disso, eles foram capazes de discutir detalhes importantes, como onde adquirir o medicamento da PEP, quanto tempo é necessário para iniciar a medicação, a duração do tratamento e possíveis efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento. Esses dados levantam algumas questões interessantes. Dos doze entrevistados, nove estão cursando o ensino superior, o que está de acordo com as evidências de que a escolaridade está relacionada ao conhecimento sobre HIV (Caíno, 2007). No entanto, três pessoas que estão ou realizaram o ensino médio também têm um bom conhecimento sobre o tema. Um deles Marco, possui um irmão que vive com HIV, o que influenciou sua visão sobre o vírus e as estratégias preventivas. Já os outros dois entrevistados têm uma rede de sociabilidade composta principalmente por homens gays, por meio da qual discutem abertamente questões relacionadas ao HIV.

Os achados sugerem que a escolaridade é um fator relevante para o conhecimento sobre as estratégias preventivas de PrEP e PEP, mas vivência com PVHA e a participação em espaços de sociabilidade, principalmente LGBTQIAPN+, também desempenham um papel no acesso à informação. É importante ponderar que a informação sobre estas estratégias não gerou necessariamente o uso. Por exemplo, apenas Marcelo está utilizando efetivamente a PrEP há cinco meses e relata que não teve nenhum efeito colateral. Para ele, além da PrEP ser uma forma importante de proteção, seu uso possibilita acesso a cuidados de saúde de qualidade que incluem diversos exames e consulta com dermatologista; tendo em vista que Marcelo é atendido no Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, uma referência no acesso e cuidado com a PrEP no estado, o que pode influenciar diretamente na qualidade do atendimento (DE CARVALHO, 2020). Ou seja, a adesão à PrEP não só atende a sua intenção de prevenção, mas também facilita o acesso a serviços de dermatologia, o que é fundamental para ele.

Os demais entrevistados justificaram porque não fazem uso dessa tecnologia. Theo e Pablo consideram que a PrEP não é a melhor estratégia de prevenção por não se perceberem em grande risco de ter HIV. Desse modo, optaram pelo uso de outros meios de prevenção.

Eu não tomaria. Assim, mesmo que me dessem de graça, porque não tô num grupo que se expõe mais. Assim, eu acho que os métodos que eu tenho agora são suficientes. Se a PrEP tivesse, tipo assim, zero efeito colateral, ok, mas eu sei que isso não é o caso (THEO).

Cara, não. Embora todo mundo esteja passível de contrair HIV, a minha vida sexual não indica que eu a utilize. Até porque, primeiro que eu vou estar me expondo a uma droga, que enfim, isso possa ter efeitos colaterais, que possa enfim gerar alterações químicas no meu corpo. E eu vou tirar um recurso que não é do meu perfil, pois eu não faço muito sexo (PABLO).

Com a fala dos rapazes mencionados, podemos notar mais uma vez que a informação sobre a PrEP não inclui necessariamente a adesão à estratégia. Há várias considerações individuais a serem ponderadas, conforme exemplificado por Theo, que está em um relacionamento estável e usa preservativos com todas as outras pessoas, exceto seu namorado. Ele acredita que está adotando medidas preventivas adequadas, levando em conta seu contexto. Por outro lado, Pablo opta por não ter relações sexuais penetrativas; ele identifica na prática da Gouine uma forma de exercer sua sexualidade sem se expor tanto ao risco do HIV. Theo e Paulo, com base no conhecimento adquirido, tiveram autonomia para decidir qual estratégia preventiva se adequava às suas preocupações e desejos nesse momento de suas vidas.

Roger e Marco mencionaram dificuldades no uso de preservativos e acreditam que a PrEP pode ser uma forma de diminuir seus riscos durante as relações sexuais. No entanto, ainda não buscaram esse recurso. É importante ressaltar que Roger tem algum conhecimento sobre a PrEP, mas não sobre a PEP. Ele já havia mencionado que não conseguia definir algumas questões relacionadas ao HIV e, em comparação aos outros entrevistados, é um dos poucos que concluíram apenas o ensino médio. Isso evidencia uma disparidade no acesso à informação, conforme descrito na literatura.

Quatro dos entrevistados informaram ter experimentado a PEP em algum momento de suas vidas; dois usaram mais de uma vez em diferentes ocasiões. Todos relataram algum tipo de desconforto. Frederico e Marco sentiram efeitos colaterais mais intensos, enquanto Thales e Paulo tiveram desconfortos menores.

Uma vez eu transei com um garoto, um médico, e eu fiquei com medo e ele me deu o medicamento, eu tomei uma vez e foi horrível, pois eu passei muito mal, fiquei

com muito enjoo, dor na barriga, achei que ia morrer e isso foi em 2018. Eu lembro que ele foi muito parceiro, porque realmente eu passei muito mal. Teve uma noite que eu acordei chorando, pois estava com muita dor de cabeça e enjoo, acho que passei uns quatro dias sem comer e ele passou umas receitas de comida caseira, ele foi muito fofo. A gente é muito amigo hoje, foi só uma vez que aconteceu, uma loucura (MARCO).

Já utilizei PEP duas vezes, uma vez foi em São Paulo e foi super tranquilo e outra vez foi no Rio que foi um pouco mais complicado. Teve um espaçamento de um ano e seis meses entre as duas utilizações e foi bem legal porque eu fui descobrindo como se utilizava PEP. Teve alguns efeitos colaterais, mas nada muito grave. (THALES).

Segundo Thales, houve uma grande variação no acesso à tecnologia de saúde entre os estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Ele afirma que, sem conhecimento prévio adequado sobre o assunto, teria desistido de conseguir a medicação devido à falta de organização na distribuição.

O Sistema Único de Saúde aqui no Rio, eu senti que foi mais engessado, mais burocrático para conseguir a retirada da medicação, porque em São Paulo eles têm um sistema muito eficaz de você retirar essas medicações que são preventivas ou obter mais de um tratamento com HIV no Centro de Referência de HIV AIDS, que são espalhados pela cidade. E aqui esse tipo de funcionamento é dentro da própria UBS, o que complica porque tem outros casos ali de outras questões de saúde e as unidades públicas que se misturam e atrasa ainda mais o atendimento e o acesso a esse tipo de prevenção. Quando um centro de referência é destinado apenas a isso é muito mais facilitado (THALES).

O discurso de Thales destaca o problema das unidades básicas de saúde (UBS), de saúde da família (ESF), de pronto atendimento (UPA) e dos serviços de emergência estarem frequentemente superlotadas com as mais diversas demandas, o que resulta em longas filas e pouca privacidade para os pacientes. Isso pode comprometer a eficácia da profilaxia pós-exposição (PEP), já que pode impedir que as pessoas tenham acesso aos medicamentos nas primeiras 72 horas após a exposição. Ao contrário do caso de Marcelo, que teve acesso rápido a tratamentos e orientação da PrEP em um serviço de referência, este cenário mostra uma lacuna no atendimento e na continuidade dos cuidados.

De acordo com os entrevistados, a obtenção de informações sobre o PEP não foi um problema. Muitos deles tinham conhecimento sobre o tema através de rede social, amigos/familiares ou da universidade, mas houve certa dificuldade em acessar as medicações devido às barreiras impostas nos serviços do Rio de Janeiro e ainda o estigma associado ao HIV. Os relatos apontam que, ao tentar obter acesso à medicação, eles se sentiram julgados e responsabilizados por estar em uma situação relacionada ao HIV.

É relevante ressaltar que, entre os entrevistados que adotaram algumas estratégias de prevenção, a PEP foi mais utilizada do que a PrEP. Todos os usuários dessas estratégias tinham acesso às informações sobre ambas as opções. É possível concluir que, como a PEP é uma medida emergencial, mesmo que os jovens desenvolvam estratégias personalizadas de prevenção, pode ocorrer algum imprevisto, como o rompimento do preservativo ou a não utilização dele, levando-os a recorrerem a essa opção. Nenhum dos entrevistados que recorreu à PEP planejava fazê-lo previamente, mas ao tomar conhecimento sobre a estratégia e passar por uma situação de exposição, optou pela melhor forma de se prevenir.

Somente um dos entrevistados, Franco, não tinha conhecimento sobre a PEP ou a PrEP. Vale destacar que Franco relata ter ouvido falar sobre essas estratégias, mas nunca se aprofundou no assunto. Atualmente, ele é estudante universitário e leva uma vida caseira, saindo pouco com amigos e estabelecendo relações principalmente virtuais. Franco tem um parceiro fixo e não usa preservativos nem com ele, nem com parceiros sexuais eventuais, pois segundo ele, essas relações não são frequentes e sempre ocorrem com amigos em quem ele confia bastante. Dessa forma, podemos perceber que Franco teve acesso às informações, mas não demonstrou interesse em aprofundar o seu conhecimento sobre o assunto, já que sua percepção de risco em relação ao HIV está focada exclusivamente no número de parceiros e na frequência das relações sexuais. Como ele tem um relacionamento estável e eventualmente faz sexo com amigos em quem confia, acredita que está suficientemente protegido contra o vírus. Além dos aspectos já citados, a percepção de risco em relação ao HIV é outro ponto que afeta diretamente a adoção das estratégias de PEP e PrEP.

Os achados apontam que, além do conhecimento e acesso à PrEP e à PEP profilaxias, seus usos guardam relação com outros fatores como: se a pessoa está ou não em um relacionamento, quais práticas sexuais ela adota, se utiliza camisinha ou não, se há penetração ou não, como percebe o risco em relação ao HIV e se sente capaz de ter autonomia no seu cuidado. Isto significa dizer que a implementação da PrEP e da PEP precisa levar em conta que um conjunto de fatores influencia se um indivíduo irá ou não aderir a esses recursos de prevenção em um momento da sua vida; tais fatores podem mudar e novas demandas podem surgir.

4.10 TESTAGEM DO HIV: MOTIVAÇÕES E REGULARIDADE

Nos capítulos introdutórios foi referida a portaria que regulamentou o diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil e indicou a base técnica para a elaboração dos fluxogramas para o diagnóstico da infecção pelo HIV, dos quais dois utilizavam testes rápidos. Além do uso

fora de unidades de saúde, o teste rápido não é invasivo, sendo indolor e seguro do ponto de vista biológico e aceito pelos usuários. Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária realizou uma consulta pública para estabelecer regulamentos para a venda de testes rápidos. Com o aumento da procura por formas de diagnóstico mais prático e rápidas, o teste de fluido oral se destaca como uma opção viável e com isso outras formas de realizar esse teste foram aplicadas, como o autoteste. (FERREIRA e DA MOTTA, 2016).

Considerando as justificativas já assinaladas sobre os investimentos na expansão crescente de oferta tipos de testes rápidos para detecção precoce do HIV, dentro e fora das unidades de saúde, durante a entrevista foram feitas perguntas sobre as experiências de acesso e motivações dos entrevistados em relação à testagem para HIV. O objetivo era compreender os contextos relacionados à primeira testagem e as razões pelas quais as pessoas continuaram realizando a testagem regular.

A ampliação do acesso ao teste de HIV foi evidenciada nos relatos de Theo e Pablo. Suas primeiras testagens aconteceram pela oferta do teste rápido para o HIV quando transitavam no espaço público da rua. Theo afirmou que ficou surpreso, mas aceitou o convite para fazer o teste e, desde então, tem realizado com certa frequência.

Acho que a primeira vez que eu me testei foi na barraquinha da ONG, lá na Carioca. E isso faz muito tempo (...) naquela hora eu fiquei meio noiado, mas eu sabia que tinha pouca chance, porque eu tinha tido pouca exposição e então foi isso. (...) eu achava interessante, só que não é o suficiente para procurar um teste (risos). Mas assim que ele apareceu na minha frente, eu achei que valia a pena (THEO).

Este depoimento exemplifica a estratégia do Pela Vidda, descrita na metodologia, de oferta do teste em espaços públicos e de sociabilidade de jovens para incentivá-los a realizar a testagem para HIV. Além da oferta do teste, os educadores de pares conversam sobre prevenção de ISTs, redução de danos e a melhor estratégia para cada indivíduo. Tais ações sugerem que existe o reconhecimento que a oferta do teste sem o aconselhamento pode gerar desconforto, especialmente em um ambiente público de sociabilidade, onde a pessoa pode estar acompanhada por amigos e não compreender como uma oportunidade relacionada à prevenção do HIV. Pablo também relata ter tido contato com essa mesma ONG. Embora considere uma porta de entrada para a testagem, ele afirma que:

Testagem em massa resolve muito pouco os problemas. (...). A testagem é importante para prevenção do avanço da doença, mas ela como política pública de prevenção, não de controle. Ela gera um estigma, no meu ponto de vista (PABLO).

Na sua visão, é preciso considerar outras abordagens para prevenir e cuidar da doença. Tal observação pode ser interpretada como uma crítica ao uso do teste para vigilância epidemiológica, dissociada de intervenções voltadas para o enfretamento das condições de vulnerabilidade ao HIV, como argumentado por Monteiro et al (2019).

Demais depoimentos sugerem que a disponibilidade de locais públicos para realização de testes rápidos para detecção precoce do HIV, promovidos por uma ONG-AIDS, representa um incentivo e uma comodidade diante das possíveis barreiras de acesso, sendo um estímulo para aumentar a realização do teste. No entanto, a eficácia dessa estratégia está relacionada à existência de uma demanda dos entrevistados pela testagem. Essa demanda foi especificada quando os participantes da pesquisa mencionaram que a motivação para fazer o teste foi decorrente da exposição a situações de risco, como ter relações sexuais desprotegidas com parceiros, da presença de sintomas relacionados às IST (por exemplo, feridas na região genital), de uma forma de autocuidado em relação à sua saúde ou como parte de um acordo entre parceiros para evitar o uso de métodos de prevenção, bem como pela recomendação de profissionais de saúde e campanhas em relação à testagem de rotina. Os relatos são ilustrativos.

Nicolas e Gunnar destacam a importância do autocuidado através da realização frequente do teste. Eles afirmam que esta prática é incentivada tanto por profissionais de saúde, como pelas mídias sociais, recomendando-se que a testagem seja feita a cada seis meses. Tais estímulos levam que pessoas buscam serviços de saúde para realizar a testagem rápida para HIV.

A presença de sinais anormais, como verrugas, feridas ou secreções atípicas na região genital, foi um dos motivos que levou Bruno e Diego a buscarem a testagem. Esses sinais servem como uma espécie de alerta, indicando que existe algum problema no corpo que precisa ser investigado mais a fundo. Desta forma, a testagem se torna uma importante ferramenta para garantir a saúde e bem-estar dos indivíduos.

O motivo que eu tive foi que eu tive gonorreia, meu namorado também teve, em períodos diferentes. Meu namorado teve primeiro, e isso foi alguns meses depois de ter uma relação com outra pessoa do Grindr, que foi nossa primeira experiência de fato com outra pessoa. E nós não sabemos se isso veio de lá, pois já fazia cerca de dois meses no mínimo da relação, eu não sei muito bem o tempo de encubação do vírus, enfim. E esse foi o motivo para eu ter ido fazer a testagem e tomar a vacina no posto aqui perto, a gente tomou vacina durante cinco dias, uma injeção né (BRUNO).

O interesse em realizar testes de detecção de HIV é igualmente associado à realização de relações sexuais sem o uso de preservativos, mesmo durante o período da janela imunológica, onde o resultado ainda pode ser falso negativo. A partir de uma exposição ao HIV Caique passou a ter a necessidade constante de se submeter a testes para se certificar de que não contraiu HIV. Para ele, o teste serve como uma medida de segurança psicológica

As primeiras vezes foram porque eu me deixei levar por momentos e acabei fazendo sem camisinha, as duas primeiras vezes e depois virou um costume, virou como se fosse uma necessidade de saber como está o meu status sempre, mesmo às vezes não precisando (...) pareceu mais uma necessidade de sempre ter um resguardo psicológico e também de ter que ter que criar esse costume por achar ele necessário não só para mim, mas para outras pessoas também (CAIQUE).

A motivação para a realização da testagem pode estar ligada ainda a um acordo estabelecido com o parceiro, como citado por Roger. Ademais, Marcelo e Roger disseram que decidiram fazer a testagem rápida para detectar a presença do vírus em função do desejo de manter relações sexuais sem o uso de preservativos. Outros entrevistados iniciaram a testagem logo após a redução do número de casos da pandemia de COVID-19, por terem relações desprotegidas e/ou por uma vida sexual ativa.

O início da testagem ocorre em diferentes momentos. Dez entrevistados começaram a fazer o teste entre as idades de 18 e 20 anos, por diferentes razões como incentivo de ONGs para realizar a testagem, relações sexuais desprotegidas, autocuidado ou acordo entre o casal para iniciar suas relações sem o uso da camisinha. Dois que tiveram uma saída do armário tardia, realizaram o teste após os 20 anos. Os outros três iniciaram antes dos 18 anos em função de alguma relação sexual desprotegida, como o caso de Guilherme, que começou a se testar aos 13 anos.

O incentivo gerado pelas políticas públicas sobre o teste rápido pode ter facilitado para que nos anos seguintes os entrevistados utilizassem a testagem rápida para o HIV. Eles disseram que depois que iniciaram a testagem, a frequência em repeti-la foi constante. Cinco realizam pelo menos duas testagens ao ano, mas esse número varia desde uma testagem ao ano, até 10 testagens ao ano.

Caique é um dos que relata que tenta realizar a testagem mensalmente, mas às vezes acaba esquecendo-se em algum mês, totalizando um média de dez testagens ao ano. Ele relata que entre uma testagem e outra, tem relações em média com 12 pessoas, em geral, com o uso da camisinha. Ao realizar a testagem, lembra que pode correr algum risco caso não use do preservativo.

Bruno e Thales reafirmam a importância da testagem rápida respeitando a janela imunológica. Estes entrevistados relatam estar cientes que o resultado do teste rápido pode ser comprometido caso seja feito durante o período da janela imunológica. A janela imunológica foi um tema debatido entre os entrevistados. Geralmente eles postergavam um pouco mais a testagem regular após ter tido alguma relação que gerasse alguma exposição ao indivíduo, aguardando em torno de trinta dias para a realizar a testagem. O relato a seguir é explicativo:

Quando eu tinha 17 anos, eu tinha ido pela primeira vez a uma parada LGBT e nisso eu tinha tido uma relação sexual sem camisinha e corri para me testar. No dia seguinte, em Bangu, sendo que eu não conhecia a janela imunológica. (...) A janela imunológica é aquele tempo que o vírus está incubado e os anticorpos não são detectados, impossibilitando a identificação da infecção pelo HIV e só ocorre 30 dias após a infecção. Então é necessário esperar um mês após a exposição para que seja realizado o teste. (THALES).

Quanto ao número de parceiros sexuais durante o intervalo entre as testagens para o HIV, a quantidade média de relações registrada foi de seis. No entanto, essa média pode variar consideravelmente, com algumas pessoas mantendo apenas uma relação sexual entre uma testagem e outra, enquanto outras têm até quinze parceiros diferentes. Paulo não especifica a quantidade de encontros sexuais, mas o número de parceiros que ele se envolve. Ele afirma que a maioria de suas relações é segura, pelo uso regular do preservativo. Em casos de acidentes, como o rompimento do preservativo, ele recorre a PEP como medida de precaução.

Da última vez que eu fui fazer testagem me perguntaram quantos parceiros eu tive desde agosto do ano passado. Aí eu falei pô, deve ter uns seis, mas aí eu pensei mais e falei: Espera, mas aqui era um casal, ali era um casal também... E teve essa vez que fulano chamou mais um, aí eles foram somando. Então para fim de conversa, falei: coloca uns doze então. Mas eu não sabia. Posso até tentar contar aqui, mas é melhor não (PAULO).

Os entrevistados foram questionados se a obtenção de resultados não reagentes em testes rápidos para HIV pode levar a uma falsa sensação de segurança, sugerindo que a pessoa pode se expor sem se infectar. Todos afirmaram que não há correlação entre resultados negativos e diminuição do risco de infecção, mas sim um incentivo a ficar mais vigilante quanto às práticas sexuais. De fato, eles acreditam que é importante continuar seguindo as medidas de precaução para prevenir a transmissão do HIV.

Olha o resultado causa certo alívio. Te dá oportunidade de voltar aos hábitos preventivos. Alívio momentâneo. Mas também surge um pouco da consciência de que eu preciso me proteger e voltar aos hábitos” (DIEGO).

Eu acho que isso é irreal, em qualquer momento você pode se infectar, então é necessária certa quantidade de testagens, principalmente se você tem muitos parceiros (BRUNO).

Não, ao contrário pra mim, quando faço o teste, eu penso que se eu fizer e der negativo penso que se não aconteceu agora, se eu não me cuidar na próxima vai acontecer. Pra mim isso não é real (MARCO).

Nicolas é o único que acredita que a sensação de segurança possa ser uma realidade, no entanto, ele não aplica este pensamento em sua própria vida. Afirma manter suas práticas preventivas, independentemente dos resultados e continua a tomar medidas para se proteger. Acredita que a segurança é uma questão de perspectiva e ele prefere ser cauteloso a correr riscos desnecessários.

Os depoimentos apontam que a gestão de risco tem motivações variadas e envolve o uso de recursos preventivos e a realização regular da testagem rápida de HIV. Embora o número de parceiros entre uma testagem e outra não tenha sido determinante para aumentar a frequência da testagem, muitos aguardam a janela imunológica para realizar a testagem após uma relação de exposição. O que sugere que a exposição é um fator mais relevante do que a quantidade de parceiros. Além disso, constatou-se que a realização sucessiva de testes de HIV não causa um sentimento de invulnerabilidade aos usuários. Pelo contrário, muitos deles relatam que o risco de contrair HIV é real e que, se não se prevenirem na próxima vez, podem acabar contraindo HIV. Sentimentos como ansiedade e medo ao realizar a testagem foram relatados.

A testagem em alguns casos tem sido relatada como uma forma de remediar a preocupação em relação à possível exposição ao HIV, em vez de ser vista como uma medida para evitar ou reduzir as chances de infecção. No entanto, a motivação dos indivíduos para realizar testes rápidos para o HIV é influenciada por diversos fatores e é sempre contextual. Essa prática de autovigilância sorológica tornou-se parte da vida desses jovens.

Essa demanda por testes oferece uma oportunidade para criar espaços de diálogo e aprendizado sobre cuidado e os recursos de prevenção disponíveis, levando em consideração as diferentes visões, práticas e tipos de relacionamentos sexuais. No entanto, é importante ressaltar que essas ações devem ser acompanhadas pelo enfrentamento do estigma associado à AIDS e à homossexualidade. Ao abordar essas questões, é possível promover uma compreensão mais ampla e inclusiva da prevenção do HIV, proporcionando suporte e educação para aqueles que buscam se proteger e cuidar de sua saúde sexual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto brasileiro, um dos desafios atuais da epidemia de AIDS diz respeito ao aumento de infecções na faixa de 15 a 24 anos e o percentual de casos de HIV entre homens que fazem sexo com homens, 42,9% no período de 2007 a 2022. Diante deste cenário e do lugar da testagem na atual política nacional de controle da AIDS, esta dissertação analisou a gestão de risco do HIV entre um grupo de 15 jovens autodefinidos como gays, bi ou homossexual no Rio de Janeiro.

A partir de entrevistas individuais com os jovens, o estudo explorou a revelação da identidade homossexual no âmbito familiar e social, as redes de sociabilidade, o conhecimento e as práticas de prevenção do HIV e a forma como o HIV impacta as interações sexuais desses jovens, considerando o estigma da AIDS e da homossexualidade.

A maioria dos entrevistados estava cursando o ensino superior e morava em casa própria. No contexto familiar, houve situações de acolhimento diante da revelação da homossexualidade, o que indica alguns avanços. Todavia, os casos de não aceitação e hostilidade por parte de familiares, a pressão da heteronormatividade e as situações de homofobia, presentes na vida cotidiano, geram um sentimento de não-pertencimento e estimula a busca por uma rede de sociabilidade gay e, por vezes, o não compartilhamento público da orientação sexual. Foi igualmente observado que o processo de “saída do armário” pode causar sofrimento para jovens gays e impactar nos cuidados em relação a sua saúde sexual, incluindo a exposição a situações de risco, como não utilizar preservativo por não estar disponível ou por receio de ser descoberto.

Segundo os depoimentos, as práticas sexuais são diversas e ocorrem no âmbito de variados tipos de relacionamentos, que podem envolver relações igualitárias, de dominação ou submissão entre os parceiros e podem mudar ao longo do tempo. Alguns participantes relataram relacionamentos estáveis não-monogâmicos, que incluíam acordos específicos de prevenção visando a saúde de ambos. Essa escolha é vista por alguns como uma liberdade para viver relacionamentos mais fluidos e quebrar padrões estabelecidos pela sociedade. Os aplicativos de interações sexuais, assim como festas e boates voltadas para interações sexuais, têm sido utilizados para o encontro de pessoas e para explorar diferentes tipos de relacionamentos. Outros entrevistados indicaram restrições à busca de liberdade nas relações amorosas e sexuais e optaram por outras modalidades de relacionamentos do tipo monogâmica e não casual.

Grande parte revelou ter um bom conhecimento sobre os locais de acesso ao diagnóstico do HIV e os meios de prevenção do vírus da AIDS, como o preservativo e as novas tecnologias biomédicas (teste, PrEP e PEP), mas poucos espaços de diálogo e aprendizagem na família e na trajetória escolar. Os motivos de fazer o teste rápido para detecção precoce do HIV foram diferenciados, incluindo o surgimento de sintomas de IST, acordos entre casais para iniciar suas relações sem o uso de preservativos, estímulo dos profissionais de saúde ou campanhas. A realização regular da testagem rápida, sugere uma prática de autovigilância sorológica, mas a sucessão de testes negativos parece não levar a percepção de invulnerabilidade em relação ao HIV, pois todos afirmaram que, se não tomarem medidas de prevenção, podem acabar contraindo o HIV.

Em suma, os relatos dos jovens entrevistados revelam que são utilizados recursos preventivos variados na gestão dos riscos da infecção do HIV. Todavia, tais práticas são influenciadas e definidas em função de fatores contextuais como: conhecimento e acesso às tecnologias de prevenção, situações de compartilhamento da identidade homossexual, redes de sociabilidade, tipos de práticas e relacionamentos sexuais e os acordos estabelecidos entre os parceiros. Importa destacar que esses aspectos, na maioria das vezes, não são considerados nas ações de prevenção do HIV.

O número restrito de entrevistados, o predomínio de jovens com ensino superior e o fato de todos terem sido abordados no contexto de uma ação pública voltada para testagem rápida para detecção precoce do HIV, revela algumas limitações do presente estudo. Em pesquisas futuras seria interessante ampliar os locais de acesso aos jovens e abarcar diferentes segmentos sociais e regiões do país, visando identificar convergências e diferenciações entre jovens com práticas homo e bissexuais.

De qualquer modo, os resultados apresentados podem fornecer subsídios para políticas de saúde, no âmbito governamental e não governamental, ao apontarem para diversos fatores envolvidos nas decisões e práticas de prevenção não contemplados nas políticas de saúde. Nesta direção, interessa destacar a necessidade de criar espaços de diálogo e aprendizagem sobre os variados recursos de prevenção disponíveis, levando em conta as visões, práticas e tipos de relacionamentos sexuais.

Ademais, as estratégias de prevenção devem contemplar campanhas educativas regulares e divulgação e oferta de variadas tecnologias de prevenção, capazes de alcançar todos os segmentos sociais. Essas iniciativas não podem prescindir do enfrentamento do estigma da AIDS e da homossexualidade e as condições de vulnerabilidade ao HIV. Vale salientar que as recomendações indicadas convergem com as análises críticas acerca do

predomínio da biomedicalização das respostas à Aids no cenário nacional, em detrimento de investimentos em intervenções comportamentais e estruturais relacionadas a vulnerabilidade ao HIV.

Por fim, gostaria de salientar alguns efeitos do curso de mestrado na minha trajetória profissional. Como profissional de saúde, minha principal responsabilidade era fornecer cuidados diretos aos usuários, seguir protocolos e garantir a eficácia dos tratamentos. No entanto, como pesquisador, meu foco se deslocou para uma abordagem mais abrangente, buscando entender as experiências individuais e coletivas dos jovens em relação à prevenção do HIV. Quer dizer, ao me tornar um pesquisador, minha atenção se voltou para além das questões clínicas e comportamentais. Foi necessário adotar uma postura mais indagativa e reflexiva sobre as narrativas dos jovens e os fatores sociais, emocionais e culturais que permeiam suas vidas.

Essa mudança de perspectiva me permitiu enxergar a prevenção do HIV a partir de um enfoque socioantropológico, considerando os contextos em que as decisões são tomadas. Desse modo, pude explorar e aprofundar as histórias compartilhadas pelos jovens, buscando compreender suas motivações, condições de vida, relações sociais, crenças e comportamentos relacionados à gestão de risco do HIV. Isso envolveu ir além dos conhecimentos técnicos e tradicionais da área da saúde, adentrando questões como gênero, sexualidade, estigma, acesso aos serviços de saúde e educação.

Em resumo, vivenciei o desafio de fazer uma transição da minha identidade de profissional de saúde para assumir o lugar de pesquisador. Foi necessário deixar de lado os conceitos prévios e suposições que poderiam influenciar minhas interpretações para identificar e interpretar, a partir de uma nova perspectiva, os depoimentos dos jovens entrevistados. Tal experiência ampliou significativamente, meu olhar sobre as práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. **Condição juvenil no Brasil Contemporâneo**. In: ABRAMO, H.; BRANCO, P.P.M. (Org.). Retratos da Juventude Brasileira: Análises uma pesquisa nacional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.
- ALBERTINI, R. Z.; COSTA, M. L.; MIRANDA, R. L. Narrativas fora do armário: a identidade sexual de homens gays na cidade. **Revista Subjetividades**, v. 19, n. 2, p. 27-06/2020, 2019.
- ALVARENGA, M. A. do C. **Mangás Bara**: as imagens de sexo explícito gay na arte sequencial nipônica. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Pelotas, 2022.
- ASINELLI-LUZ, A. e FERNANDES JUNIOR, N. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/AIDS. Pro-Posições [online]. v. 19, n. 2 [Acessado 29 dez. 2022], pp. 81-97, 2008.
- BARROS, S. G.; SILVA, L. M. V. "A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da AIDS e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990." **Saúde em Debate**, 114-128, 2017.
- BASTOS, C. **Ciência, poder e ação**: as respostas à SIDA. Lisboa: Editora Imprensa de Ciências Sociais, 259p, 2002.
- BAYER, R; EDINGTON, C. **HIV testing, human rights, and global AIDS policy**: exceptionalism and its discontents. J Health Polit Policy Law, 2009.
- BESSA, M. S. **Os perigosos**: autobiografias e AIDS. Rio de Janeiro: Aeroplano/ABIA, 432p, 2002.
- BIEHL, J. **Antropologia no campo da saúde global**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, n. 35, p. 257-296, 2011.
- BONELL, *et al.* **Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behavior**. Journal of Epidemiology and Community Health, v. 60: pp. 502-506. 2006,
- BORGES, J. V. *et al.* Deu "match"?! as características dos perfis de usuários de aplicativos de namoro. **Revista Alcance**, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS. Brasília, DF, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST's, HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente. **Prevenção Combinada do HIV**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil DESAFIOS para a EQUIDADE e o ACESSO**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. **Portaria No. 34/SVS/MS de 28 de julho de 2005** (pp. 77–78). Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral**. Brasília, DF, 2001.

BRITO, J. F. P. Um bairro negro para a estratégia olímpica do Rio de Janeiro— empreendedorismo urbano, essencialismo e conflitos sociopolíticos no Brasil contemporâneo. **Análise Social**, v. 56, n. 240, p. 520-546, 2021.

CALAZANS, G. **Prevenção do HIV e da Aids**: a história que não se conta, a história que não te contam. Rio de Janeiro: ABIA, 2019.

CAMPOS, C.H. *et al.* **Cultura do estupro ou cultura antiestupro?** Rev Direito GV, 2017.

CARLO HOJILLA, J. *et al.* Sexual behavior, risk compensation, and HIV prevention strategies among participants in the San Francisco PrEP demonstration project: a qualitative analysis of counseling notes. **AIDS and Behavior**, v. 20, p. 1461-1469, 2016.

CARTAXO, M. G. **A política de AIDS (2006-2016): conflitos e transformações**. 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CARVALHO, C. A.; AZEVÊDO, J. H. P. Do AZT à PrEP e à PEP: AIDS, HIV, movimento LGBTI e jornalismo. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 2, 2019.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, V.3(2), pag.237–264, 1996.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. **A saúde persecutória**. Os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N.; SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5361-5370, 2021.

COSTA, P. A.; GONÇALVES, J. A. R. Não monogamia consensual: atitudes e experiências de pessoas heterossexuais, homossexuais e plurissexuais. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 21, n. 01, p. 104-110, 2020.

COSTA, A. H. C.; GONÇALVES, T. R. “**Os vulneráveis dos vulneráveis**”: masculinidades e Profilaxia Pós-Exposição no serviço de saúde no Sul do Brasil. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), 2021.

CRUZ, M. S.; SAAD, A. C.; SALETTE, M.B.F. "Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas." **J. bras. Psiquiatr.** 355-362, 2003.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity is health**. Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, 2007.

DANIEL, H. **Vida antes da morte/Life before death**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro, EditoraFGV, 2003.

DICLEMENTE, *et al.* Parental Monitoring: Association with adolescents risk behaviours. **Pediatrics**, v. 107 (6): pp. 1363-1369, 2001.

DO CARMO, C. M. **Gênero, relações familiares e toxicidade materna**. Airton Carlos Batistela, p. 102, 2020.

FACCHINI, R. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Garamond Editora; Rio de Janeiro, 2005.

FARIAS, I. S. da C. J. Identidades-gênero, sexual e romântica. **Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero**, v. 9, n. 2, p. 377-396, 2018.

FERRAZ, D. **Prevenção combinada na perspectiva dos direitos Humanos**. Boletim ABIA. n.61, 2016.

FERRARI, W. *et al.* **Nas tramas da sexualidade**: um estudo sobre trajetórias afetivo-sexuais de homens jovens gays. Tese de Doutorado, 2021.

FISHER J, *et al.* **The dynamics of repeat HIV testing, and interventions for repeat HIV testers**. AIDS Behav 2002.

FRY, P. e MACRAE, E. **O que é homossexualidade** (7a ed.). São Paulo: Brasiliense . (Original publicado em 1983), 2012.

GAGNON, J. H. Gender Preference in Erotic Relations: The Kinsey Scale and Sexual Scripts. **Concepts of Sexual Orientation**, p. 177-207, 1990.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34, 2000.

GIDDENS, A. **The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies**. Cambridge: Policy Press, 1992.

GOMES, C. e MUNAIER, S. "Manto da massa": Pertencimento, cocriação e engajamento em uma campanha histórica de vendas de camisas oficiais no futebol brasileiro. **Podium**, v. 10, n. 4, p. 81-108, 2021.

GRANGEIRO, A. *et al.* **O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura**. Rev Bras Epidemiol, 2015.

GRANGEIRO, A. *et al.* **Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil (Relatório de Pesquisa)**. São Paulo, 2007.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

GOHN, M.G. **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2015.

GUERREIRO, M. das D.; CAETANO, A.; RODRIGUES, E. **A família(d)escrita pelos jovens: permanência e mudança de modelos de paternidade**. Actas do VI Congresso Português de Sociologia, Associação Portuguesa de Sociologia, 2008.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público, a AIDS em seis jornais franceses. **Physis**, Rio de Janeiro, 2(1): 7-35. 1992.

HOAGLAND, B *et al.* High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. **Journal of the International AIDS Society**, 20 (1): 21472. 2017.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Editora 34, 296 p, 2003.

HUEBNER, A.; HOWELL, L. **Examining the relationship between adolescents sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication and parenting styles**. Journal of adolescent Health, p. 71-78, 2003.

JACOBSEN, A. D. L. *et al.* **Perfil metodológico de pesquisas elaboradas no âmbito das instituições de ensino superior brasileiras: Uma análise de publicações feitas pela revista ciências da administração**. Ciências da administração, p. 15, 2017.

JIN, F. *et al.* **Predictors of recent HIV testing in homosexual men in Australia**. HIV Med 2002.

JUNIOR, O. C. F. e MOTTA, L, R. **Três décadas de diagnóstico de HIV: A experiência brasileira**. Diretora do CRT de São Paulo/SP. 2015.

JUNQUEIRA, R. D. “Aqui não tem os gays nem lésbicas”: estratégias discursivas de agentes públicos ante medidas de promoção do reconhecimento da diversidade sexual nas escolas. **Bagoas – Estudos gays: gênero e sexualidades**, v. 3, n. 04, p. 171-189, 2009.

LAURINDO-TEODERESCU, L; TEIXEIRA, P. **Histórias da aids no Brasil 1983-2013: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids**. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Brasília, 2013.

LEITE, L. H. A. **Escola: Espaços e Tempos de Reprodução e Resistência da Pobreza**. Módulo I. Curso de Especialização em Educação, pobreza e Desigualdade Social. Brasília–DF: MEC. 2015.

LIMA, P. B. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o aconselhamento no teste rápido para HIV. **Esc. Anna Nery**, 24 (2): e20190171, 2020.

KNAUTH, D. R.; VICTORA C. G., LEAL O. F. **A banalização da Aids**. Horiz antropol, 1998.

MABIRE, X. *et al.* Pleasure and PrEP: Pleasure-seeking plays a role in prevention choices and could lead to PrEP initiation. **American Journal of Men's Health**, v. 13, n. 1, p. 1557988319827396, 2019.

MACÊDO, M. R. **Aids em movimento: jovens ativistas na luta contra a Aids no Brasil em tempos de biomedicalização**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2021.

- MACKELLAR, D. et al. **Repeat HIV testing, risk behaviors, and HIV seroconversion among young men who have sex with men: a call to monitor and improve the practice of prevention.** *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2002.
- MAGNO, L. et al. Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil. **Global Public Health**, 14 (8): 1098-1111, 2019.
- MANNHEIM, K. **O problema sociológico das gerações.** In: FORACCHI, Marialice M. (org.) *Karl Mannheim: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1982.
- MARCUS, U, et al. **Recency and frequency of HIV testing among men who have sex with men in Germany and socio-demographic factors associated with testing behaviour.** *BMC Public Health* 2015.
- MASON, G. **The spectacle of violence: Homophobia, gender and knowledge.** London: Routledge, 2002.
- MELLO, L. et al. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.** *Sex Salud Soc*, 2011.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.
- MISSE, M. **O estigma do passivo sexual.** 3. Ed. Rio de Janeiro, Booklink, 2007 [1979].
- MONTEIRO, S. et al. **Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem.** *Ciênc. saúde coletiva*, 24 (5): 1793-1807, 2019.
- MONTEIRO, S. **Aids, juventude e diversidade cultural.** In: *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- MORAES DE LUIZ, G.; SPINK, M. J. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*. 13(3), 39-56, 2013.
- MUNIZ, C. G.; BRITO, C. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? **Saúde em Debate**, v. 46, p. 1093-1106, 2023.
- NASCIMENTO, G. C. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. A Revelação da Homossexualidade na Família: Revisão Integrativa da Literatura Científica. **Trends in Psychology** [online], v. 26, n. 3, 2018.

NOVAES, R. **O campo das políticas públicas de juventude: processos, conquistas e limites.** Juventude e educação: identidade e direitos. São Paulo: Flacso, 2019.

O'ROURKE, Shannon *et al.* The PrEP journey: Understanding how internal drivers and external circumstances impact the PrEP trajectory of adolescent girls and young women in Cape Town, South Africa. **AIDS and Behavior**, v. 25, p. 2154-2165, 2021.

PARKER, R. **Construindo os alicerces para a resposta o HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre HIV/AIDS, 1982-1996.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.27, p.8-49, 2003.

PARKER, R. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1997.

PATRÍCIO, J. V. S. As margens são o centro: as diferentes expressões de centralidade da sociabilidade gay na área central do Rio de Janeiro. **Boletim Alfenense de Geografia**, v. 2, n. 4, p. 95-117, 2022.

PIMENTA, Maria Cristina *et al.* Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00290620, 2022.

POPADIUK, G.; OLIVEIRA, D.C.; SIGNORELLI, M.C. **A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no sistema Único de saúde (SUS):** Avanços e desafios. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017.

PHILLIPS, K. *et al.* **Predictors of repeat HIV testing among gay and bisexual men.** *AIDS*, 1995.

PINHEIRO, F. A.; ALMEIDA, A. B. **Análise da Percepção de Risco de Acidentes de Trabalho pelos Trabalhadores de uma empresa Agrícola de Produção de Uvas.** Universidade Federal do Vale do São Francisco., p. 27, 2016.

REDOSCHI, B. *et al.* . Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. **Cad. Saúde Pública**, 33 (4): e00014716, 2017.

REIS, M. S. P. **Promoção da Saúde Sexual em Jovens Universitários Portugueses- Conhecimentos e Atitudes Face a Contraceção e a Prevenção das ISTs.** Tese de Doutorado. Universidade Tecnica de Lisboa (Portugal), 2012.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, 2018.

- RIOS, P. P. S.; DIAS, A. F.; BRAZÃO, J. P. G. “Lembro-me de querer andar durinho, como se diz que homem deve ser”: a construção do corpo gay na escola. **Revista Exitus**, v. 9, n. 4, p. 775-804, 2019.
- RODRIGUES, B. da F. M.; DA SILVA COUTINHO, I. M. Gayme na tela: a representação do homem gay no programa “Amor e Sexo”. **Revista de Estudos Universitários-REU**, v. 48, p. e022016-e022016, 2022.
- ROSA, W. F.S. Violências nas trajetórias afetivo-sexuais de jovens gays: “novas” configurações e “velhos” desafios. **Cien Saude Colet**, v. 8, n. 2, p. 414-437 2021.
- ROSA, R. da; ROMANINI, M. Da culpa e do medo ao alívio e desejo de ser quem se é: a “saída do armário” de jovens homo e bissexuais para suas famílias. **Diversidade e Educação**, v. 8, n. 2, p. 414-437, 2020.
- RYDER K, et al. **Psychosocial impact of repeat HIV-negative testing**: a follow-up study. *AIDS Behav* 2005.
- SAGGESE, G. S. R. Do receio de existir ao direito de conviver: reflexões e apontamentos sobre homossexualidade masculina, geração e transformações sociais. **Revista Científica Gênero na Amazônia**, n. 6, p. 15-38, 2022.
- SANTOS, É. E. P. *et al* . Vivências de jovens em terapia antirretroviral para o HIV: estudo fenomenológico. **Av. Enferm**. v. 37, n. 3, p. 323-332, 2019.
- SILVA, J. M. **Políticas de AIDS e Juventude**: refletindo sobre os programas de Assistência à Saúde de jovens vivendo com HIV/AIDS em Belém (PA). Dissertação de Mestrado em Serviço Social, 2010.
- SILVA, L. A. V.; IRIART, J. A. B. Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. 14 (35), 2010.
- SILVA, C. R. L., *et. al*. **A Juvenilização do HIV/Aids**: Um desafio na contemporaneidade. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (COMBRACICS). 2017.
- SOLIVA, T. B.; SILVA JUNIOR, J. B. da. Entre revelar e esconder: pais e filhos em face da descoberta da homossexualidade. **Sex., Salud Soc**. Rio de Janeiro, n. 17, p. 124-148, 2014.
- SOUZA, H.C. *et al*. (2020). Contagem de linfócitos TCD4 + e carga viral em pacientes HIV+ de um laboratório de referência. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, 2020.

TARROW, S. **O poder em movimento: movimentos sociais e confronto político**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas de AIDS. *In*: PARKER, R. (org.). **Políticas e instituições de AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. ZAHAR/ABIA, p.43-68, 1997.

TERTO JR, V; RAXACH, J. C. **Preconceitos e estigmas no caminho para uma prevenção combinada**, Rio de Janeiro: Boletim ABIA, n. 63, p. 4-8, 2018.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. Genebra, 2014.

UNAIDS. **Global AIDS Strategy 2021-2026 - End Inequalities**. End AIDS. Genebra, 2021.

VALLE, C. G. Identidades, doença e organização social: um estudo das "Pessoas Vivendo com HIV e AIDS". **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 179-210, Jun. 2002.

VELHO, G. **O multipertencimento e os jovens do mundo contemporâneo**, São Leopoldo, RS, Revista Humanitas- Unisinos. Dez. 2006.

VELHO, G. Observando o familiar. *In*: Individualismo e cultura: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. RJ. Jorge Zahar Editor, 1994.

WASELFISZ, J. J. **Relatório de Desenvolvimento Juvenil**. UNESCO; Cortez Editora, Brasília, DF. 2007.

ZUCCHI, E. M. *et al.* 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**, v. 34, 2018.

APÊNDICE I - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data da coleta de dados: _____/_____/_____

Contexto da entrevista (abordagem, disponibilidade, ..).....

Local de moradia:

Idade:

Escolaridade:

Atuação profissional:

Renda mensal:

Cor/raça:

Sexualmente como se identifica:

1. Descreva como é um dia habitual na sua vida
2. Como foi o processo da revelação da sua orientação sexual para seus familiares?
3. Quais locais você costuma ir com seus amigos? Você tem amigos que também são gays?
4. O que você sabe sobre a Aids? (explorar meios de prevenção e tratamentos da pessoa infectada pelo vírus)
5. Você conhece alguém com o vírus da Aids? (explorar o que sabe sobre a vida das pessoas com HIV e das pessoas com AIDS)
6. Você poderia me falar sobre suas práticas sexuais (o que gosta de fazer, com que frequência faz sexo)
7. Fazer sexo com parceiro estável e ocasional tem diferença? Qual?
8. Na sua prática sexual, você acha que corre algum risco de contrair alguma IST? Por quê?
9. Você usa algum método de prevenção do HIV? Qual ou quais? Em que situações você usa?
10. Você sabe o que é PrEP? Já ouviu falar da PEP? Já usou PrEP? Já usou PEP?
11. Qual o motivo para você realizar a testagem rápida para HIV?

12. Com que regularidade você faz a testagem do HIV?
13. Quantos parceiros sexuais você teve desde sua última testagem?
14. Você considera que a testagem regular é um método de prevenção ao HIV? Por quê?

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: *Juventude e Aids: Um estudo qualitativo sobre a percepção de risco entre homens que fazem sexo com homens (RJ)*, desenvolvida por Marcos Gleison Araujo Silva, mestrando do Programa Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), sob supervisão da pesquisadora Simone Monteiro. O estudo objetiva analisar a percepção de risco ao HIV entre homossexuais de 18 e 24 anos, com vida sexual ativa. Além de caracterizar o perfil social e as práticas sexuais deste grupo em espaço de sociabilidade gay no Rio de Janeiro, identificando a percepção de risco ao HIV e as estratégias de prevenção utilizadas por esses jovens, bem como a frequência e a motivação para a testagem anti-HIV.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer participar, bem como desistir a qualquer momento sem ser penalizado de nenhuma maneira.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista individual sobre sua rotina de vida, seus espaços de sociabilidade, seu entendimento sobre HIV/AIDS e suas formas de prevenção, com duração de cerca de uma hora, em local privativo e conduzido por Marcos Araujo. A entrevista será gravada em áudio e depois transcrita. É importante ressaltar que serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestada. Para isso, qualquer dado que possa identificá-la(o) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; o material colhido em campo será armazenado em local seguro.

Por abordar temas sensíveis da trajetória de vida, como relacionamentos afetivo-amorosos, a entrevista tem o risco potencial de gerar constrangimento. Você tem o direito de não responder perguntas que lhe causem sofrimento ou desconforto e pode desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que isto lhe traga prejuízo. Você também pode solicitar que determinadas falas não sejam gravadas. Asseguramos a confidencialidade e privacidade das informações obtidas. Todas as informações obtidas ao longo da entrevista serão utilizadas exclusivamente para a finalidade do estudo. Não serão utilizadas quaisquer informações que possam lhe trazer prejuízos econômicos, sociais ou à autoestima, ou que prejudiquem a sua comunidade. Em caso de danos decorrentes da pesquisa, seja no plano econômico, social ou à autoestima, você poderá receber assistência integral e imediata, tanto do pesquisador quanto

das organizações envolvidas, entrando em contato por telefone ou pessoalmente para que suas demandas sejam resolvidas o quanto antes possível, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, tal como dita a resolução CNS N° 466 de 2012.

Você não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Em caso de alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido de todos os gastos individuais, conforme a resolução n° 196 II.13 que aborda as questões de ressarcimento de despesas decorrentes da participação do sujeito em pesquisa. Vale ressaltar também que caso o participante venha sofrer algum tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, este terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais, de acordo o Código Civil (Lei 10.406 de 2002, sobretudo nos artigos 927 a 954, dos Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da Indenização), Título IX Da Responsabilidade Civil).

Os benefícios relacionados a sua participação são de contribuir para o conhecimento científico sobre a formulação e desenvolvimento de projetos sociais e políticas de saúde sexual e reprodutiva para jovens.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio da publicação de artigos e apresentação em congressos e eventos, em que seu nome não será identificado. Vale ressaltar que o resultado da pesquisa será disponibilizado para todos os participantes da pesquisa de forma acessível e adequada, sendo disponibilizado o trabalho completo para leitura enviado por e-mail, como também será disponibilizado um folder enviado por e-mail com informações sobre os resultados que foram obtidos graças a participação de todos os integrantes.

Além disso, todos os resultados presentes no estudo que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade serão comunicado as autoridades competentes, preservando a imagem dos participantes da pesquisa para que não sejam estigmatizados.

Você assinará 02 (duas) vias, de igual teor, desse termo, bem como rubricará todas as suas páginas junto com o pesquisador. Uma delas será entregue a você e a outra ficará com a pesquisadora.

Você poderá tirar suas dúvidas sobre os procedimentos do projeto e sua participação com as pesquisadoras através dos seguintes contatos: Simone Monteiro - Lab. Educação em Ambiente e Saúde Av. Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - 21.045 -900. Pavilhão Lauro Travassos, sala 49. Tel.: (21) 2562-1607 e-mail: monteiro.simone.fiocruz@gmail.com e Marcos Araujo - e-mail: marcosgcure@gmail.com.

Você também poderá tirar suas dúvidas quando aos aspectos éticos da pesquisa através dos contatos de telefone e e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Portanto, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço: Comitê de Ética da ENSP na FIOCRUZ: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos. Tel. (21) 2598-2525 – (21) 2598-2863. Site: <http://www6.ensp.fiocruz.br/etica>
E-mail: <https://cep.ensp.fiocruz.br>.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisador: Marcos Gleison Araujo Silva