



Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)

ISSN: 1984-6487

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

Costa, Adriano Henrique Caetano; Gonçalves, Tonantzin Ribeiro
“Os vulneráveis dos vulneráveis”: masculinidades e Profilaxia
Pós-Exposição no serviço de saúde no Sul do Brasil
Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), núm. 37, e21215, 2021
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293369761017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

ARTIGO



***“Os vulneráveis dos vulneráveis”:* masculinidades e Profilaxia Pós-Exposição no serviço de saúde no Sul do Brasil**

Adriano Henrique Caetano Costa¹

> adrianohcaetano@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1207-5320

Tonantzin Ribeiro Gonçalves²

> tonantzinrg@unisinos.br

ORCID: 0000-0003-0249-3358

¹Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Rio Grande do Sul, São Leopoldo, Brasil

Copyright © 2021 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: A partir de uma etnografia com usuários e profissionais de saúde de um serviço especializado em HIV/Aids no Sul do Brasil, o artigo discute a aplicação de novas estratégias de prevenção em populações vulneráveis, em especial entre homens. Argumenta-se a importância de considerar as formas criadas e adaptadas pelos homens para manejar os riscos de infecção pelo HIV nessas estratégias. Aborda ainda como as práticas e mensagens de prevenção são moldadas por indivíduos e comunidades para adequá-las aos seus desejos e práticas sexuais, tendo as relações de gênero e as vulnerabilidades papel central no uso que usuários e profissionais de saúde fazem das políticas e das ferramentas biotecnológicas disponíveis. Nesse sentido, o estudo lança luz sobre como a construção das masculinidades conformam o modo pelo qual os homens acionam estratégias de prevenção ao HIV/Aids.

Palavras-chaves: Masculinidades; Aids; Vulnerabilidade em Saúde; Profilaxia Pós-Exposição; Promoção da saúde.

"The vulnerables of the vulnerables": Masculinities and Post-Exposure Prophylaxis in the Health Service in Southern Brazil

Abstract: Based on an ethnography work with users and health professionals from a specialized HIV/AIDS Service in Southern Brazil, the article discussed the application of new prevention strategies in vulnerable populations, especially among men. It argues the importance of considering the ways created and adapted by men to manage the risks of HIV infection. It also addresses how prevention practices and messages are shaped by individuals and communities, as a way of adapting them to their sexual desires and practices, with gender relationships and vulnerabilities playing a central role in the users and health professionals' use of the health policies and the available biotechnological tools. In this sense, the article sheds light on how the construction of masculinities conforms the way in which men trigger HIV/AIDS prevention strategies.

Key words: Masculinities; AIDS; Health Vulnerability; Post-Exposure Prophylaxis; Health Promotion.

"Los vulnerables de los vulnerables": masculinidades y profilaxis posexposición en el servicio de salud del Sur de Brasil

Resumen: Basado en una etnografía con usuarios y profesionales de la salud de un servicio especializado en VIH/SIDA en el Sur de Brasil, el artículo analiza la aplicación de nuevas estrategias de prevención en poblaciones vulnerables, especialmente hombres. Se argumenta la importancia de considerar las formas creadas y adaptadas por los hombres para manejar los riesgos de infección por VIH en estas estrategias. También se analiza cómo las prácticas y los mensajes de prevención son moldeados por los individuos y las comunidades para adaptarlos a sus deseos y prácticas sexuales, teniendo las relaciones de género y las vulnerabilidades un papel central en el uso que los usuarios y los profesionales de la salud hacen de las políticas y herramientas de la biotecnología disponibles. En este sentido, el estudio arroja luz sobre cómo la construcción de masculinidades configura la forma en que los hombres activan las estrategias de prevención del VIH/SIDA.

Keywords: masculinidades; SIDA; Vulnerabilidad de la salud; La profilaxis posterior a la exposición; Promoción de la salud.

“Os vulneráveis dos vulneráveis”: masculinidades e Profilaxia Pós-Exposição no serviço de saúde no Sul do Brasil

Introdução

No período de janeiro de 1980 a junho de 2020 foram registrados nas bases de dados oficiais 1.011.617 casos de Aids no Brasil. Desse total, 200.712 casos (19,8%) são provenientes da região Sul e 99.616 casos do Rio Grande do Sul (9,8% do total do país e 49,6% do total da região Sul). A partir de 2013 observou-se uma tendência a redução dos casos de Aids no Rio Grande do Sul, que passaram de uma média de 4.726 casos anuais (2009-2013) para 3.496 (2015-2019) (Rio Grande do Sul, 2021).

Ao analisar os casos de infecção pelo HIV do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2009 a junho de 2020 a principal categoria de exposição foi a heterossexual (61,6%), seguida da homossexual ou bissexual (17,6%) e de uso de drogas injetáveis (2,6%). Ao longo da série histórica verifica-se uma redução no número de casos entre os heterossexuais e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), embora entre as mulheres, 85,1% dos casos tenham ocorrido por transmissão heterossexual. Entre homens que fazem sexo com homens (HSH), que compreendem homossexuais e bissexuais, houve aumento, passando de 22,4% em 2009, para 32,8% em 2019 (Rio Grande do Sul, 2021). Portanto, essa tem sido uma população considerada alvo de ações preventivas específicas.

No Brasil pesquisas utilizando a metodologia qualitativa *Respondent Driven Sample* (RDS) enfocando populações chaves, como a de HSH, corroboram afirmativa de que estes têm sido os mais afetados e requerem maiores investimentos na gestão e na organização dos serviços de saúde, tanto em relação ao HIV como a outros agravos (Kerr, 2017; Szwarcwald, 2016; Grinsztejn et al., 2017). Nesse sentido, populações chaves são aquelas pessoas atingidas desproporcional e desigualmente em comparação à população geral, tanto sob o ponto de vista epidemiológico quanto em relação ao acesso à saúde, além de se encontrarem sob maior vulnerabilidade para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, hepatites virais e coinfeção Tuberculose-HIV (Brasil, 2018).

Nesse cenário, as estratégias de prevenção atuais buscam combinar interven-

ções estruturais¹, comportamentais e biomédicas usando, dentre outras ferramentas, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP). No Brasil a PEP está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1999 para casos de estupro e exposição ocupacional. A partir de 2011 seu uso se ampliou para situações de exposição sexual consentida com pessoa vivendo com HIV/Aids ou de status sorológico desconhecido, sendo incluída nas ações voltadas para as populações consideradas mais vulneráveis a epidemia (Brasil, 2010a). A PEP consiste em uma dose de três medicamentos antirretrovirais (ARV) por 28 dias, realização de testagem rápida e aconselhamento pré e pós-teste. O acesso se dá em serviços de urgência e emergência ou nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), sendo que após a administração dos medicamentos o usuário deve ser acompanhado até o diagnóstico final (Brasil, 2017). Porém, nas normativas e protocolos de tratamento do Ministério da Saúde sobre a PEP em situações de exposição sexual esta é considerada uma medida excepcional, pois o uso de preservativo permanece como estratégia central (Brasil 2010a; Brasil, 2010b).

Os critérios para indicação de PEP sexual incluem o tipo de exposição sexual, a medida de risco de transmissão de cada prática sexual (anal, vaginal e oral), a condição sorológica da parceria sexual da pessoa exposta (parceiro fonte) e, quando esta for desconhecida, a prevalência presumida do HIV no segmento populacional a que esta parceria pertence (Brasil, 2010a). O esquema ARV da PEP foi simplificado na atualização do protocolo clínico em 2017 (Brasil, 2017), recomendando-se a profilaxia pela avaliação do risco da situação de exposição e não mais por categorias de exposição (ocupacional, violência sexual e exposição sexual consentida). Isso significa, no cotidiano dos serviços, que todo o usuário será avaliado pelo risco de exposição, unificando o fluxo de atendimento que antes era de acordo com a categoria de exposição. Assim, a PEP passa a ser inserida no âmbito da Prevenção Combinada, abordagem que estimula o emprego de várias estratégias como Profilaxia Pré-exposição PrEP², testar e tratar, prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e hepatites virais, PEP, entre outras.

O Rio Grande do Sul seguiu os critérios de indicação e fluxos assistenciais pro-

¹ As intervenções estruturais enfocam determinantes que amplificam vulnerabilidades ao HIV entre pessoas e grupos específicos, tais como aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos. A Prevenção Combinada, portanto, deve abarcar ações voltadas, por exemplo, para diminuir o estigma, a violência e exclusão social de grupos marginalizados, combater desigualdades no nível educacional e de acesso à saúde, dentre outros (Brasil, 2017).

² A Profilaxia Pré-Exposição é indicada para quem não têm HIV, mas está mais exposto ao vírus (pessoas trans e travestis, gays e homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes). A medicação com antirretrovirais deve ser tomada todos os dias para proteger do HIV (Brasil, 2017)

postos no protocolo nacional (Rio Grande do Sul, 2014a), como ilustra a Figura 1. Percebe-se que a oferta e início da PEP pode se dar a partir de diferentes serviços, tendo os SAE um papel importante no acolhimento e seguimento dos casos.

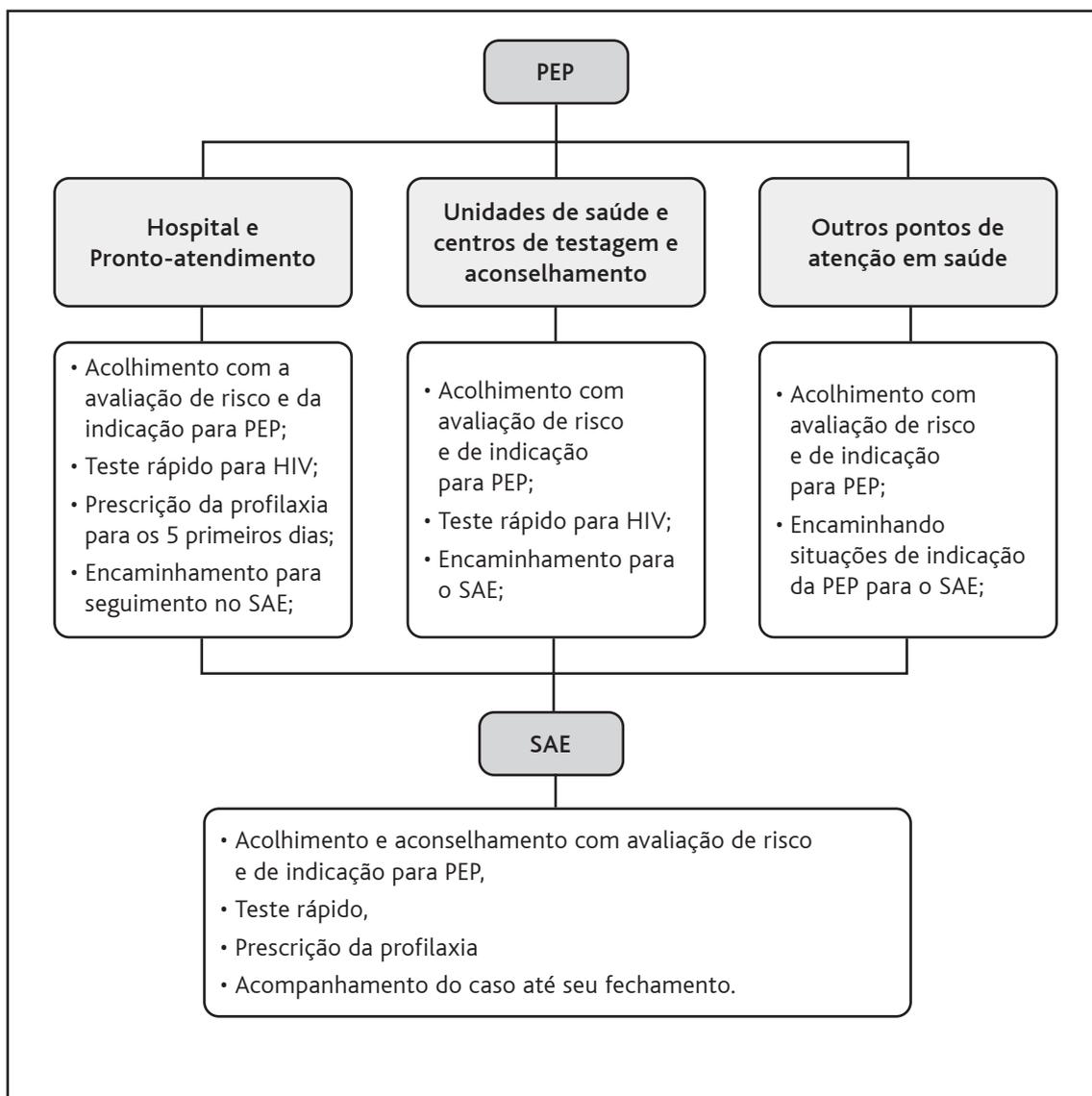


Figura 1. Fluxo assistencial da PEP no Rio Grande do Sul
(Adaptado de Rio Grande do Sul, 2014a).

Embora não se tenha ainda dados oficiais, pesquisas qualitativas recentes indicam que os homens têm sido os usuários mais frequentes da PEP. Sandra Filgueiras, observou que a busca pelos usuários e a indicação da PEP pelos profissionais de um serviço de saúde carioca eram atravessadas por distintas lógicas de risco e padrões morais discriminatórios, baseando-se em um modelo de aten-

ção médico-centrado e prescritivo (Filgueiras e Maksud, 2018). Já a pesquisa da Vivian Alvarez (2017) verificou que grande parte dos homens usuários que usufruíam da PEP não cumpriam os critérios e não eram parte das populações-chave, ensejando barreiras para o uso da profilaxia. Assim, as construções sociais das masculinidades agenciavam a busca de prevenção pelos homens atrelando linearmente a homossexualidade e o sexo anal ao risco (Alvarez, 2017). Ainda, a pesquisa de Bruno Kauss (2017) com profissionais de um SAE de Porto Alegre descreveu dificuldades na implementação da PEP, tais como a concentração de atividades em poucos profissionais, o baixo conhecimento sobre o protocolo da PEP, o desalinhamento institucional entre as diferentes portas de entrada da PEP, as percepções negativas sobre a PEP e sobre o comportamento dos usuários. Por outro lado, identificaram-se facilitadores como o atendimento da PEP como emergência médica no SAE, o aconselhamento realizado pelos profissionais de enfermagem e o reconhecimento da coordenação sobre a necessidade de mudar os processos de trabalho para efetivar a PEP (Kauss, 2017). Em geral, pode-se dizer que as dificuldades na implementação da PEP envolvem o desconhecimento sobre o protocolo e uma leitura moralizante da estratégia de prevenção.

Nesse cenário, o artigo visa investigar a implementação e acesso a PEP na experiência de homens, usuários de um SAE do Rio Grande do Sul, a partir de uma pesquisa etnográfica realizada de março a agosto de 2018. As relações de gênero (Butler, 2003a) e o conceito de vulnerabilidade (Ayres, Paiva e França-Jr, 2012) são marcos teóricos importantes para a compreensão da atual política de Prevenção Combinada do HIV (Brasil, 2017) que prevê o emprego conjunto de estratégias comportamentais, sociais e biomédicas nas ações de prevenção. O artigo tem como inspiração teórica o diálogo entre a saúde coletiva e as ciências sociais ao compreender que as relações de gênero são construções sociais alocadas em contextos culturais de masculinidades e feminilidades. Portanto, entende-se que as relações de gênero também se atualizam no cuidado em saúde, sendo um desafio contemplá-las na construção das políticas públicas e na implementação de ações, por exemplo, de saúde sexual e reprodutiva.

Assim, esse artigo pretende refletir sobre os desafios da PEP no contexto da política de prevenção, lançando luz sobre as experiências dos sujeitos e suas práticas sexuais. Interessa-nos explorar as transformações sociais da experiência do uso da PEP por meio dos significados construídos pelos usuários, como esses indivíduos constroem a sua prevenção combinada para além e a partir do contato com os profissionais e serviços de saúde os quais animam e operam a política.

Método

Tratou-se uma pesquisa qualitativa sob a perspectiva antropológica visando compreender os processos de saúde e doença e as relações entre profissionais-usuários e serviços/instituições de saúde. Entendemos que estes aspectos estão intrinsecamente vinculados aos universos sociais e culturais nos quais os profissionais de saúde e usuários se inserem (Victora, 2011). Nesse sentido, o sistema de saúde constitui-se também como um sistema cultural em que os sujeitos se comunicam e negociam os significados, expressando saúde e doença na interação social (Victora, 2011).

O desafio da etnografia é alargar a análise para além dos contextos locais, compreendendo-a não como uma técnica de coleta de dados, mas enquanto uma forma de olhar, apreender e interpretar a realidade (Victora, 2011). A etnografia implica na contextualização das falas e dos atores sociais, na consideração dos aspectos não verbais e, sobretudo, numa perspectiva não estática da realidade social. Assim, buscou-se examinar as narrativas dos informantes em profundidade para compreender e abranger, tanto quanto possível, a experiência de escolha e construção dos homens das suas estratégias de prevenção da infecção pelo HIV envolvendo a PEP, tomando as relações de gênero como produtoras de vulnerabilidades.

O trabalho de campo foi conduzido ao longo de quinze meses pelo primeiro autor, que também atuava como consultor técnico da política de HIV do Rio Grande do Sul. Como consultor, era responsável por assessorar o desenvolvimento das ações de Prevenção Combinada e articulação com a sociedade civil, o que possibilitou uma perspectiva privilegiada da política e das ações preventivas no âmbito estadual, bem como nos municípios prioritários da região metropolitana de Porto Alegre onde se concentram 80% dos casos de HIV do estado. Foram realizadas inserções exploratórias para a pesquisa em quatro serviços desses municípios. A produção de dados se concentrou na interlocução com um dos SAE que tinha 20 anos de existência e possuía uma boa articulação com os serviços de emergência da cidade. Os demais serviços ou não eram referência para emergência ou ambulatório em HIV/aids reconhecidos pelo Ministério da Saúde, ou se encontravam em situações específicas de implantação inicial da PEP e de reconfiguração da equipe e da rede de serviços devido ao início das novas gestões municipais.

O SAE onde ocorreu a pesquisa de campo localizava-se no centro da cidade, sendo fácil o acesso por meio de transporte público. O prédio, de três andares, comportava uma recepção e quatro salas de atendimento no primeiro andar, outras quatro salas para atendimento médico e uma sala de exames no segundo andar, e uma sala de reuniões no terceiro andar. Na recepção estavam disponíveis

preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante que podem ser retirados livremente sem necessidade de qualquer identificação.

A observação etnográfica abrangeu o SAE com a observação direta dos diversos procedimentos realizados e da rotina do serviço (Knauth, 2010), utilizando roteiros pré-definidos e registros em diário de campo. Foram privilegiadas informações sobre as formas como os usuários acessavam e lidavam com o serviço, a organização e processos de trabalho, as práticas profissionais, os processos de decisão de usuários e profissionais relativo ao tratamento profilático e à escolha de métodos preventivos. As observações se voltaram ainda para a interação entre os diferentes profissionais e destes com os homens, enfatizando-se quem falava, quem decidia, quem acompanhava, quem executava, quem determinava começo e final do tratamento da PEP, enfocando as relações de gênero e de hierarquia social e profissional em situações como: início e final de um dia no serviço, reuniões cotidianas ou extraordinárias, na relação com as instâncias superiores de gestão.

Também foram realizadas entrevistas com quatro com profissionais de saúde que realizam atendimentos com demandas para a PEP e seis usuários. Foram utilizadas entrevistas narrativas, de roteiro semiestruturado, com os homens que buscavam a PEP, para contextualizar suas experiências afetivo-sexuais (hetero e homossexuais), suas relações com a PEP e o serviços de saúde. A escolha dos usuários foi cuidadosa no sentido de incluir sujeitos que tivessem uma vinculação significativa com a experiência da PEP e que fizeram todo o acompanhamento no SAE. Ao privilegiar suas narrativas entende-se que a experiência é representada e recontada a partir de uma ordem significativa e coerente de eventos, possibilitando uma articulação entre presente, passado e futuro (Ricoeur, 1997).

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise de dados. Todo o material oriundo das entrevistas e do diário de campo foi lido exaustivamente para a construção de uma categoria analítica que dialoga com uma abordagem feminista e pós-estruturalista. A partir da crítica à perspectiva identitária da noção da “mulher” e, conseqüentemente, do “homem”, se defende uma visão fractal do sujeito que ultrapassa a distinção entre sexo e gênero, como nos lembra Butler (2003a):

Por mais que o sexo pareça intratável em termos biológicos, o gênero é culturalmente construído: conseqüentemente, não é nem resultado casual do sexo, nem tão pouco aparentemente fixo quanto ao sexo. Assim, a unidade do sujeito já é potencialmente contestada pela distinção que abre espaço ao gênero como interpretação múltipla do sexo (Butler; 2003a: 24).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do

Vale do Rio dos Sinos (processo nº 1.868.853) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As observações no serviço de saúde ocorreram após assentimento da coordenadora do local.

Masculinidades (co)construídas: usuários de PEP e serviços de saúde na era da Prevenção Combinada

A categoria analítica desenvolvida no presente estudo problematizou como as experiências dos homens se articulavam ora em compasso e, ora em descompasso com as ofertas da política e os modos de atenção do serviço, agenciando determinadas masculinidades e cerceando outras. Como fio condutor da narrativa, escolheu-se o caso do Luís Felipe (nome fictício) para ilustrar a relação entre a prevenção ofertada pelos profissionais e as estratégias que os usuários fazem para realizar a prevenção no seu cotidiano, (co)construindo, nesse processo, relações de gênero. Trata-se de um caso de insucesso da PEP, pois ele fez o tratamento três vezes consecutivas e acabou se infectando, mas que ilustrou, no limite, aspectos comuns no atendimento de outros homens que frequentaram o serviço para o uso da PEP.

Luís Felipe tem em torno de 20 anos, branco e trabalhava como *office boy*. A primeira vez que ouvi sobre ele foi durante a entrevista com outro profissional o enfermeiro do SAE que o caracterizava como um usuário “muito difícil”:

Ele tinha o que eu identifiquei como uma **questão psiquiátrica e neurológica**, tanto que ele fez a PEP **umas duas ou três vezes**, só que pelo que a colega me trouxe ela acha que ele tem um déficit cognitivo e na hora da emoção ele acaba não aderindo a camisinha. Ele sempre vem com um discurso de que rompeu a camisinha com uma garota de programa. **Ele se identifica como heterossexual**. Apesar de que às vezes tu percebe no discurso de que eles fazem um esforço para contar aquela história e sempre querendo se afirmar como homem que fica com várias meninas. Numa das conversas ele trouxe para mim a questão de sexo com *trans* sem preservativo, com relato de que **não consegue usar preservativo, que não gosta de usar camisinha, que não vai usar camisinha** e ele traz uma tranquilidade muito grande em ser indetectável e não transmitir. Porque ele continua não usando preservativo até que um determinado momento em que ele próprio se infecta; hoje em dia ele é nosso paciente mas tem uma **dificuldade muito grande de adesão**.

O profissional apresenta Luís Felipe com vários graus de vulnerabilidades em função de supostos problemas de saúde mental, primeiro, porque o rapaz recor-

reu a PEP “*duas ou três vezes*”, depois, porque saía com “*garotas de programas e trans*” (travestis/transsexuais) e, por último, por ter “*dificuldade da adesão*”. Pelo relato, desde que o usuário procurou o serviço para o tratamento da PEP pela primeira vez, tinha dificuldade de adesão. Inicialmente, não usava preservativos nas relações sexuais, depois, não conseguia tomar corretamente os medicamentos para a PEP, o que o levou a infectar-se pelo HIV. Por fim, a dificuldade se mantinha como uma ameaça presente no tratamento do HIV. Chamou atenção, o tom de desconfiança moral com que as práticas sexuais de Luís foram descritas, como se estivesse contando histórias ou escondendo algo ao se definir como heterossexual e assim enviesando a avaliação dos riscos “reais”. Ademais, percebe-se que problemas mentais, sem que tenham sido feito quaisquer diagnósticos clínicos, são tomados como justificativa para as dificuldades de adesão, inferiorizando sua capacidade de julgamento. Outros aspectos, como o fato de que ele nunca deixara de ir às consultas, mantendo um vínculo frequente com o serviço, não eram considerados.

A imagem de um “usuário problemático” e com capacidade limitada de avaliação crítica foi reafirmada por outra profissional ao descrevê-lo:

Ele fazia sexo com homens e mulheres, bi, uma conduta muito vulnerável, muito vulnerável. Também acabou contraindo o HIV e de uma conduta muito vulnerável, de prostituição também, mas com uma questão emocional bem difícil, no início chegou a romper o preservativo com profissional do sexo. (...) Exposição, repetia a mesma exposição para o HIV, repetia o sexo sem preservativo, situação de parceira desconhecida... Esse até é o famoso paciente “mais de 100 mulheres sem camisinha”.

Tais discursos apontam para o rebaixamento da racionalidade dos comportamentos do usuário relacionando-os a problemas emocionais pouco definidos e também a presença de uma avaliação tácita do serviço sobre ele, descrito como o “*famoso paciente*”. Assim, duas imagens se construíram sobre esse usuário. A primeira imagem se alinha à ideia de impulsividade e de “supermacho” para Luís Felipe que, em alguns momentos reivindica a heterossexualidade e, em outros, assume que fez sexo com *trans* e mesmo com homens. Sobre isso, destaca-se que as normas heterossexistas, heteronormativas e homofóbicas de muitos contextos sociais podem ser especialmente problemáticas para homens gays e bissexuais, que escondem sua sexualidade ou lidam com uma identidade estigmatizada (Ryan e Futterman, 2001). O heterossexismo descreve que todos são (ou devem ser) heterossexuais (Yep, 2002), enquanto a heteronormatividade seria um padrão normativo que enfatiza o binário homem-mulher, que alinha biológico e gênero produzindo papéis e normas de relação afetivo-sexual apenas nesse espectro (Jackson, 2006).

Assim, as normas sociais muitas vezes inibem os homens de formar relações íntimas e significativas entre si e os estereótipos podem sujeitar os adolescentes e jovens heterossexuais a situações de homofobia e violência física (Brown e Alderson, 2010; Pascoe, 2007). Portanto, normas sociais heteronormativas, heterossexistas e homofóbicas performadas nos mais diversos contextos sociais, incluindo os serviços de saúde, afetam diretamente a saúde de homens que se identificam como heterossexuais (Bryant e Vidal-Ortiz, 2008), como Luís Felipe.

A segunda imagem que se coloca para Luís Felipe a partir das definições do serviço é a que chamaremos de “vulnerável do vulnerável”, a qual delimita um desprestígio moral e até intelectual do usuário, obstruindo a visão das questões sociais e da agência subjetiva implicadas no seu comportamento. A ideia de vulnerabilidade nos remete ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos que nos ajuda a ver para além dos riscos epidemiológicos, identificando fatores sociais e de acesso a serviços que podem aumentar ou reduzir a capacidade individual de lidar não apenas com a suscetibilidade ao vírus, mas com suas consequências em caso de infecção. Tal concepção foi desenvolvida por Mann et al. (1993) no cenário internacional e radicalizada no Brasil para pensar a prevenção à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (Ayres, Paiva e França Jr., 2012). Assim, parece sem sentido falar de prevenção para populações chaves, definição que traz consigo valores universalistas e essencialistas sobre identidades muito abstratas e estereotipadas. Uma abordagem preventiva atenta a vulnerabilidades e direitos humanos busca promover modalidades particulares de encontros sensíveis às assimetrias de poder e aos elementos subjetivos, contextuais e estruturais que determinam diferentes susceptibilidades ao HIV/Aids (Ayres, 2002).

Quanto à Luís Felipe, porém, evidencia-se a construção de uma imagem cínica de masculinidade dominante mas, ao mesmo tempo, frágil, descontrolada e irracional, sugerindo a (co)construção de relações de gênero e subalternidade na interação entre usuários e serviços de saúde. Sobre isso, considera-se um ganho importante que as relações de gênero sejam contempladas pelo estado nas ações de educação e prevenção quanto ao HIV/Aids. Porém, Bates, Hankivsky e Springer (2009), argumentam que a compreensão de gênero mais recorrente e difundida por agências internacionais que inspiram políticas de Estado por todo mundo é seriamente limitada numa abordagem binária do “ser homem” e “ser mulher”.

Entende-se que o Estado, em sua diversidade de instituições e normas, orienta a distribuição de recursos materiais e simbólicos, atravessa o cotidiano dos sujeitos e se materializa na própria produção dos desejos relacionados a gênero e sexualidade, sejam esses de reconhecimento, aceitação ou de marginalização. Não falamos aqui somente de protocolos e normativas técnicas, mas de um sistema de valores, uma forma de institucionalização muito difícil de se desvencilhar. Butler

(2003b) afirma que os sujeitos são levados a construir uma atração pelo Estado, ou seja, uma “tendência de se desejar o desejo do Estado ou o interesse de se tornar desejável pelo Estado” (p: 32). Nessa perspectiva, Vianna e Lowenkron (2018) entendem que as políticas públicas refletem como o Estado e o Gênero se (co)produzem em ato nos cotidianos burocráticos, relacionais e institucionais, moldando, limitando e produzindo materialidades e performances situadas:

É impossível pensar as relações, performances e imaginações de gênero “fora do Estado”, do mesmo modo que não há processos de Estado (e, particularmente, de formação de Estado-nação) que não sejam atravessados por dinâmicas, gramáticas e/ou dispositivos generificados (p:13).

Assim, o Estado não seria uma instituição normativa distante das vidas ordinárias, mas produtora de sistemas simbólicos, desejos e códigos morais. Butler (2002) defende que as materialidades estão diretamente relacionadas às performatividades dos sujeitos. Assim, processos sociais sustentados por discursos heteronormativos, heterossexistas e de masculinidade hegemônica se reificam e se produzem nos serviços de saúde que os homens acessam, evidenciando como o Estado se faz gênero e o gênero se constrói no Estado. O caso de Luís Felipe ilustra a (co)construção do padrão normativo masculino de virilidade e força, ao mesmo tempo considerada irracional e descontrolada, sendo moralmente inferiorizada e subalternizada. Sua virilidade masculina é potenciada parcialmente (no âmbito de seu desempenho sexual, por exemplo), mas desautorizada pela avaliação de risco, nesse caso, informada pelos marcadores sociais e pela presunção de problemas mentais. O caso de outro usuário do serviço nos ajuda a ampliar essa análise, iluminando os caminhos pelos quais essa subalternidade é produzida implicando em corporalidades antagônicas e moralizantes. Daniel, um rapaz branco, de 24 anos, com ensino médio completo, baixo e “acima do peso”, expressava péssima autoestima devido ao corpo fora dos padrões de uma masculinidade dominante. Como mostra seu relato, Daniel se sentia intimidado pelas mulheres em geral, sentindo-se também inferiorizado no atendimento com uma profissional:

Procurei o serviço porque saio com prostitutas. Gosto de sair com elas porque não vão me julgar pela aparência e pago para um serviço rápido e que me dê satisfação. Por mês, saio pelo menos duas vezes para um encontro e, acontece, que dependendo do dia, pelo meu teor alcoólico, não consigo usar camisinha ou, se eu usar, o pênis não fica ereto. Nesses dias, acabo fazendo sexo sem camisinha. Foi assim, que vim parar nesse serviço, vim para fazer o teste do HIV e me falaram da PEP. Tenho muita vergonha e es-

tava suando muito quando estava falando com a profissional, talvez porque era uma mulher. Se fosse um homem, talvez seria mais fácil.

Ao analisar as histórias dos homens e os relatos dos profissionais sobre os atendimentos ressaltamos as condições contextuais que podem facilitar ou dificultar o acesso das populações vulneráveis às ações de prevenção do HIV. O caso do “famoso paciente” sugere que há uma necessidade percebida de homens que praticam muito sexo se testarem ou fazer uso frequente das outras estratégias de prevenção. Desse modo, construções heterossexistas de risco, acionadas pelo serviço, se articulam com as práticas dos usuários que passam, por exemplo, a acessar rotineiramente a PEP, ressignificando a política pública. Tais descobertas revelam discursos que sistematicamente contribuem para a manutenção de estereótipos de masculinidade hegemônica, quanto à saúde sexual dos homens heterossexuais, confinando o risco nos gays e bissexuais. Em última análise, as práticas sociais que sustentam a heteronormatividade podem ser problematizadas por essas narrativas e contribuir para melhorar a atenção à saúde sexual dos homens no horizonte da proteção da diversidade.

Concomitante às imagens de uma masculinidade heterossexual viril e irracional, como no caso de Luís Felipe, é interessante observar que o serviço também produzia discursos sobre “desviantes racionais”. Homens homossexuais e mulheres profissionais do sexo, consideradas populações chaves para a política de HIV/Aids e alvos de ações preventivas específicas, estariam mais conscientes dos riscos e atitudes frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como apontou um profissional:

Tenho observado que nós temos muitos pacientes que são **heterossexuais**, principalmente mulheres, mas também tem homens, eu vejo que às vezes o homossexual masculino, **o gay, ele se expõe e tem muita consciência da sua vulnerabilidade** e ou não buscam atendimento porque realmente não conhecem a PEP ou também não dão importância para isso, enfim. Porque normalmente os pacientes que fazem o teste rápido e que eu acolhi para teste rápido eles ou conheceram a PEP ou já ouviram falar e não buscaram a PEP, mas também tem um pouco de cada. Já tive uma ou duas garotas de programa, profissionais de sexo, elas também são extremamente conscientes com a vulnerabilidade delas.

Sobre isso, questiona-se: Quem são esses HSH e profissionais do sexo que acessam a PEP de modo “consciente” e como as interseccionalidades operam nessas situações? (Crenshaw, 1991)? Isso porque embora constituindo uma população dita prioritária, os HSH e profissionais do sexo não são todos iguais e podem demonstrar formas específicas de vulnerabilidade. À exemplo do que ocorre com a univer-

salização da testagem pelo HIV, em que se aumentou o número de pessoas testadas, mas não o número de pessoas soropositivas diagnosticadas (Granjeiro, 2016), será que a PEP atinge os “vulneráveis dos vulneráveis”, dentre os quais Luís Felipe representa apenas uma das possibilidades como homem branco, com baixa escolaridade (ensino médio incompleto), de classe social baixa e com práticas sexuais variadas?

Se ao revelar suas práticas sexuais diversas, Luís Felipe era moral e racionalmente inferiorizado, é possível que nem sempre as vulnerabilidades sejam percebidas pelos profissionais ou mesmo podem funcionar como barreira para acessar o serviço devido ao estigma. Sobre isso, outros entrevistados preferiam a estratégia de não revelar tais práticas, como nos conta Robson, 28 anos, branco, ensino médio completo, que saía com moças e transexuais:

Gosto de sexo com mulheres e transexuais, muitas trans são mais femininas que as próprias mulheres. Elas fazem coisas que as mulheres não fazem, mesmo as prostitutas. Vim no serviço procurar o teste porque tenho saído com essas pessoas mas, quando estou na entrevista (aconselhamento) não falo para a profissional porque elas olham para a gente de um jeito discriminatório, ficam julgando as nossas ações. Prefiro logo falar com o médico ou enfermeiro que possa me dar o remédio para eu ir embora. Não vim ao serviço ouvir sermão.

Para além da desconstrução do alinhamento entre risco à saúde e desvio da norma sexual (grupo de risco), indicada por reflexões teóricas e pela ampliação dos alvos das estratégias preventivas (Parker e Aggleton, 2003), a análise nos aponta a dificuldade em atender a uma visão complexa da vulnerabilidade ao HIV no cotidiano dos serviços. O caso de Matheus (22 anos, negro, ensino médio completo e desempregado) sublinha o descompasso de definições estanques e socialmente descontextualizadas sobre as práticas e identidades sexuais:

Estou desempregado e venho de uma família pobre, meus pais não podem me ajudar (...). Assim, descobri que posso ganhar uma grana com meu corpo. Fui uma vez no parque fumar um baseado e percebi que tinha vários homens que ficavam me olhando. Quando voltei ao parque fui ver qual era e aí um homem queria fazer sexo oral comigo e ia me pagar por isso, como estava sem grana, aceitei na hora. Foi assim que fui entrando nesse mundo e comecei a ir todos os dias. Eu só fazia essas coisas com camisinha, mas fui transar com um rapaz e a camisinha rasgou quando percebi já tinha gozado dentro por isso vim nesse serviço. Nesse dia eu estava muito apavorado porque vim para fazer o teste de HIV, nem sabia da PEP, mas graças a Deus fiz o tratamento e estou limpo.

O discurso de Matheus ilustra a intersecção entre classe e raça na análise da vulnerabilidade, pois por ser um jovem pobre e sem dinheiro é que “entrou nesse mundo”. Chama atenção ainda, que a troca de sexo por dinheiro não é suficiente para que tanto Matheus como Danilo, outro usuário entrevistado, se identificassem como profissionais do sexo, salientando-se a prática como ligada a uma necessidade financeira “momentânea” e a falta de opções. Danilo (20 anos, pardo, ensino médio incompleto e desempregado) frequentava o mesmo parque que Matheus:

Não sou bissexual porque gosto de mulher, mas vou no parque porque estou precisando de grana e os caras pagam e como tenho uma namorada fixa, preciso me cuidar. Por isso sempre venho ao serviço de saúde, não quero me sujar e passar doença para minha namorada.

As falas de Matheus e Danilo salientam a reivindicação de continuar “limpo” (se manter soronegativo para o HIV), como se as pessoas soropositivas fossem “sujas”, tivessem uma mácula. Assim, ainda que as campanhas de prevenção incluam soropositivos, a imagem que permanece é de pessoas “promíscuas” e de moral indesejada das quais se busca distância. Nesse sentido, outro interlocutor, que chamaremos de Rodrigo (24 anos, branco, ensino médio incompleto), também retomou o discurso de limpo *versus* sujo:

Eu gosto de me cuidar porque não quero pegar nenhuma doença, mas tem muita gente que não está nem aí. Eu gosto de mulher, mas as vezes fico com gay por causa da grana ou algum presente! Mais até no sexo oral eu uso camisinha. O problema que a carne é fraca e tem a bebida. O cara diz que vai dar mais dinheiro se for sem camisinha e como eu sou ativo, deve ter menos chance, né? O passivo deve ter mais chance de pegar. Eu, às vezes, cedo, mais venho logo no serviço para fazer o teste, o tratamento, porque quero continuar limpo (...). Gosto desse serviço, sou bem tratado, elas tiram as dúvidas, apesar de que sou bem calado. Elas [profissionais] que falam muito.

O relato de Rodrigo salienta a falta de uma comunicação efetiva entre usuários e profissionais quanto às necessidades e demandas preventivas. Seja qual for o público, a ação preventiva ainda se limita à oferta da medicação, sem problematizar junto aos usuários sobre como podem, efetivamente, combinar estratégias, como a Profilaxia Pré-Exposição (PreP) e a gestão de risco, tomando o seu contexto social e subjetivo de modo legítimo e sem julgamento. Recorrer reiteradamente à PEP apontaria para essa falha somada à desvalorização do aconselhamento individualizado, observada no trabalho de campo. Diante do meu interesse de entrevistar Luís

Felipe, a coordenadora do serviço o descreveu: “*Ele é um paciente bem presente no serviço apesar de ter dificuldades na adesão ao tratamento, mas ele sempre está por aqui. Quando não vem, ele telefona para tirar alguma dúvida ou perturbar a equipe mesmo*”. Percebe-se, portanto, a desqualificação das oportunidades de cuidado e atendimento do usuário.

Por um lado, podemos pensar que pessoas subordinadas a complexas lutas sociais e estruturas de desigualdade frequentemente internalizam tais desvantagens, tendo uma agência limitada para resistir a essas forças (Parker e Aggleton, 2003). Por outro, argumentamos que os homens, ao produzir suas identidades heterossexuais e seus corpos, constroem sua própria versão e modo de uso da prevenção ofertada pelo Estado. Assim, o uso reiterado da PEP pode ser visto como forma de resistência política ao Estado heterossexista e heteronormativo. Nessa direção o contato com Luís Felipe revelou uma figura bem diferente da abjeção traçada pelo SAE: um homem despojado e jovial, seguro de si, que se sentia à vontade com os profissionais do serviço e marcava sua chegada dirigindo uma moto. Como a fala revela, a visão de um jovem problemático, construída pelos profissionais, contrastava com a de um cidadão que mostrava autonomia e capacidade para decidir o que era melhor para si.

Frequente esse serviço há mais de dois anos. Primeiro, vinha pegar camisinhas porque aqui eu sabia que podia pegar quantas quisesse sem precisa de autorização e entrega de documento (...). Saía daqui com os bolsos cheios. Fazia isso porque desde novinho gosto de fazer sexo, tenho prazer na prática sexual, faço todos os dias e às vezes em um dia faço com duas ou três pessoas diferentes, mas nunca conseguia colocar camisinha. Às vezes, no início, quando a *mina* pedia, eu até colocava, mas aquilo dificultava o prazer. Foi por isso que comecei a vim mais vezes para fazer o teste rápido porque assim eu ficava controlando o vírus e, até aquele momento eu estava ganhando dele, ele não me pegava. No aconselhamento com a psicóloga que ela me falou da PEP pela primeira vez, mas antes eu ouvia um sermão dela. Ela dizia que eu me arriscava muito, que não dava valor à minha vida, que eu era um jovem e devia me cuidar mais e eu, só pensava: “não vim aqui ouvir sermão, quero fazer o teste ou tomar a medicação, coisas que sei que tenho direito.” (...) Na outra vez que eu voltei ao serviço não quis mais ser atendido pela psicóloga e aí me passaram para o enfermeiro. Eu falei da minha dificuldade com a camisinha e que tinha até feito um tratamento, mas estava desconfiado que precisava de novo. O enfermeiro ouviu e depois me explicou o que era o tratamento da PEP, que eu precisava voltar ao serviço para o acompanhamento. Gostei do atendimento me pareceu que ele não me julgou, me atendeu como um profissional. (...) No final das contas acho que fiz esse tratamento umas 3 vezes, o enfermeiro falou que eu

tinha que fazer outro tipo de tratamento (PrEP), mas esse outro ainda não existia na nossa cidade. Assim, o bicho (HIV) venceu e hoje estou fazendo tratamento porque ele está comigo. Sei que hoje as pessoas vivem bem, eu mesmo nunca tive nada, nenhum efeito, mas é porque apesar de não parecer, eu me cuido, me alimento bem, faço exercícios e tento beber apenas nos finais de semana. Acho que é por isso eu ainda vou conseguir vencer essa batalha. (...) Às vezes preciso viajar por causa do trabalho e esqueço de levar os remédios, mas não é sempre. Eu queria na verdade era que o serviço tivesse um local para as pessoas trocarem ideias, falarem sobre suas dúvidas, mas sem ninguém ficar passando sermão ou dizendo o que é certo ou errado, até porque todo mundo é adulto.

A relação entre o usuário e os profissionais expressa jogos de poder, pois os profissionais se colocam como autoridade absoluta e não conseguem ouvir as questões que os usuários produzem como cuidados de si, para além da perspectiva biomédica (Viveros, 2002). Como indica Luís Felipe, por vezes ele se sentia julgado e enquadrado por esse tipo de atitude e sua demanda se situava muito mais na necessidade de acolhimento, esclarecimento de dúvidas e vínculo, a partir do que, talvez se pudesse fazer outras ofertas de saúde que dialogassem de modo efetivo com seu contexto social e subjetivo.

Conjuntamente, as falas dos interlocutores ilustram as discrepâncias entre o discurso dos profissionais e dos usuários. Podemos dizer que não ocorrem diálogos e, sim, monólogos dos profissionais que disponibilizam a tecnologia que acreditam ser eficaz, mas não escutam as demandas e dificuldades dos usuários à luz dos seus desejos e práticas sexuais. Entendemos ser necessário garantir os insumos (preservativos, gel, medicamentos e vacinas), mas isso, por si só, está longe de ser suficiente. Atentar para aspectos de promoção à saúde na ótica da diversidade sexual constitui um grande desafio para o SAE observado, ainda que, como serviço especializado, deveria priorizar a saúde sexual e reprodutiva dos usuários.

Considerações Finais

A partir dos achados do estudo foi possível verificar que abordagens de prevenção do HIV direcionadas aos conhecimentos e comportamentos individuais continuam sendo a forma mais recorrente dos programas de prevenção (Terto Jr, 2015; Parker, 1994), sem considerar as dinâmicas sociais que produzem vulnerabilidades diferenciais ao HIV, particularmente quanto ao gênero e as masculinidades (Maksud, 2009; Monteiro et al., 2014; Couto e Gomes, 2012). Mesmo no contexto da prevenção combinada que deveria empregar estratégias baseadas também nos cenários sociais e programáticos, encontramos um foco apenas no indivíduo

da gestão da prevenção, concentrando ações na distribuição de preservativos e na realização de aconselhamentos e palestras a exemplo do que já foi constatado com as mulheres (Gonçalves, Costa, Leite e Sales 2020). Essa ênfase empobrecida no indivíduo é o que foi mais observado no serviço de saúde. Não se constataram tentativas de singularizar as leituras e ofertas em relação à diversidade de cenários sexuais e contextos sociais dos usuários entrevistados, enfocando na dispensação da medicação e no atendimento padronizado do protocolo da PEP (Costa e Gonçalves, 2021; Filgueiras e Maksud, 2018). Mais ainda, os usuários tendiam a se sentir moralmente julgados ao revelar práticas sexuais não heteronormativas, restringindo assim possibilidades de vinculação com o serviço e de trabalho na ótica da promoção da saúde.

Ainda que diversos estudos e consensos destaquem o papel das estratégias sociais e estruturais no combate à epidemia de HIV (Ayres, Paiva e França-Jr, 2012), essas noções ainda parecem distantes do cotidiano da implementação das políticas, as quais refletem, na sua maioria, concepções em que os comportamentos de risco são fruto de decisões conscientes baseadas em escolhas racionais dos indivíduos e como se essa racionalidade fosse expressa unicamente nos padrões hegemônicos de heterossexualidade. Assim, mesmo com os esforços políticos ao longo dos anos e da ampliação das ofertas disponíveis, o fazer cotidiano dos profissionais e serviços de saúde continua operando a partir de mensagens únicas de prevenção. Talvez essas políticas precisem se direcionar para induzir, mais efetivamente, a combinação das estratégias tanto no cotidiano dos serviços (ou seja, educação permanente dos profissionais e da qualificação das ofertas), quanto no fortalecimento da articulação intersetorial e da participação social para que se atinjam os determinantes estruturais da epidemia. Assim, é fundamental reconhecer a produção de vulnerabilidades a partir das relações de gênero, pois a hierarquização de diferentes modos de ser homem e mulher ocorre nos contextos sociais, incluindo-se aí a interação com as políticas de saúde nas fronteiras dos serviços de saúde.

No contexto da Prevenção Combinada, o trabalho de campo demonstrou a passagem de uma abordagem comportamental (distribuição de preservativos e aconselhamento) para a biomédica (oferta de teste rápido, PEP e PrEP), ambas, contudo, focadas no indivíduo. Obviamente, essas abordagens não são mutuamente excludentes mas, invariavelmente, não dialogam com as diferentes experiências dos profissionais e usuários. Assim, a chamada *mandala*³ da Prevenção Combinada, concepção organizadora da política de HIV/aids no Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2014b)

³ A chamada “mandala da Prevenção Combinada” representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção (Brasil, 2017)

se assemelha a um armário cheio de gavetas que não se misturam efetivamente, sendo que em cada situação se abre apenas a estratégia a ser utilizada naquele momento. Ainda nessa direção, a Prevenção Combinada estava centrada nos insumos (medicamentos), sendo que os profissionais queriam garantir o uso destes para que o usuário não fosse infectado. Todavia, o cuidado vai além de apenas medicalizar os sujeitos. É necessário abarcar as vulnerabilidades sociais e programáticas nas ações para não que não se caia no discurso imperativo “tome o remédio”, como em outros tempos era “use camisinha” (Terto Jr, 1999; Seffner, 2018).

Aqui nos permitimos discordar das interpretações que enxergam no “famoso paciente” um tipo de supermacho, que o situaria num lado conservador e oposto ao imaginário dos profissionais de saúde sobre o que seria a comunidade gay. O caso de Luís Felipe nos convocou a enxergar outros lugares subjetivos possíveis a partir de sua posição social, reproduzindo normas, mas também, deslocamentos. Por meio de estratégias muito próprias, articuladas aos usos dos corpos e da PEP, esse rapaz não apenas produziu diferenças e hierarquias mas esboçou disputas em torno dos significados associados às masculinidades e heterossexualidades. Destaca-se a relação entre práticas sexuais e corpo, nesse caso o masculino, no contexto da Prevenção Combinada, refletindo regulações biopolíticas já discutidas nos estudos em HIV/Aids a partir do final da década de 1980, contemplando bissexuais, gays e/ou HSH (Alvarez, 2017; Pascoe, 2007).

Conclui-se que ao longo dos quase 40 anos da epidemia da Aids esta nos desafiou a repensar preconceitos e a transformar a base conceitual biomédica da saúde pública, com as suas políticas muitas vezes presas em pressupostos normativos, em uma perspectiva mais democrática e baseada nos direitos humanos e na saúde coletiva (Ayres, Paiva e França-Jr, 2012). É no escopo deste projeto ainda inacabado – que conceitualiza o campo da saúde muito além da biologia e da biomedicina – que uma série de considerações acerca dos valores e das relações de força sempre presentes nas relações sociais, oferecem a possibilidade de repensar a resposta frente a epidemia, dando conta das suas dimensões estruturais e considerando “o Estado não um estranho aos nossos desejos mas, parte integrante deles” (Vianna e Lowenkron, 2017: s/p).

Enviado: 03/04/2020
Aceito para publicação: 30/08/2021

Referências

- AYRES, José; PAIVA, Vera; FRANÇA Jr, Ivan. 2012. Conceitos e Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALA, C.M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Livro I. Curitiba: Ed. Juruá. Pp. 71-94.
- AYRES, José R. 2002. “Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais”. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu*. Vol. 6, nº 1, p. 11-24.
- ALVAREZ, Vivian Salles. 2017. *Masculinidade e Prevenção: a relação entre a prática sexual dos homens e a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP)*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação de Medicina Preventiva, USP.
- BATES, Lisa.; HANKIVSKY, Olena; SPRINGER, Kristen. 2009. “Gender and health in equities: a comment on the final report of the WHO commission on the social determinants of health”. *Social Science & Medicine*. Vol. 69, nº 7, p.1002-1004.
- BRASIL. 2018. *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chaves em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - Brasília: MS. Disponível via: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>. Acesso: 20 de out. 2021.
- BRASIL. 2017. *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Disponível via: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>. Acesso: 20 de out. 2021.
- BRASIL. 2010a. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – Suplemento III – Tratamento e Prevenção*. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível via: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2016/59204/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf. Acesso: 12 de set. 2021
- BRASIL. 2010b. *Nota Técnica nº 284/2010b. UAT/DST – AIDS e Hepatites Virais/SVS/MS*. Ministério da Saúde, Brasília/DF. Disponível via: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2842010>. Acesso: 13 de set. 2021.
- BROWN, Theodore; ALDERSON, Kevin. 2010. “Sexual identity and heterosexual male students’ usage of homosexual insults: An exploratory study”. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. Vol. 19, nº 1/2, p.107-115.
- BRYANT, Karl; VIDAL-ORTIZ, Salvador. 2008. “Introduction to re-theorizing homophobias”. *Sexualities*. Vol. 11, nº 4, p.72-145.
- BUTLER, Judith. 2002. *Cuerpos que importam: sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires, Paidós.

- BUTLER, Judith. 2003a. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- BUTLER, Judith. 2003b. “O parentesco é sempre tido como heterossexual?” *Cadernos Pagu*. n° 21, p. 219-260.
- COSTA, Adriano; GONÇALVES, Tonantzin. 2021. “Globalização farmacêutica e cidadania biológica: notas sobre a implementação da Profilaxia Pós-Exposição no RS”. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 37, n° 1, p. 01-11.
- COSTA, Adriano; GONÇALVES, Tonantzin; LEITE, Heloísa; SALES, Mariana. 2020. “Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 35, n° 5, p. 1887-1902.
- COUTO, Maria Thereza; GOMES, Romeu. 2012. “Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 17, n° 10, p. 2569-2578.
- CRENSHAW, Kimberlé. 1991. “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics”. In: Bartlett, K. T. & Kennedy, R. (Eds.), *Feminist legal theory*. Boulder: Westview. Pp. 138-167.
- FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; MAKSDUD, Ivia. 2018. “Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Vol. 30, p. 282-304.
- GRANJEIRO, Alexandre. 2016. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids do Brasil. In: ABIA. *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira a epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA. Pp. 16-21.
- GRINSZTEJN, Beatriz et al. 2017. “Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil”. *The Lancet HIV*. Vol. 4, n° 4, p. e169-e176.
- JACKSON, Stevi. 2006. “Interchanges: Gender, sexuality and heterosexuality: The complexity (and limits) of heteronormativity”. *Feminist Theory*. Vol. 7, n° 1, p. 105-121.
- KAUSS, Bruno Silva. 2017. *Novas Tecnologias, Sexualidade e Direitos em Tempos de Risco: um estudo sobre a implementação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV/Aids pelos trabalhadores da linha de frente das políticas públicas*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- KERR, Ligia. 2017. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde. Produto 6. Projeto 914BRZ1138, mimeo.
- KNAUTH, Daniela. 2010. “A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas”. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M.S.; PETERS, R. (Ed.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS. Pp. 109-114.
- MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel; NETTER, Ythomas. 1993. *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- MAKSUD, Ivia. 2009. “O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Vol.19, nº 2, p. 349-369.
- MONTEIRO, Simone et al. 2014. “Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Janeiro de 2014. Vol. 19, nº 1, p. 137-146.
- PASCOE, Cheri Jo. 2007. *Dude, You’re a Fag: Masculinity and Sexuality in High School*. Berkeley, CA: University of California Press.
- PARKER, Richard; AGGLETON, Paul. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine* 57. p.13-24.
- PARKER, Richard. 1994. *A construção da solidariedade – Aids, Sexualidade e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA-IMS-UERJ-Relume Dumará Editores.
- RIO GRANDE DO SUL. 2014a. *Normativa de Profilaxia do HIV na Exposição Sexual – PEP Sexual*. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Disponível via: http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/?page_id=189. Acesso: 13 de set. de 2021 .
- RIO GRANDE DO SUL. 2014b. *Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids (PVHA) e outras DST*. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Disponível via: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Linha-de-Cuidado-E-book.pdf>. Acesso: 15 de out. de 2021.
- RIO GRANDE DO SUL. 2021. *Boletim Epidemiológico: HIV/Aids*. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Organização Clarice Solange Teixeira Batista, Tatiana Heidi Oliveira. Porto Alegre: ESP/RS. Disponível via: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/02151825-boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020-versao-preliminar.pdf>. Acesso: 20 de out. de 2021.
- RICOEUR, Paul. 1997. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus.
- RYAN, Caitlin; FUTTERMAN, Donna. 2001. “Social and developmental challenges for lesbian, gay and bisexual youth”. *SIECUS Report* 29(4). p. 5-18.
- SEFFNER, Fernando. 2018. Pedagogias e Políticas no Campo da AIDS: o desafio de superar o desperdício da experiência e reinventar a prevenção. In: LEITE, V.; TERTO JR., V.; PARKER, R. (Orgs.). *Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção*. Rio de Janeiro, ABIA. Pp. 11-16.
- SZWARCWALD, Célia et al. 2016. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde. Produto 6. Projeto 914BRZ1138, mimeo.
- TERTO JR., Veriano. 2015. “Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/Aids em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol.18, Suppl. 1, p. 156-168.
- TERTO JR., Veriano. 1999. “Questões para um sexo mais seguro”. *Boletim Pela Vida*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-10.

- VICTORA, Ceres. 2011. “Uma Ciência Replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso”. *Saúde e Sociedade*. Vol. 20, nº 1, p.104-112.
- VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. 2017. “O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens”. *Cadernos Pagu*. Nº 51, p. 01-61.
- VIVEROS, Mara. 2002. *De quebradores y cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- YEP, Gust. 2002. “From homophobia and heterosexism to heteronormativity: Toward the development of a model of queer interventions in the university classroom”. *Journal of Lesbian Studies*. Vol. 6, nº 3/4, p. 163-176.