Augusto Mathias

Profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP Sexual) no contexto da prevenção combinada entre homens que fazem sexo com homens

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo – SP
2021**

Augusto Mathias

**Profilaxia Pós-Exposição sexual ao HIV (PEP Sexual) no contexto da
prevenção combinada entre homens que fazem sexo com homens**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo – SP
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Mathias, Augusto

Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV (PEP Sexual) no contexto da prevenção combinada entre homens que fazem sexo com homens / Augusto Mathias.

-- São Paulo, 2021.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.HIV 2.Prevenção de doenças
3.Minorias sexuais e de gênero 4.Pesquisa
qualitativa 5.Profilaxia pós-exposição

USP/FM/DBD-056/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

A meu pai Newton Mathias, a saudade de ti é presente em todos os momentos. O senhor faz muita falta. Te amo.

Agradecimentos

Primeiramente quero agradecer às pessoas que tornaram esta tese possível. Aos voluntários participantes da Pesquisa Combina!, meu muito obrigado pelas vozes e histórias compartilhadas.

Ainda entre as pessoas importantes para este trabalho, quero agradecer muitíssimo à Professora Márcia Thereza Couto pela acolhida, ensinamentos e orientações, mas também pelas risadas e afetos em todos os momentos. Obrigado, querida. Você com certeza me ajudou a ser um pesquisador melhor, assim como uma pessoa melhor.

Não posso deixar de agradecer a todo o grupo SIMAS pelas leituras, trocas e conversas, mas especialmente a quatro pessoas marcantes neste caminho: Lorrúan Alves da Silva (um grande parceiro), Juliana Rodrigues (nossa eterna Xu), Ana Marques (minha amante mexicana) e Elda Oliveira (companheira de ideias). Obrigado pela ajuda, conversas e trocas tão especiais, vocês foram maravilhosos.

Quero agradecer também a vários outros amigos e amigas que fiz fora do grupo, ainda na FMUSP: Renata Lobo (minha conterrânea), Ingrid Merllin (super parceira de quase dois anos de representação discente), Thais Rocha (parceira da representação no Programa), Hellen Carolina Martins (vice maravilhosa), além de todas e todos os outros colegas desta caminhada. Continuemos juntos.

Mas como não é só de universidade que se faz um pós-graduando, quero agradecer a todas amigas e amigos de fora desse círculo – Fúlvio, Bráulio, Edilson, Debora, Ana Paula (Paulinha), Thyago, Fabio, Ricardo, Solange, os queridos do Rio, as eternas amigas da UNESP-Assis, de Santa Isabel, da pesquisa clínica do HC e da Coordenação do PMAQ, assim como aos novos amigos e amigas da FGV. Durante estes últimos 4 anos, vi filhos e filhas nascendo, pessoas queridas partindo, e todas e todos sofrendo com o afastamento por conta da pandemia. Mas de alguma maneira, sempre estávamos juntos. Obrigado por compartilharem a vida comigo.

Ainda entre amigos, quero agradecer especialmente a Ana Lucia Spiassi e Adriano Queiroz da Silva pelas confidências e trocas tão ricas, pelos

choros, conquistas e risadas, muitas risadas. Obrigado por estarem sempre aqui, do meu lado, quase que diariamente. É muito amor envolvido.

Indo para o campo mais que especial, talvez estruturante, quero agradecer a minha família, minha amada mãe Francisca, minhas sobrinhas e sobrinho, minha cunhada e cunhado, minhas primas e tias, mas principalmente a minha irmã Adriana e meu irmão André; sem vocês a tempestade não teria fim; vocês foram meu acalanto e meu porto seguro no momento mais difícil que passamos, obrigado pelo amor incondicional, estamos juntos sempre.

Quero ocupar todo este penúltimo parágrafo agradecendo a meu marido, Ricardo Palacios Gomez. Seis anos atrás, te agradei na dissertação de mestrado, falando dos sentimentos de estar ao seu lado nas conquistas, revoluções e comemorações, assim como no choro, na dor e na tristeza. Só posso reforçar tudo aquilo, reforçar que dividir a vida com você é uma das coisas mais incríveis desta minha existência. Dizer que morro de orgulho das suas conquistas, das pequenas e das gigantes. *Je t'aimais, je t'aime et je t'aimerai.*

Por fim, quero agradecer à CAPES pela bolsa de fomento que me permitiu realizar este trabalho. Agradeço à Lilian e à Gorete, secretárias do Departamento de Medicina Preventiva, assim como a Ângela, secretária da Pós-Graduação da FMUSP, que ajudaram em todos os processos burocráticos. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, à Faculdade de Medicina e à Universidade de São Paulo.

Obrigado.

Presentemente eu posso me considerar um sujeito de sorte
Porque apesar de muito moço, me sinto são e salvo e forte
E tenho comigo pensado, Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano passado

Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro
Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro

Sujeito de Sorte, Belchior. Alucinação, 1976.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Lamivudina®
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em português)
ARV	Antirretrovirais
CRT	Centro de Referência e Tratamento
DDCCIST	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIAHV	Departamento IST, Aids e Hepatites Virais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Dolutegravir®
GIV	Grupo de Incentivo a Vida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (em português)
HSB	Homens que fazem sexo com Homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição (em português)
PrEP	Profilaxia Pré-exposição sexual (em português)
PS	Profissionais do Sexo
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TDF	Tenofovir®
TT	Travestis e Transexuais
UD/UDI	Usuários de Drogas ou Usuário de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de atendimento	24
Artigo 1	
Tabla 1. Clasificación de estrategias y métodos de prevención para la síntesis temática.....	35
Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos incluidos en la revisión.	38
Tabla 2. Distribución de artículos seleccionados por continentes.	39
Tabla 3. Población de los estudios.	40
Tabla 4: Métodos y estrategias para la prevención de la infección por VIH.....	42
Tabla 5. Cronología de publicaciones de estudios seleccionados hasta enero de 2018.	44
Tabla 6. Los temas principales discutidos en los estudios.	46
Artigo 2	
Quadro 1: Características dos Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) participantes do estudo nos cinco serviços investigados.	84

RESUMO

Mathias A. *Profilaxia Pós-Exposição sexual ao HIV (PEP Sexual) no contexto da prevenção combinada entre homens que fazem sexo com homens* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

As tecnologias de prevenção do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) vêm se modificando e sendo aprimoradas no decorrer da última década. Considerando que homens que fazem sexo com homens (HSH) estão dentre as populações-chave e os mais vulneráveis à infecção pelo HIV, a perspectiva da prevenção combinada indica que é altamente recomendável a utilização da profilaxia pós-exposição (PEP) em combinação com outros métodos e estratégias de prevenção. A literatura científica reflete a carência de estudos qualitativos neste segmento acerca da tomada de decisão quanto ao uso de estratégias de prevenção combinada, mais especificamente da PEP. Considerando os possíveis atravessamentos de marcadores sociais, como orientação sexual, gênero, geração, raça/cor, classe social, percepções de risco e vulnerabilidade de HSH, o objetivo desta tese é compreender o processo de escolha da estratégia de PEP no contexto dos programas de prevenção combinada e o impacto de seu uso na vivência afetivo-sexual de HSH. Dois artigos foram escritos com foco nesse assunto, sendo o primeiro uma síntese temática de literatura, que é uma revisão qualitativa de métodos e estratégias de prevenção entre HSH. O texto demonstra a primazia de estudos abordando alguns métodos e estratégias de prevenção ao HIV no grupo dos HSH em detrimento de outros, e a relevância das questões inerentes a estigma e redes de apoio na efetividade dos métodos e estratégias de prevenção investigados. O segundo artigo traz uma análise qualitativa de material empírico oriundo de entrevistas com 25 HSH usuários de PEP em cinco cidades brasileiras. O artigo investiga as percepções de risco e a experiência de uso da PEP, contribuindo com o fortalecimento da discussão sobre os impactos do estigma e as grandes

potencialidades das redes de apoio para a prevenção combinada como um todo. Os dois achados em comum, o estigma e as redes de apoio, se mostram como peças-chave para entender e atuar na prevenção junto à população de HSH, trazendo ainda mais corpo teórico para a discussão da prevenção combinada ao HIV.

Descritores: HIV; Prevenção de doenças; Minorias sexuais e de gênero; Pesquisa qualitativa; Profilaxia pós-exposição.

ABSTRACT

Mathias A. *Sexual Post Exposure Prophylaxis to HIV (Sexual PEP) in the context of combined prevention among men who have sex with men* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

Technologies for prevention of HIV and other sexually transmitted infections (STIs) have changed and improved over the last decade. Men having sex with men (MSM) are among the HIV target populations as well among the most vulnerable to HIV infection, therefore, from a combined prevention perspective, the use of post-exposure prophylaxis (PEP) in combination with other methods and prevention strategies is highly recommended. The scientific literature has limited qualitative studies in this segment on decision making regarding the use of combined prevention, more specifically of PEP. Taking into account the possible combinations of social markers, such as sexual orientation, gender, generation, race / ethnicity and social class, risk perceptions and vulnerability of MSM; the objective of this work is to understand the process of choosing the PEP strategy in the context of combined prevention programs of and the impact of its use on the affective-sexual experience of MSM. Two articles were written focusing on this subject, the first one is a synthesis thematic of literature, which is a qualitative review of prevention methods and methods among MSM. The text demonstrates the primacy of studies addressing some HIV prevention methods and strategies in the MSM group at the expense of others, and relevance of stigma issues and support networks in the effectiveness of surveyed prevention methods and strategies. The second article is a qualitative analysis of empirical material derived from interviews with 25 MSM using PEP in five Brazilian cities. The article investigates risk perceptions and the PEP use experience, contributing to the strengthening of the discussion on the stigma impacts and the great potential of the support networks for combined prevention as a whole. The two common findings, stigma and support networks, are shown as key pieces to understand and act in prevention with the MSM population, bringing even more theoretical elements to the discussion on combined HIV prevention.

Descriptors: HIV; Diseases prevention; Sexual and gender minorities; Qualitative research; Post exposed prophylaxis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	17
A EPIDEMIOLOGIA DO HIV NOS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E AS POPULAÇÕES-CHAVE	18
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO E A PREVENÇÃO COMBINADA PARA ALÉM DAS ESTRATÉGIAS BIOMÉDICAS.....	20
RISCO E PREVENÇÃO: POSSIBILIDADES DE PENSAR A GESTÃO DE RISCO NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV	26
OBJETIVO	32
INCLUSÃO DO(S) ARTIGO(S) COMPLETO(S).....	33
Artigo 1	33
Síntesis temática de estudios cualitativos de prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).....	33
Abstract	33
Resumen	34
Introducción.....	34
Materiales y Métodos	37
Resultados	38
Temas relacionados con la producción de PrEP, pruebas diagnósticas, condón y estrategia de comportamiento.	46
Consideraciones finales	49
Referencias	52
Artigo 2	63
Percepções de risco e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens em cinco cidades brasileiras	63
Resumo	63
Abstract	63
Introdução	65
Metodologia.....	67
Resultados	68
Discussão	74
Considerações Finais.....	77
Referências Bibliográficas.....	79
ANÁLISE CRÍTICA DO(S) ARTIGO(S)	87
CONCLUSÕES	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS	109
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	109
ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS	111
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	117

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória no campo do HIV/Aids, gênero e sexualidade remete ao meu próprio entendimento de pertencimento, de identificação como sujeito no mundo.

O termo “sair do armário” é usado pela comunidade LGBT para definir o processo de aceitação da sexualidade e/ou identidade de gênero. No meu processo pessoal, a participação em grupos da sociedade civil e na comunidade LGBT tiveram um importante papel, especialmente a partir de leituras, formações teórico-práticas, discussões e experiências na própria militância. Também foi a partir do movimento social que comecei a ter contato com questões ligadas ao HIV/Aids e ao estigma a ele associado.

Assim, meus primeiros contatos neste campo se deram há 15 anos, na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP) – Assis, onde cursei Ciências Biológicas. Lá fiz parte da ONG Núcleo de Pesquisa sobre as Sexualidades (NEPS) que tinha um forte vínculo com a Universidade e atuava no campo dos Direitos Humanos voltados à população LGBT.

Desde minha formatura, em 2006, venho trabalhando na área da saúde. Primeiro como agente de prevenção ao HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na cidade de Santo André, em São Paulo, promovendo educação entre pares. Depois, no período de 2008 a 2011, fui coordenador de recrutamento e retenção no ensaio clínico que avaliou a eficácia do Truvada® como estratégia de Profilaxia Pré-Exposição (Iprex). Este trabalho me inspirou a buscar o mestrado no Programa de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde busquei investigar associações entre o uso recreativo de drogas psicoativas e o risco de transmissão de HIV em homens que fazem sexo com homens (HSH).

Após o término de minha participação na referida pesquisa clínica, atuei na avaliação de serviços de saúde como coordenador de campo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde, o que me proporcionou uma visão muito mais ampla do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois, passei a trabalhar como consultor da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e também para o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e

Crime (UNODC), prestando consultoria no Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo (PMDST/AIDS- SP) para a construção de políticas públicas voltadas à prevenção do HIV/Aids e outras IST, durante a gestão 2013-2017.

Este período no PMDST/AIDS-SP me fez refletir e aumentar minha curiosidade sobre o atual cenário das estratégias de prevenção, mobilizado por perguntas iniciais que impactavam diretamente meu trabalho: Como os sujeitos entendiam, acessavam e usavam determinada estratégia? O que os levava a escolher a estratégia x em detrimento da y? Como descobriam como e onde adquirir a estratégia de prevenção de interesse (principalmente no caso das biomédicas)? Voltei ao departamento em que tinha cursado mestrado e procurei a Professora Marcia Thereza Couto. Nessa época, ela e o pesquisador científico Alexandre Grangeiro iniciavam o Estudo Combina!, cuja etapa qualitativa oferecia uma oportunidade para que eu pudesse me aprofundar nas perguntas que me mobilizavam e construir um objeto de pesquisa voltado à prevenção combinada ao HIV no segmento dos HSH. Com isso, antevia a perspectiva de responder algumas de minhas inquietações e contribuir para as políticas de prevenção ao HIV.

Aqui quero deixar registrado meu agradecimento antecipado à banca pela leitura e contribuições para este trabalho, tanto na fase da qualificação quanto agora, na defesa. Estou certo de que seus apontamentos serão de grande valia.

INTRODUÇÃO

Nestas quase quatro décadas da epidemia do HIV/Aids, observa-se uma importante transformação nas estratégias de prevenção (1). Novas tecnologias têm surgido e outras mais antigas vêm ganhando novos usos, alcances e significados. Nos primeiros anos da epidemia de HIV/Aids, o preservativo masculino foi quase o único método de prevenção¹. Aos poucos, outros métodos surgiram e ampliaram as possibilidades de não-infecção (2).

Atualmente, estes métodos podem ser agrupados em três bases conceituais de ação: biomédica, comportamental e estrutural, de cuja ação integrada resultaria – no entendimento de pesquisadores, governos e agências multilaterais – o caminho para reduzir o impacto da epidemia de HIV no mundo (3). Além das questões epidemiológicas, outros pontos compõem este complexo quadro e impactam a possibilidade de prevenção das pessoas nele inseridas.

Neste sentido, questões que atravessam as diversas populações em termos dos métodos e estratégias de prevenção, todos os contextos sociais, econômicos e políticos em que estejam inseridas, bem como as dimensões subjetivas, todas são de suma importância para se entender o cenário da prevenção combinada no Brasil e no mundo. Desta forma, neste trabalho buscamos contribuir para o avanço da área de prevenção ao HIV e outras IST.

¹ Muito provavelmente as pessoas faziam uso de outras estratégias de prevenção, como a gestão de risco, por exemplo. Todavia, este termo [gestão de risco(102,119)] só foi cunhado na terceira década da epidemia. Assinalar que o preservativo *foi quase o único* é uma tentativa de não desconsiderar outras possibilidades, inclusive, que não eram alvo prioritário de estudos e das políticas no campo da prevenção.

A EPIDEMIOLOGIA DO HIV NOS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS² E AS POPULAÇÕES-CHAVE

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) (4), hoje há uma estimativa de 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, e só em 2019, houve 1,7 milhões de novas infecções pelo vírus. Vale considerar que, apesar de uma diminuição de 23% nas infecções em comparação com 2010 (2,1 milhões), o quantitativo de 2019 é muito expressivo. No Brasil, a maior parte das notificações se dá entre homens e, dentre eles, os HSH representam a maior porcentagem (5).

As prevalências do HIV em determinadas populações permitem entender melhor a magnitude e o cenário da epidemia. Estudos apontam que a prevalência de HIV na população brasileira varia entre 0,4 e 0,6% (6–8). Na população de Usuários de Drogas ou Usuários de Drogas Injetáveis (UD/UDI), a pesquisa nacional sobre uso de crack refere a prevalência de HIV de 4,97% (9), podendo variar conforme o tipo de substância consumida, mas sempre maior do que na população em geral. Esta sobretaxa também é observada em países do Leste Europeu, onde a população de UDI apresenta prevalência que pode chegar a 40% (10). Outro exemplo de população fortemente afetada é a das Profissionais do Sexo (PS), que podem apresentar prevalência de até 11,8% em países pobres ou em desenvolvimento (11).

Segundo os dados do Boletim Epidemiológico de 2020, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DDCCIST), no Brasil, foi a região sudeste que apresentou maior notificação de caso de HIV em 2019 (44,4%). Construindo um recorte de gênero, observa-se que os homens referem mais notificações (69,4%), enquanto, num recorte de raça/cor, os homens negros exibem 49,2% de novas notificações de HIV (5).

² Esta categoria – homens que fazem sexo com homens (HSH) – representa a tentativa de classificar, no contexto de exposição ao HIV, todos os homens cisgêneros ou transgêneros que, independentemente de orientação sexual (homossexual, bissexual ou heterossexual), tenham relações sexuais com outros homens. A discussão sobre o termo vem tocando governos e sociedade civil com mais ou menos peso, a depender do período sociopolítico, sem um consenso claro. Para esta tese, vamos aceitar o entendimento mais amplo do termo (127,128).

Os dados da epidemia referentes aos HSH estão entre os mais alarmantes, seja quando considerados os países das Américas e, mais especificamente, o Brasil, seja regionalmente. O relatório mundial do UNAIDS informa que, do total de pessoas infectadas em 2019 na América Latina e Caribe, 40% eram do grupo de HSH. Em regiões como Europa Central e América do Norte, essa porcentagem sobe para 64% (4). No Brasil, o DIAHV indica que a população de HSH teve aumento considerável na taxa de detecção do HIV nos últimos anos, correspondendo a 51,3% (12). Estes dados demonstram o aumento marcante nesta categoria nos últimos dez anos. Kerr e colaboradores (2018), apontam para uma prevalência de 17,5% em HSH no Brasil (13).

A despeito do incremento de novas tecnologias e estratégias de prevenção (14), as formas de acesso e uso dos mais variados insumos e estratégias comportamentais são atinentes ao lugar que os sujeitos ocupam na sociedade, o que os coloca (ou não) no epicentro da epidemia. Em outras palavras, os indivíduos e os grupos populacionais são impactados de formas distintas, a depender de uma série de fatores, como o momento sócio-histórico, o contexto econômico, sociopolítico, a possibilidade de acessar bens e serviços de saúde, ou ainda a localização geográfica. Referindo-se às populações mais afetadas pela epidemia de HIV/Aids, a literatura utiliza a expressão “populações-chave” ou “populações vulneráveis” (3,10), o que não as torna sinônimas.

O conceito de população-chave é aplicado aos segmentos com maior risco de infecção por HIV; pessoas que, independentemente de contexto histórico e social, apresentam alguma vulnerabilidade. Indivíduos que compõem essas populações-chave sempre estarão em situações de vulnerabilidade, mesmo sob a tutela de algum privilégio social (ex: homem gay, branco, classe média). Neste sentido, as populações-chave são formadas por cinco grupos prioritários: Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Travestis e Transexuais (TT), Usuários de Drogas/Usuários de Drogas Injetáveis (UD/UDI), pessoas em situação de reclusão e Profissionais do Sexo (PS) (3,10). Para deixar mais clara a diferença entre os conceitos de populações vulneráveis e populações-chave, tomemos alguns grupos específicos como exemplo.

Ao olharmos para os HSH, eles estão sob contexto desfavorável

independentemente do local onde se encontram, tendo a homofobia³ como atravessamento comum, muito relevante e enraizado em toda a população em geral, seja em países desenvolvidos ou não. Quanto às populações em vulnerabilidade, são exemplificadas pelos imigrantes, indivíduos que adquirem a característica de vulnerabilidade a depender da sua origem, de onde querem se fixar, do seu poder aquisitivo e de uma infinidade de outras características, mas a condição é dada pelo momento sócio-histórico que estejam vivendo (10).

Um dos objetivos deste tipo de classificação é priorizar recursos e investimentos em algumas populações específicas, assumindo a lógica de equidade num cenário de recursos limitados, em que é pouco viável a oportunidade de oferecer os mesmos métodos e estratégias a todos. Orientar os recursos para os que são mais afetados pela epidemia representa uma tentativa de minimizar os danos por ela causados (15,16).

Em síntese e para efeito da delimitação e justificativa do objeto desta tese, é a sobreposição de aspectos sociocomportamentais e epidemiológicos que coloca os HSH como um grupo que demanda atenção, não somente por parte das políticas públicas, mas também da academia e da sociedade como um todo.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO E A PREVENÇÃO COMBINADA PARA ALÉM DAS ESTRATÉGIAS BIOMÉDICAS

Em anos recentes, novas tecnologias biomédicas e comportamentais vêm modificando e ampliando as possibilidades de se pensar e fazer prevenção do HIV e outras IST. A resposta dada à epidemia é norteadada pela perspectiva da prevenção combinada, que pressupõe que a disponibilidade e oferta de diferentes métodos preventivos dariam aos indivíduos mais alternativas de combinação de estratégias biomédicas e comportamentais, amparadas por intervenções estruturais sensíveis às especificidades de indivíduos e comunidades (3).

³ Homofobia não tem uma definição única, mas todas se aglutinam no sentido de construção de atitudes violentas ou de ódio contra pessoas que se identificam como homossexuais (129,130)

Segundo o Ministério da Saúde (MS), em sintonia com a literatura internacional, a prevenção combinada no contexto brasileiro também é pensada considerando os três eixos estruturantes já mencionados (biomédico, comportamental e estrutural) (3,14). Em outras palavras, a prevenção combinada pode ser entendida como:

Uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (6) p. 18.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em articulação com o UNAIDS, elenca como estratégias biomédicas a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), preservativos masculino e feminino, gel lubrificante, testagem e aconselhamento, Tratamento Antirretroviral (TARV), prevenção da transmissão vertical, circuncisão masculina e os programas de trocas de seringas e agulhas no contexto de redução de danos (3).

As estratégias comportamentais são entendidas como intervenções que visam promover comportamentos que diminuam as chances de exposição ao HIV; por exemplo, aconselhamento para redução de risco, educação sexual, educação entre pares e campanhas publicitárias com foco na prevenção (3).

Por sua vez, as ações estruturais são aquelas que “[...] visam alterar situações que criam preconceitos, discriminação ou intolerância e se convertam em formas de alienação ou relativização dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania” (6) favorecendo e sustentando, portanto, os outros dois eixos estruturantes.

É importante ressaltar que o conceito de prevenção combinada não é isento de críticas. A maior parte delas se dá pela ênfase nas ações biomédicas (17), além da visão do discurso de prevenção como um debate técnico mais conservador, que a afasta das práticas não hegemônicas (18). Outras críticas em relação à forma de divulgação de dada tecnologia (19) ou a baixa participação social como diretriz de documentos norteadores (20) também são pontos de atenção, que não podem passar despercebidos quando tratamos do tema.

Estabelecida a perspectiva da prevenção combinada, diversos autores têm identificado que os marcadores sociais da diferença ou categorias de diferenciação social⁴ desempenham papel importante no acesso aos métodos e estratégias de prevenção, sejam eles biomédicos e/ou comportamentais. Além disso, os marcadores sociais ajudam a entender como alguns indivíduos e grupos são invisibilizados nas estratégias e ações estruturais (21). Por exemplo, apesar de o preservativo masculino ser um método biomédico de prevenção eficaz, sua utilização efetiva e sucesso estão condicionados à influência dos marcadores sociais da diferença, como raça/cor, gênero, orientação sexual, classe socioeconômica etc. (21,22).

No cenário de novas tecnologias de prevenção do HIV, as estratégias biomédicas têm recebido maior atenção, sendo a PEP uma das tecnologias que estão ganhando espaço. Desde o início da década de 1990 (23–25), esta tecnologia já é conhecida e utilizada em acidentes ocupacionais com material potencialmente infectante, sendo que a partir de 1998 surgiram os primeiros relatos do uso da PEP em situações não ocupacionais (como um usuário de drogas injetáveis, por exemplo) (26). Em 1999, o Brasil passou a ofertar a PEP via SUS (27), a princípio exclusivamente para acidentes ocupacionais (28).

Em 2007, a OMS recomendou a utilização da PEP para acidentes ocupacionais, mas somente em 2013 a profilaxia passou a ser recomendada em casos de exposição sexual consentida (29–33). Contudo, no Brasil, desde 2010, as diretrizes terapêuticas do MS já recomendavam o uso da PEP em casos de exposição sexual consentida devido às falhas de outros métodos de prevenção, como o preservativo (34). Atualmente, esta estratégia é incentivada pelo MS para as populações-chave (27,35).

O uso da PEP consiste na ingestão de antirretrovirais (AVRs) durante 28 dias a partir da exposição ao vírus. A recomendação é de que a profilaxia seja iniciada o quanto antes e até um limite máximo de 72 horas após a exposição

⁴ Couto et al. (22) conceituam os marcadores sociais da diferença como construções sociais que existem antes mesmo do indivíduo e se articulam de forma a produzir inclusões ou exclusões, em maior ou menor escala, a depender da posição que os sujeitos ocupam nos sistemas de classificação. Exemplos de marcadores sociais são: classe social, raça/etnia, gênero, orientação sexual, geração entre outros.

(27).

Estudos de modelo animal (36,37) e estudos de casos com acidentes ocupacionais e/ou situações não ocupacionais (38–41) demonstram eficácia da PEP de cerca de 81% (39,42,43). Considerando que, por questões éticas, não há ensaios clínicos que avaliem o uso da PEP versus placebo, os estudos acima citados, mais uma gama considerável de outras publicações estabeleceram evidências suficientes de efetividade da profilaxia.

Uma importante questão relacionada à PEP se refere aos possíveis efeitos adversos de ingestão de ARVs. A literatura indica que mais de 50% das pessoas que fazem uso de PEP apresentam algum efeito adverso (27), e esta porcentagem pode chegar a 92% (43,44), conforme o esquema de ARV utilizado. Segundo o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para PEP do governo brasileiro, “[...] os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga” (27) p.38. Esse mesmo manual destaca a importância do retorno após duas semanas de uso da profilaxia para avaliação dos possíveis efeitos colaterais (40,45) e a pertinência de suporte psicossocial para ajudar nos possíveis sintomas psíquicos e emocionais decorrentes.

Em 2018, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (27) do MS propôs o seguinte fluxograma único, sem diferenciação por tipo de exposição (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de atendimento

Fonte: DIAHV/SVS/MS (27). *PEP poderá ser indicada se a pessoa-fonte tiver exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à janela imunológica.

Questões relacionadas ao abandono do tratamento também permeiam a discussão do uso da profilaxia, tanto no citado protocolo brasileiro quanto em estudos internacionais (27,42,43,46), sendo que todos apontam para um alto índice de abandono do tratamento. Esta questão é uma perspectiva real, e o retorno a cada duas semanas a partir da prescrição e início do tratamento faz com que a adesão seja reforçada, assim como o retorno na 12ª semana após o início da ARV.

No Brasil, a recomendação de ARV utilizada na PEP é composta por dois

Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleotídeos, que são o Tenofovir® e a Lamivudina®, e um Inibidor de Integrase, que é o Dolutegravir® (TDF + 3TC + DTG, respectivamente). Este esquema é o que causa menos efeitos colaterais e, conseqüentemente, garante menor chance de abandono do tratamento (27).

Como citado anteriormente, o conhecimento sobre a existência da profilaxia e o acesso ao método em si, bem como aos outros métodos e estratégias que compõem as múltiplas possibilidades da prevenção combinada, sofrem influência de vários fatores individuais e contextuais, como as experiências individuais relacionadas ao prazer, as influências de fatores contextuais vinculados ao contexto da exposição (uso de álcool e outras drogas), além da imprevisibilidade no uso de outros métodos (falha do preservativo) (29,47–52).

A descrição do perfil dos usuários de PEP não é um aspecto recorrente nos estudos disponíveis, seja porque as revisões são focadas em populações específicas *a priori* ou em um tipo de exposição específico (38,46,53). No 2º Seminário Nacional de Vacinas e Novas Tecnologias de Prevenção para o HIV/Aids, organizado pela ONG Grupo de Incentivo à Vida (GIV), Estevam (54) apresentou o perfil dos usuários de PEP do Centro de Referência e Tratamento DST/Aids (CRT-DST/Aids) do Estado de São Paulo, entre 2010 e 2014. Segundo os dados trazido pela pesquisadora, a maior parte dos usuários é composta por homens, sendo que destes, a maioria está na categoria de HSH.

Adicionalmente, a maioria é de brancos com nível superior completo. Santos (21) apresenta um quadro muito parecido em relação aos critérios raça/cor e escolaridade dos participantes em seu estudo com homens heterossexualmente ativos, analisados nos anos de 2014 a 2015 nos mesmos cinco serviços que compõem este estudo. O Governo Federal tem um painel de monitoramento da PEP no Brasil (55), e os dados de 2020 apresentam alto índice de respostas em branco em relação à orientação sexual, e nenhum marcador de raça/cor ou de classe. Mesmo assim, é possível ver que gays e outros HSH são um dos três grupos que mais acessam (13,89%) essa tecnologia no Brasil, assim como é possível ver que mais da metade (51,74%) dos usuários (desconsiderando recortes de gênero e orientação sexual) estão

na faixa etária de 25 a 39 anos.

Ao considerarmos este contexto, é possível entender a importância de olhar para a PEP como um componente significativo no cenário da prevenção combinada no país. Observando as múltiplas realidades e singularidades dos usuários desta estratégia, aqui especificamente os HSH, será possível criar mecanismos de acesso para que estes indivíduos tenham a PEP ou outros métodos e estratégias de prevenção ao HIV como opção mais viável.

RISCO E PREVENÇÃO: POSSIBILIDADES DE PENSAR A GESTÃO DE RISCO NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

O risco, por si, é uma palavra que tem uma grande gama de entendimentos. Beck (56), na década de 1980, em seu renomado trabalho sobre o risco na modernidade, discorre sobre como a percepção de risco é dominada pela produção de bens da sociedade capitalista, tornando a noção de risco mais universalizada. Utilizando cenários de risco para as questões ambientais, sua obra pode ser considerada um clássico na abordagem dos riscos em uma sociedade global ocidental. Em sua análise sobre o trabalho de Beck, Costa reflete que “as sociedades modernas tornam-se efetivamente sociedades de risco na medida em que constituem mecanismos de percepção e decodificação discursiva das ameaças existentes” (57).

A epidemiologia é uma das áreas que assumem este papel de percepção e decodificação das ameaças, encarando o risco de forma mais quantificada, como a probabilidade de determinado evento acontecer em determinado período de tempo (58). Adotando um olhar mais atualizado deste conceito, categorias como classe, geração, raça/cor, orientação sexual e gênero podem aumentar ou diminuir a probabilidade de acontecer dado evento para a saúde. (59–61)

Voltando ao olhar sociológico, é possível ver a criação de sistemas de especialistas em risco (62). Na área da saúde, estes sistemas são bastante comuns e compostos por muitos atores, como formuladores de políticas públicas, especialistas acadêmicos com conhecimentos biomédicos, formadores de opinião e/ou a mídia que vai propagar conhecimentos técnicos científicos. O consumo das informações geradas por este sistema vai

influenciar, mais ou menos, os indivíduos em suas análises individuais de risco.

Ressalte-se que este sistema de especialistas pode influenciar, mas não determinar as percepções de risco, pois não é a institucionalização de um saber que fará com que ele seja adotado por todos que estão sujeitos a ela (63). O HIV é um bom exemplo para pensarmos estas questões: Perrusi e Franchi (64) abordam as representações e o manejo do risco em casais sorodiscordantes, onde há um saber institucionalizado em relação a prevenção, não necessariamente seguido, dada a normativa esperada pelo sistema de especialistas, pois mesmo sabendo das sorologias dos parceiros, os riscos são relativizados. Neste mesmo sentido, Barreto (65) aponta para uma outra forma de relativização do risco, ao olhar para a cena *bareback* gay. Neste trabalho, Barreto encontra discurso de sobreposição do risco em detrimento de uma performance de masculinidade aceitável.

Em um trabalho mais recente, Santos (66), tratando do uso de PEP por homens heterossexuais, reflete que seus participantes não fizeram uso do preservativo, associando o não-uso a um discurso de suposta invulnerabilidade ao HIV por serem heterossexuais e à ideia de não estarem exposto ao HIV por motivos como atributos estéticos de suas parcerias sexuais. Como elemento importante para se pensar e manejar o risco, some-se a estes a percepção de (in)segurança por estar em uma relação extraconjugal (ou não). Tanto no trabalho de Barreto quanto no de Santos, fica claro como estas questões são influenciadas pelo conceito de masculinidades hegemônicas (67,68).

Em se tratando das masculinidades, os primeiros estudos neste campo surgiram na década de 1970 com um caráter mais biomédico, e buscavam descrever a forma de distribuição das doenças entre homens e mulheres (69). Somente na década seguinte ganharam caráter mais específico e investigaram como as doenças se distribuem entre os diferentes segmentos masculinos (70). Na década de 1990, os trabalhos de Connell (67) e Kimmel (71) trazem contribuições importantes para o campo então em construção.

Para pensarmos sobre a prevenção para HIV/Aids entre HSH – objeto desta tese – devemos discutir masculinidades, no plural. Ou seja: discutir que diferentes homens ocupam posições também diferentes na estrutura social, onde ocorrem as relações de gênero. As masculinidades não apenas são

múltiplas, como estão relacionadas entre si de modo hierárquico: daí a expressão “masculinidade hegemônica” (67), que se define a partir de dois elementos essenciais: a constatação de uma pluralidade de masculinidades e de uma hierarquia de masculinidades.

A masculinidade hegemônica se distingue das demais como a forma idealizada e normativa de ser homem, o padrão do *ser homem* em relação à qual os outros homens se posicionam em determinada sociedade e momento histórico (67). A masculinidade hegemônica não é dita padrão ou dominante pela sua frequência; apenas uma minoria de homens é capaz de vivenciá-la. No Brasil, atualmente, ainda que seja difícil afirmar a existência de um único modelo de masculinidade, pode-se dizer que a masculinidade hegemônica é personificada em homens heterossexuais brancos com vida sexual ativa, renda alta e escolaridade superior, além de corpos saudáveis e fortes.

O contraponto, em certo sentido, é feito pelas sexualidades não hegemônicas, nas quais se incluem toda a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queers*, Intersexos, Assexuados e outras múltiplas possibilidades de orientações sexuais e identidades de gênero (LGBTQIA+) (72). A construção histórica destas identidades de gênero e orientação sexual foi estudada a partir de dois paradigmas distintos: Essencialista e Construcionista. O essencialismo coloca gênero e sexualidade como primazia, um ponto fundamental, ou como descrito nas pesquisas de Rubin⁵, “uma forma natural que existe anteriormente à vida social”, enquanto outros autores como Freud, Master & Johnsons e Kinsey fazem uso deste pensamento em suas teorias e pesquisas (73).

Em contraponto ao essencialismo, a perspectiva construcionista se propõe a tratar gênero e sexualidade como construtos sociais. Nesta linha argumentativa, Jeffrey Weeks (74) propõe uma definição na qual se entendem as atitudes em relação ao corpo e à sexualidade dentro de uma construção histórica. Carol Vance (75) redefine gênero e separa prática sexual de

⁵ É válido reforçar que Gayle Rubin não é uma autora essencialista, a descrição que ela é no intuito de descrever o que é o essencialismo no campo dos estudos de sexualidade, para poder afirmar a perspectiva construcionista, na qual se situa, como contraponto (131).

identidade sexual, estabelecendo que a sexualidade é mediada por fatores históricos e sociais, reforçada pela ideia de Weeks (74,75).

Mais recentemente, outros autores e autoras vêm avançando nos conceitos de gênero, sexualidade e suas relações. Brah (76), por exemplo, coloca de forma mais clara que gênero é construído de forma diferente a depender de onde se esteja localizado geograficamente, atravessado por “processos econômicos, políticos e ideológicos”. Outros estudiosos, como Butler e Preciado, aprofundam o debate, entendendo que as identidades de gênero estão cada vez mais fluidas e menos fixas (70,77,78). Tal avanço nos permite deixar a lógica do gênero como sinônimo de mulher ou feminismo, e entendê-lo como categoria analítica de fato. Com este entendimento, as masculinidades podem ser estudadas considerando-se suas questões específicas e tentando entender as muitas outras questões que as atravessam no diálogo com outras formas de exercício das masculinidades, bem como com as feminilidades.

A associação entre a percepção de invulnerabilidade e a infecção pelo HIV entre heterossexuais, neste caso, tem como bastidor a construção do ideário desta masculinidade hegemônica, assim como a associação histórica entre o HIV e a homossexualidade. Com os ideários de câncer gay ou peste gay (79), que resultaram na estigmatização da sexualidade divergente e nas muitas questões que envolvem o HIV, o estigma aparece como peça fundamental para entendermos as dificuldades e obstáculos enfrentados por estas populações no tocante à prevenção ao HIV.

O estigma, há décadas, tem se constituído como categoria essencial para o entendimento das dificuldades e obstáculos enfrentados por diferentes grupos e sujeitos no tocante à prevenção ao HIV. Está ligado às vivências e experiências dos sujeitos versus o olhar que a sociedade lhes impõe. Erving Goffman, ainda na década de 1980 (80), definiu estigma como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo que resulta em profundo descrédito do indivíduo. Para Goffman (80), o estigma é um traço social específico que marca os indivíduos socialmente, se sobrepondo a quaisquer outras características possíveis. Alguns atributos, como ter HIV, a cor da pele preta/parda, entre outros, se destacam por configurarem expectativas normativas em relação aos

indivíduos. O estigma potencializa a discrepância entre esta identidade social virtual e a identidade social real, entendida como a categoria e os atributos que o sujeito efetivamente prova possuir. Goffman (80) também afirmava que temos a tendência de inferir uma série de imperfeições a partir de uma 'imperfeição original' e que somos todos, em algum momento da vida, estigmatizados. Na melhor das hipóteses, somos 'desacreditáveis', se não já 'desacreditados', e a relação entre normais e estigmatizados assemelha-se mais a um *continuum*, por vezes intercambiável, do que a uma polarização propriamente.

As sexualidades não hegemônicas sempre estabeleceram fortes pontos de relação com o estigma, dado que os indivíduos assim identificados são entendidos como desviantes ou erráticos (31,81,82). O trabalho de Richard Parker (83), no início dos anos 2000, traz grandes contribuições ao avançar na compreensão do complexo impacto negativo do estigma no cenário do HIV/Aids. Outros autores também vêm trabalhando com uma miríade desta questão em âmbito nacional (84–86).

A abordagem do estigma vai, portanto, ganhando outros olhares, não sendo somente focado em pessoas vivendo com o HIV ou em indivíduos com outras orientações sexuais e/ou identidades de gênero para além da heterossexual e cisgênero (87). A abordagem do estigma no contexto do HIV começa a contemplar, inclusive, indivíduos não positivos. À medida que vão se modificando os cenários de prevenção e atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, o estigma se torna um importante elemento para se entender também as dinâmicas de prevenção (88–94). No cenário da prevenção combinada, fortemente marcado pelas tecnologias biomédicas, esta discussão atravessa métodos como a PEP e a PrEP (88,89).

A gestão do risco se agrega às múltiplas estratégias de prevenção combinada na saúde, mas não só nela. Spink (95) a considera como um esforço de organizar a complexa sociedade em que estamos inseridos, fazendo com que este risco seja abordado pela culpabilização e responsabilização. De Luiz (2) usa o conceito para tratar do gerenciamento do risco no cenário do HIV. O gerenciamento de risco (96,97) é tido como uma das estratégias de prevenção preconizadas por diferentes instâncias de saúde pública (14,98). Desta forma, este trabalho visou aprofundar algumas

características destas estratégias, com um olhar qualitativo para a questão.

OBJETIVO

Com este pano de fundo, a presente tese, em sua versão de coletânea de artigos, teve por objetivo geral situar o cenário da prevenção ao HIV entre os HSH e compreender, pela perspectiva dos HSH, os processos de escolha da estratégia de PEP no contexto dos programas de prevenção combinada, e o impacto de seu uso na vivência afetivo-sexual e suas concepções de risco e prevenção.

Como objetivos específicos, buscou-se investigar:

- Como os HSH olham e usam as estratégias e métodos de prevenção disponíveis atualmente;
- Como a tomada de decisão e busca pela PEP se insere no contexto das vivências afetivo-sexuais e do cuidado dos participantes da pesquisa;
- Como a experiência com o uso da PEP influencia novas estratégias de prevenção dos HSH no contexto da prevenção combinada e no atual cenário da epidemia e da política de prevenção ao HIV no país.

Ressaltamos que, segundo as normativas das apresentações de tese neste formato, a metodologia do estudo é contemplada como parte dos artigos (empírica).

INCLUSÃO DO(S) ARTIGO(S) COMPLETO(S)

Artigo 1 (99)

Síntesis temática de estudios cualitativos de prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁶

Abstract

Background: Qualitative studies on HIV prevention strategies and methods among men who have sex with men (MSM) allow identify knowledge gaps and improve preventive actions.

Objective: To make a thematic synthesis of the scientific productions that use the qualitative methodology in the strategies and methods of HIV prevention area among MSM.

Methods: We conducted a literature review following the guidelines of the ENTREQ protocol. The analysis included 48 empirical studies published in Portuguese, English and Spanish between 2001 and 2018 available in the Medline, Embase, Scielo, Scopus, Bireme and Web of Science databases.

Results: Where an increased production in the last six years and concentration in northern countries. Seven prevention methods were part of the study, with emphasis on pre-exposure prophylaxis, testing, condoms and behavioral strategies. The main topics discussed were stigma and support and care networks.

Conclusion: we notice that an increasing production on prevention in the men who have sex with men segment results from the emergence of multiple preventive methods and strategies and their combined actions beyond the star role of condoms.

Keywords: HIV. Disease Prevention. Review. Men's health. Sexual and Gender Minorities.

⁶ Mathias A, dos Santos LA, Grangeiro A, Thereza Couto M. Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies in men who have sex with men (MSM). Colomb Med [Internet]. 29 de janeiro de 2020;201–2014. Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/4078>

Resumen

Antecedentes: Los estudios cualitativos sobre estrategias y métodos de prevención del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres ayudan a identificar lagunas de conocimiento y mejorar las acciones preventivas.

Objetivo: Realizar una síntesis temática de las producciones científicas que utilizan la metodología cualitativa en las estrategias y métodos del área de prevención del VIH entre hombres homosexuales.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura siguiendo las pautas del protocolo ENTREQ. Se analizaron 48 estudios empíricos publicados en portugués, inglés y español entre 2001 y 2018 incluidos en las bases de datos Medline, Embase, Scielo, Scopus, Bireme y Web of Science.

Resultados: La producción de artículos fue mayor en los últimos seis años, concentrados en los países del norte. Se abordaron siete métodos de prevención, con énfasis en profilaxis previa a la exposición, pruebas diagnósticas, condones y estrategias comportamentales. Los principales temas discutidos fueron el estigma y las redes de apoyo y atención.

Conclusión: La creciente producción de prevención en el segmento hombres que tienen relaciones sexuales con hombres resulta de la aparición de múltiples métodos y estrategias preventivas y sus acciones combinadas más allá del protagonismo de los condones.

Palabras clave: VIH. Prevención de Enfermedades. Revisión. Salud del hombre. Minorías sexuales y de género.

Introducción

En la historia de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es posible observar que ciertos segmentos sociales se vieron más afectados que otros. En particular, los gais y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), los trabajadores sexuales (TS), las personas transgéneras, las personas que se inyectan drogas (PID) y las personas en prisión o bajo reclusión de otra clase; estos segmentos han sido designados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "población clave" (1), ya que son estratégicos para un mayor control de la epidemia en el mundo.

La investigación muestra que la prevalencia del VIH en estas poblaciones es mucho más alta que en la población general. Por ejemplo, los HSH, tienen una prevalencia VIH entre el 6.1 y el 6.6% en Europa o más del 25.4% en la región del

Caribe (2) y el 18.4% en Brasil (3). Además, los datos recientes muestran un avance continuo de la epidemia en estas poblaciones, incluso en regiones que ya habían registrado una disminución en las tasas de incidencia en estos segmentos sociales (1).

Con la aparición de las llamadas "estrategias de prevención múltiple" o "prevención combinada" (4), el escenario actual de prevención del VIH está marcado por un optimismo creciente (5,6), en el que la prevención combinada representa un aumento en las posibilidades de prevención en diferentes situaciones que presentan un riesgo potencial de infección por VIH. Sin embargo, se ha planteado una pregunta clave para gerentes, profesionales de la salud e investigadores: cómo articular, en el marco de la prevención, la provisión conjunta de nuevas estrategias de prevención, que incluyen antirretrovirales, estrategias más tradicionales e intervenciones conductuales psicosocial y estructural (Tabla 1) (4-7).

Tabla 1. Clasificación de estrategias y métodos de prevención para la síntesis temática.

Formas de Prevención	Estrategias y Métodos
Uso de Antirretrovirales	Tratamiento como Prevención (TcP); Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP); Profilaxis Posterior a la Exposición (PEP)
Tradicionales	Condomes; Pruebas Diagnósticas del VIH
Intervenciones Conductuales Psicosociales Y	Formación de Grupos de Apoyo; Educación de Pares
Intervenciones Estructurales	Reducción del Estigma y Desigualdades Sociales

Considerando la prevención combinada, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda varias acciones para las poblaciones clave en América Latina y el Caribe: pruebas diagnósticas, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), profilaxis previa a la exposición (PrEP), profilaxis posterior a la exposición (PEP), condones y lubricantes. Tratamiento antirretroviral (TAR) para personas VIH positivas, educación de pares e información y educación sexual. Entre estos, las intervenciones farmacológicas tienen la cobertura más baja en los países de la región, donde se ofrece TAR en el 45% de los países, PEP en el 39% y PrEP en solo el 6% (7).

Considerando los aspectos que llevan a los HSH a estar más expuestos a la

infección por VIH se destacan los siguientes: tener mayores dificultades para acceder a insumos y servicios y ser víctima de estigma y homofobia. Dado esto, para avanzar en las políticas de confrontación de la epidemia se requiere una mejor comprensión de estos temas (8-10) con la consiguiente incorporación y manejo de nuevos métodos y estrategias de prevención.

La literatura de estudios con enfoque metodológico cualitativo ha buscado, comprender la dinámica del uso de métodos y estrategias preventivas en HSH en las últimas décadas. Las investigaciones han tenido en cuenta diferentes contextos, incluidas las relaciones afectivo-sexuales y las intervenciones comunitarias gubernamentales. También han estudiado los significados y las experiencias de los HSH relacionados con el riesgo y la prevención, así como el acceso y uso de los servicios de salud (11,12).

La revisión sistemática es una tecnología importante para evaluación de políticas y prácticas científicas basada en evidencias. Los estudios de revisión sistemática utilizan métodos rigurosos y explícitos para recopilar los resultados de la investigación primaria y proporcionar respuestas confiables a preguntas específicas (13). Este manuscrito se enmarca en este tipo de estudios. La síntesis temática, elegida entre otros tipos de síntesis para estudios cualitativos, consiste en identificar los temas importantes o recurrentes en los estudios empíricos primarios. Cada uno de estos temas se presenta de manera estructurada para que puedan extraerse síntesis e interpretaciones de cada punto y luego articularlos entre sí. La síntesis temática busca aumentar la transparencia y la confiabilidad de los temas, al agrupar los estudios por sus características con la cuantificación de los resultados cualitativos y, principalmente, compilar los hallazgos de acuerdo con los asuntos relevantes y recurrentes (13,14).

La construcción de una visión crítica de la producción científica sobre el aspecto propuesto proporciona una comprensión más profunda de cómo se han incorporado las acciones de prevención en la población de HSH durante los años de la epidemia. También, sobre los desafíos de consolidar un nuevo escenario de prevención del VIH que incorpore métodos y estrategias recientemente desarrollados para este segmento de la población. De esta forma, este artículo tiene como objetivo realizar una síntesis temática de las producciones científicas que utilizan la metodología cualitativa en el campo de los métodos y estrategias de prevención del VIH entre HSH.

Materiales y Métodos

La síntesis temática (13-15) se realizó utilizando referencias del protocolo ENTREQ (16) y, cuando fue necesario, los protocolos PRISMA (17), Cochrane (18) y New York University (19). Se incluyeron estudios publicados en inglés, español y portugués en seis bases de datos de fuentes de información: Medline, Embase, SciELO, Scopus, Bireme y Web of Science.

Los criterios para la inclusión en la revisión fueron estudios que utilizaron: material empírico en el análisis de métodos y estrategias de prevención del VIH; técnicas de producción de datos cualitativos tales como narraciones, entrevistas en profundidad, grupos focales, observaciones directas, etc. Los participantes pertenecían a la población de HSH; en algunos estudios hubo participantes de otras poblaciones como transexuales y usuarios de sustancias psicoactivas.

No se excluyeron los documentos por ubicación geográfica o año de publicación. Sin embargo, se adoptaron los siguientes criterios de exclusión: estudios realizados exclusivamente con niños y adolescentes o analizando la exposición ocupacional o la violencia sexual.

La búsqueda de publicaciones se realizó mediante la aplicación de directorios de búsqueda en las bases de datos de fuentes de información. Utilizando las palabras clave o los mejores términos de búsqueda, como "Hombres que tienen sexo con hombres", "Bisexual*", "Prevención y control" se creó un directorio de búsqueda específico para cada base de datos. El símbolo asterisco (*) permitió incluir en la búsqueda numerosas terminaciones posibles de los radicales buscados y, por lo tanto, abarcan el rango completo de posibles terminaciones en las bases de datos.

Las búsquedas en la base de datos se completaron en enero de 2018 y los artículos encontrados fueron administrados con el gestor de referencias EndNote®; y las hojas de cálculo. Se extrajo de las publicaciones información sobre: autoría, año de publicación, título original, lugar de estudio, población estudiada, enfoque metodológico utilizado y resumen en el idioma original. Posteriormente, los trabajos se seleccionaron utilizando los siguientes procedimientos, realizados secuencialmente: a) eliminación de duplicados; b) evaluación de títulos y resúmenes; c) lectura completa de los documentos. La selección final de los estudios incluidos en la revisión se realizó de acuerdo con las pautas y recomendaciones de los protocolos mencionados anteriormente. Para dicha selección, dos investigadores independientes y experimentados leyeron los títulos y los resúmenes, cuando hubo desacuerdo,

utilizaron la función de arbitraje de un tercer investigador.

Resultados

Se identificaron 584 artículos, de los cuales 114 (19.5%) fueron duplicados y 253 (43.3%) fueron descartados por no corresponder al segmento HSH (196; 33.6%), no utilizar datos empíricos (47; 8%) y presentar información insuficiente o poco clara en el título o resumen (10; 1.7%). En total, se leyeron completamente 217 (37.1%) artículos y, de estos, 169 (28.9% del total) se descartaron por no cumplir con los criterios de inclusión de esta revisión. Finalmente, 48 artículos (8.2% del total) fueron seleccionados e incluidos para el análisis (Figura 1).

Figura 1: **Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos incluidos en la revisión.**

Los resultados se presentan en dos momentos diferentes: el primero es una demostración de las características generales de los 48 estudios seleccionados y el segundo es la compilación de los temas más relevantes y recurrentes de la producción analizada. De los 48 estudios seleccionados para esta síntesis, 24 (50%) se realizaron en América del Norte (principalmente Estados Unidos) (20-43), ocho (16.7%) en Europa (44-51), cinco (10.4%) en África (52–56), cuatro (8.3%) en Oceanía (57–60), cuatro (8.3%) en América del Sur y América Central (61–64) y tres (6.2%) en Asia (65–67) (Tabla 2).

Tabla 2. **Distribución de artículos seleccionados por continentes.**

Región	Referencias
América del Norte	Beougher et al., 2014(20); Bird et al., 2017(21); Mitchell et al., 2016(23), 2017(22); Brooks et al., 2011(24), Nanin et al., 2009(25); Storholm et al., 2017(26); Taylor et al., 2014(27); 2012 (28); Campbell et al., 2014(29); Hojilla et al., 2016(30); Collins; McMahan; Stekler, 2017(31); Grov et al., 2013(32); Elwood; Greene; Carter, 2003(33); Grace et al., 2014(35), 2018(34); Mimiaga et al., 2014(36); Hoff et al., 2015(37); Holloway et al., 2017(38); Holmes et al., 2008(39); Hussen et al., 2013(40); Martinez et al., 2016(41), 2017(42); Medline et al., 2017(43)
Europa	Bil et al., 2016(44); Boydell; Buston; Mcdaid, 2017(45); Gredig et al., 2016(46); Grov, 2017(47); Middelthon, 2001(48); Sayer et al., 2009(49); Witzel et al., 2017(50); Young; Flowers; Mcdaid, 2016(51)
África	Lee et al., 2017(52); Maina et al., 2018(53); Siegler et al., 2015(54); Taegtmeier et al., 2013(55); Wagner et al., 2012(56)
Oceania	Körner; Hendry; Kippax, 2005a(57), 2005b(59), 2006(58); Neville et al., 2016(60)
América del Sur y Central	Blas et al., 2013(61); Gonzales et al., 2012(62); Logie et al., 2017(63); Reisen et al., 2014(64)
Asia	Bourne et al., 2017(65); Newman; ROUNGPRAKHON; Tepjan, 2013(66); Wei et al., 2014(67)

Vale la pena destacar que no hay estudios realizados en África y América del Sur que evalúen métodos preventivos basados en el uso de antirretrovirales (ARV), como PEP, PrEP y tratamiento como prevención (TcP), aunque los países de estas

regiones ya han incorporado estos métodos.

De estos 48 estudios, 38 trataron exclusivamente con la población de HSH sin VIH, de estos, ocho estudios traen marcadores étnicos (25,29,33,38,40,42,43,52) y tres traen marcadores generacionales (26,45,48). Otros cuatro estudios agregan poblaciones de HSH y personas seropositivas dentro de la dinámica de las relaciones serodiscordantes. Los seis estudios restantes incluyeron, además de la población de HSH, otras poblaciones, como mujeres transgéneras, usuarios de drogas y mujeres heterosexuales (Tabla 3).

Tabla 3. **Población de los estudios.**

Población	Referencias
HSH sin VIH	Beougher <i>et al</i> 2014(20); Bird <i>et al</i> 2017(21); Grov <i>et al</i> 2013(32), 2017(47); Holmes <i>et al</i> 2008(39); Taylor <i>et al</i> 2014(27); Brooks <i>et al</i> 2012(28); Collins <i>et al</i> 2017(31); Grace <i>et al</i> 2018(34), 2014(35); Bil <i>et al</i> 2016(44); Gredig <i>et al</i> 2016(46); ; Sayer <i>et al</i> 2009(49); Witzel <i>et al</i> 2017(50); Maina <i>et al</i> 2018(53); Siegler <i>et al</i> 2015(54); Taegtmeyer <i>et al</i> 2013(55); Wagner <i>et al</i> 2012(56); Körner; Hendry; Kippax, 2005a(57), 2005b(59), 2006(58); Neville <i>et al.</i> , 2016(60); Blas <i>et al</i> 2013(61); Gonzales <i>et al</i> 2012(62); Reisen <i>et al</i> 2014(64); Bourne <i>et al</i> 2017(65); Wei <i>et al</i> 2014(67); Holloway <i>et al</i> 2017(38); Hussen <i>et al</i> 2013(40); Martinez <i>et al</i> 2017(42); Medline <i>et al</i> 2017(43); Nanin <i>et al</i> 2009(25); Campbell <i>et al</i> 2014(29); Elwood <i>et al</i> 2003(33); Lee <i>et al</i> 2017(52); Storholm <i>et al</i> 2017(26); Boydell <i>et al</i> 2017(45); Middelthon <i>et al</i> 2001(48)
HSH y personas seropositivas	Mitchell <i>et al</i> 2017(22), 2016(23); Brooks <i>et al</i> 2011(24); Hoff <i>et al</i> 2015(37)
HSH y mujeres transgénero	Hojilla <i>et al</i> 2016(30); Martinez <i>et al</i> 2016(41); Logie <i>et al</i> 2017(63); Newman <i>et al</i> 2013(66)
HSH y usuarios de drogas	Mimiaga <i>et al</i> 2014(36)
HSH y mujeres heterosexuales	Young <i>et al</i> 2016(51)

En el conjunto de estudios, se abordaron siete métodos y estrategias para la prevención de la infección por VIH, con predominio de PrEP, PEP, condones, pruebas diagnósticas, estrategias conductuales, tratamiento como prevención y circuncisión. De los cuales tres son métodos basados en ARV (PEP, PrEP, tratamiento como prevención). Un octavo grupo se definió como "otros", donde se incluyó el único artículo (66) que no entraba en ninguna de las siete categorías anteriores, este artículo trata de la introducción de un gel microbicida en una población de HSH y transexuales en Tailandia. Hay un predominio de estudios sobre PrEP (16 estudios), publicados principalmente de 2010, el período que coincide con el lanzamiento de los primeros resultados de seguridad y eficacia del método (68). En cuatro de ellos, la PrEP se analiza junto con otras estrategias (37,41,47,51).

Trece estudios abordaron la estrategia de prueba del VIH, uno de los cuales aparece junto con la estrategia TcP (67). y uno con el condón (56). También es notable la concentración de estudios que involucran pruebas diagnósticas en los últimos cinco años, con cinco publicados en 2017(22,43,45,50,63).

Diez estudios abordan el enfoque intervenciones conductual y psicosocial como una estrategia de prevención, entendida como una que incluye estrategias para reducción de riesgos, como acuerdos con los compañeros y protección social, además del uso de un método de prevención. Estos estudios han ganado prominencia en los últimos diez años, seis de ellos (21,38,41,42,47,53) publicados a partir de 2016. Esto sugiere que, en paralelo a las investigaciones centradas en métodos preventivos, existe una preocupación por entender otras dimensiones de prevención que dialogan más con diferentes experiencias y necesidades de los individuos.

El condón, considerado el método de prevención con la mayor inversión en salud pública y en la comunidad gay, sigue siendo el foco de atención de los investigadores a lo largo de los años, reuniendo nueve artículos. Es de destacar que el primer estudio incluido en el análisis se publicó en 2001.

La PEP, a su vez, aparece en cuatro estudios, el primero en 2005 y el último en 2009. Aunque la PEP es el método más antiguo entre los que usan

ARV y ampliamente estudiado por enfoques cuantitativos (69-74), la investigación cualitativa tiene un número limitado para la población de HSH.

La TcP aparece tangencialmente en tres estudios y solo un estudio abordó la circuncisión. El bajo interés en el tema de la circuncisión en la población de HSH puede estar relacionado con la baja efectividad del método en las relaciones sexuales masculinas o las prácticas anales penetrantes (75-77). La información detallada de los estudios se encuentra en la Tabla 4.

Tabla 4: Métodos y estrategias para la prevención de la infección por VIH.

Métodos de prevención	Referencias
PrEP	Mitchell <i>et al</i> 2016(23); Brooks <i>et al</i> 2011(24), 2012(28); Storholm <i>et al</i> 2017(26); Taylor <i>et al</i> 2014(27); Hojilla <i>et al</i> 2016(30); Collins <i>et al</i> 2017(31); Grace <i>et al</i> 2018(34); Mimiaga <i>et al</i> 2014(36); Hoff <i>et al</i> 2015(37); Martinez <i>et al</i> 2017(42); Bil <i>et al</i> 2016(44); Gredig <i>et al</i> 2016(46); Grov 2017(47); Witzel <i>et al</i> 2017(50); Bourne <i>et al</i> 2017(65)
Pruebas diagnósticas	Beougher <i>et al</i> 2014(20); Mitchell <i>et al</i> 2017(22); Nanin <i>et al</i> 2009(25); Hussen <i>et al</i> 2013(40); Medline <i>et al</i> 2017(43); Boydell <i>et al</i> 2017(45); Witzel <i>et al</i> 2017(50); Siegler <i>et al</i> 2015(54); Wagner <i>et al</i> 2012(56); Blas <i>et al</i> 2013(61); Logie <i>et al</i> 2017(63); Reisen <i>et al</i> 2014(64); Wei <i>et al</i> 2014(67).
Estrategias conductuales	Bird <i>et al</i> 2017(21); Campbell <i>et al</i> 2014(29); Grace <i>et al</i> 2014(35); Holloway <i>et al</i> 2017(38); Holmes <i>et al</i> 2018(39); Martinez <i>et al</i> 2016(41); 2017(42); Grov 2017(47); Maina <i>et al</i> 2018(53); Taegtmeyer <i>et al</i> 2013(55)
Condomes	Campbell <i>et al</i> 2014(29); Grov <i>et al</i> 2013(32); Elwood <i>et al</i> 2003(33); Hoff <i>et al</i> 2015(37); Grov 2017(47); Middelthon <i>et al</i> 2001(48); Lee <i>et al</i> 2017(52); Wagner <i>et al</i> 2012(56); Neville <i>et al</i> 2016(60).
PEP	Sayer <i>et al</i> 2009(49); Körner; Hendry; Kippax, 2005a(57), 2005b(59), 2006(58).
Tratamiento como prevención	Grov 2017(47); Young <i>et al</i> 2016(51); Wei <i>et al</i> 2014(67)
Circuncisión	Gonzales <i>et al</i> 2012(62)

La Tabla 5 presenta la cronología de las publicaciones del estudio según los métodos de prevención. Se puede observar que los estudios publicados hasta 2006 se centran en los condones (33,48) y PEP (57,59). A partir de este período, existe una diversificación de la producción, que coincide con el inicio de los estudios relacionados con las pruebas diagnósticas y la PrEP (23,26,27,30,31,34,36,37,41,44,46,51,65). Además, aumentan los estudios conductuales y psicosociales (21,29,35,38,39,41,42,47,53,55), lo que sugiere una mayor influencia del paradigma de "prevención combinada"(78).

Tabla 5. **Cronología de publicaciones de estudios seleccionados hasta enero de 2018.**

Más de 10 años		2001		2003		2005	2006
		Condón y Pruebas diagnósticas (48)		Cóndon (33)		PEP(57,59)	PEP(58)
Hasta 10 años	2008	2009		2011	2012	2013	
	Conductual y Psicosocial (39)	Pruebas diagnósticas (25)		PrEP(24)	PrEP(28)	Pruebas diagnósticas (40,61)	
		PEP(49)			Circuncisión (62)	Condón (32)	
					Condón e Pruebas diagnósticas (56)	Otros(66)	
						Conductual y Psicosocial (55)	

Hasta 5 anos	2014	2015	2016	2017	2018		
	Pruebas diagnósticas (20,64))	Condón e PrEP(37)	PrEP(23,30,44,46)	Conductual y Psicosocial (21,42)	PrEP(34)		
	Conductual y Psicosocial (35)	Pruebas diagnósticas (54)	PrEP e Conductual y Psicosocial (41)	PrEP(26,31,65)	Conductual y Psicosocial (53)		
	PrEP(27,36)		Condóns(60)	Pruebas diagnósticas (22,43,45,50,63)			
	Pruebas diagnósticas e TcP(67)		PrEP e TcP(51)	Condón, Conductual y Psicosocial y PrEP(47)			
	Conductual y Psicosocial, Condón, Pruebas diagnósticas (29)			Conductual y Psicosocial y Otros(38)			
				Condón e Otros(52)			

Temas relacionados con la producción de PrEP, pruebas diagnósticas, condón y estrategia de comportamiento.

Para el análisis temático de la producción analizada, nos limitamos a los métodos y estrategias que se destacaron en términos numéricos (42 de las 48 producciones analizadas) de publicaciones, a saber: PrEP, pruebas diagnósticas, condones y estrategias de prevención con intervenciones conductual y psicosocial. El análisis de dichos temas se basa en la perspectiva de la prevención combinada.

A su vez, la prevención combinada ha sido recurrente en numerosos estudios y manuales de gobiernos u organismos multilaterales sobre prevención del VIH (78-83). Este enfoque se ha empleado para reflejar las posibilidades que se pueden combinar, no solo en el sentido de agrupación, sino también al referirse a la noción de diálogo y acuerdo para poder cubrir la gama más amplia posible de protección contra el VIH. En este modelo, las estrategias de prevención basadas en la promoción del uso de métodos preventivos e intervenciones conductuales y psicosociales se articulan con intervenciones estructurales, en forma de políticas públicas y marcos legales. Este enfoque se ha dirigido preferentemente a poblaciones clave (79,82,83).

Los temas principales discutidos en los estudios sobre los cuatro métodos de prevención fueron: redes de apoyo, redes de atención y estigma, seguido el costo financiero del acceso a PrEP y el temor a un resultado positivo de la prueba de VIH (Tabla 6).

Tabla 6. Los temas principales discutidos en los estudios.

Temas principales	Referencias
Redes de atención	Mitchell <i>et al</i> 2017(22); Nanin <i>et al</i> 2009(25); Hojilla <i>et al</i> 2016(30); Elwood <i>et al</i> 2003(33); Grace <i>et al</i> 2014(35); Hussen <i>et al</i> 2013(40); Martinez <i>et al</i> 2017(42); Boydell <i>et al</i> 2017(45); Witzel <i>et al</i> 2017(50); Blas <i>et al</i> 2013(61); Logie <i>et al</i> 2017(63); Reisen <i>et al</i> 2014(64); Bourne <i>et al</i> 2017(65)

Redes de apoyo	Hojilla <i>et al</i> 2016(30); Elwood <i>et al</i> 2003(33); Holloway <i>et al</i> 2017(38); Martinez <i>et al</i> 2016(41); 2017(42); Boydell <i>et al</i> 2017(45); Grov 2017(47); Maina <i>et al</i> 2018(53); Taegtmeier <i>et al</i> 2013(55); Logie <i>et al</i> 2017(63); Reisen <i>et al</i> 2014(64); Wei <i>et al</i> 2014(67)
Estigma	Nanin <i>et al</i> 2009(25); Storholm <i>et al</i> 2017(26); Collins <i>et al</i> 2017(31); Grace <i>et al</i> 2018(34); Mimiaga <i>et al</i> 2014(36); Hussen <i>et al</i> 2013(40); Martinez <i>et al</i> 2016(41); Medline <i>et al</i> 2017(43); Grov 2017(47); Young <i>et al</i> 2016(51); Maina <i>et al</i> 2018(53); Taegtmeier <i>et al</i> 2013(55); Wagner <i>et al</i> 2012(56), Blas <i>et al</i> 2013(61); Logie <i>et al</i> 2017(63); Reisen <i>et al</i> 2014(64); Bourne <i>et al</i> 2017(65); Wei <i>et al</i> 2014(67).

Las redes de atención (84-86) definidas en los estudios como servicios formalizados que brindan atención, orientación y educación a los usuarios directos atendidos o sus alrededores. La deficiencia o inexistencia de estas redes se destaca en los estudios como una barrera importante para la prevención.

La frecuencia más alta de estudios que abordan la red de atención se produce en los análisis de pruebas diagnósticas, PrEP, estrategias conductuales y psicosociales y el condón. También aparecen en trabajos que discuten la prevención combinada de dos o más métodos de prevención (29,47,52). Entre los 16 estudios que abordan este tema, seis (25,40,47,61,64,67) destacan diferentes aspectos que caracterizan las barreras observadas dentro de las redes de atención como: el estigma, el miedo, la inseguridad de uso y la falta de preparación, los servicios para atender a los participantes y la promoción de los métodos. En los estudios se informan que las estrategias de comunicación que influyen positivamente en la adopción de ciertos métodos son los facilitadores de acceso a las redes de atención, como los estudios que tratan sobre redes de apoyo utilizan diferentes enfoques teóricos para sustentar el tema. En cuanto a esta especificidad, la producción analizada converge al destacar la red de apoyo como un facilitador importante

para la adopción de diferentes métodos de prevención, siendo una estrategia con alto potencial para promover el uso de métodos preventivos (87-89).

Se encontraron 12 estudios que investigaron desde la perspectiva de las redes de apoyo. De particular interés son los estudios que abordan la prevención combinada de dos o más métodos de prevención, estrategias conductuales y psicosociales, pruebas diagnósticas, PrEP y condón. En la mitad de ellos, se observaron barreras similares a las encontradas en el tema de las redes de atención. Como facilitador del acceso a métodos en redes de apoyo aparecen políticas de información sociales y educativas para combatir el estigma y los prejuicios.

El estigma se aborda de manera multifacética en los 18 documentos que investigan el tema. La mayoría de estos estudios están relacionados con el estigma de descubrir la infección por el VIH, la homofobia y están especialmente relacionados con estudios que abordan las estrategias y pruebas diagnósticas de comportamiento. En relación con las pruebas diagnósticas se destaca la falta de preparación del servicio de salud para recibir adecuadamente a la población de HSH (25,52,63,64). Otra forma que surge en los estudios que abordan el estigma es la endógena (31,34,36,65), en el sentido de que la comunidad HSH impone una moral sexual y rechaza a los individuos que se desvían de esta moral. Esta discusión está vinculada al uso de PrEP, ya que las etiquetas como la promiscuidad, se usan para nombrar a los usuarios de métodos en ciertas comunidades de HSH. De estos estudios, solo uno (26) destaca el estigma reducido asociado con el VIH en los HSH que usan PrEP.

Los estudios que abordan el costo financiero de uno o más métodos de prevención, en particular la PrEP, subrayan el costo excesivo para los usuarios potenciales en países donde uno o más métodos no se ofrecen de forma gratuita a través de políticas de salud pública, lo que dificulta acceso y uso continuo y consistente (23,24,27,34,37,44,46,47,63,67). A su vez, el miedo asociado con un posible diagnóstico de infección por VIH aparece como una barrera para el acceso a las pruebas diagnósticas (25,40,43,56,61,63,64,67). Es importante destacar que los resultados de los estudios que abordan las pruebas diagnósticas y el costo de los métodos varían de acuerdo con las

estructuras, las redes de atención y los servicios gratuitos en los diferentes países o lugares donde se realizan los estudios.

Consideraciones finales

La síntesis temática presentó una visión crítica de los estudios de enfoque cualitativo sobre la prevención del VIH en el segmento de HSH, destacando las características de producción en términos de tiempo y distribución geográfica, de acuerdo con las estrategias y métodos de prevención incorporados en los estudios. Se destacaron los temas más frecuentes que se priorizaron en los estudios que trataron sobre PrEP, pruebas diagnósticas, condones y estrategias de prevención conductual y psicológica. El estudio destaca la relevancia de los esfuerzos en curso para reducir la exposición al VIH entre el segmento HSH, en el contexto actual de la estrategia de prevención combinada, cuyo desafío es articular el suministro y la promoción conjunta de estrategias y métodos de prevención.

En cuanto a las características de las 48 producciones analizadas, predominaron los estudios realizados en los países del norte, particularmente en Estados Unidos y Europa. La mayor parte de la investigación se realizó exclusivamente con la población de HSH y existe una tendencia que la producción aumente a partir de 2011, especialmente los estudios que articulan más de un método o estrategia de prevención. Estos datos parecen reflejar el surgimiento y la difusión de la perspectiva de prevención combinada impulsada por agencias internacionales como la OMS (78.80) y la OPS (7).

Considerando que estamos al final de la cuarta década de la epidemia de VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y que los estudios e intervenciones con la población de HSH han sido prominentes desde el comienzo de la epidemia, llama la atención la escasa investigación para este segmento específico de la población con énfasis en prevención y con un enfoque metodológico cualitativo en las dos primeras décadas de la epidemia. Una primera observación es el posible hecho de que en las primeras décadas de la epidemia se investigó el segmento HSH sobre cuestiones relacionadas con las representaciones sociales de riesgo y la convivencia con personas seropositivas, la interacción con medicamentos antirretrovirales y el impacto del

virus y el estigma del SIDA, en la vida cotidiana, la sociabilidad y el placer sexual de estos individuos (90,91). Segundo, y de acuerdo con la producción analizada, el crecimiento de los estudios cualitativos sobre métodos y estrategias de prevención entre HSH corresponde, en términos de distribución temporal y geográfica, al surgimiento de la disponibilidad de múltiples métodos y estrategias y sus acciones combinadas, como método predominante adicional al uso del condón. Como se muestra en esta revisión, los métodos basados en ARV representan una mayor producción en los últimos años. Los investigadores y las agencias de financiación están interesados en investigar la toma de decisiones de los HSH mediante el uso de dichos métodos, los significados de la experiencia de uso y los factores subjetivos relacionados con su efectividad (47,52,63).

En este sentido, la PrEP emerge como un método con gran potencial de prevención, entre los métodos que usan ARV, y explica el número significativo de publicaciones que abordan los problemas y las críticas pertinentes para acceder y usar, tanto individualmente como en la salud pública, especialmente a partir de 2012. El trabajo de Young y colaboradores (2016) (51) trae entre sus hallazgos preguntas ilustrativas para pensar en las críticas a la PrEP, como su impacto en los presupuestos públicos. Lo más destacado para los estudios sobre PrEP en los últimos años de la producción analizada parece derivar de la relación entre aspectos diferentes pero relacionados, como los estudios vinculados a investigaciones que buscan profundizar las preguntas sin respuesta mediante estudios clínicos y epidemiológicos; e entre estos destacan la aceptabilidad y la posibilidad de uso diario, etc.

La aparición de métodos basados en antirretrovirales abre un área amplia de interés, al cambiar el enfoque preventivo y el impacto potencial sobre la epidemia, constituyendo así un campo de estudio relevante. Finalmente, el desarrollo y la penetración de diseños metodológicos cualitativos en estudios de salud, ya sea en diseños mixtos (cualitativos y cuantitativos), o en estudios únicamente con la producción de datos cualitativos es creciente y consistente. considerando los estudios iniciales sobre la relación entre el VIH / SIDA y la población de HSH, los estudios sobre prevención combinada en esta población tienen acceso a la experiencia desarrollada en décadas anteriores.

Al observar los principales temas abordados en los estudios sobre los cuatro métodos más importantes en la producción analizada (PrEP, pruebas diagnósticas, condones y estrategias de prevención del comportamiento y psicológicas), se destacan los temas de las redes de apoyo y atención y el estigma. A diferencia de las dos iniciales, el estigma sigue siendo central, constituyendo un amplio fenómeno social en el campo del VIH que se manifiesta en múltiples ámbitos, desde aquellos de la vida privada hasta los relacionados con la búsqueda de servicios y el acceso a métodos de estrategias de prevención.

En resumen, la presente revisión señala los límites y las posibilidades de prevención del VIH entre los HSH como un segmento inmerso en construcciones sociales y contextos estructurales que expanden sus vulnerabilidades primarias históricamente conocidas, dando la posibilidad de discutir, comprender, acceder y usar estrategias diferentes. La prevención está condicionada por cuestiones como el acceso y el costo de la salud, problemas familiares y generacionales, así como, posibles acciones para excluir al Estado, respaldados por el estigma institucionalizado y prevalente y la homofobia en las sociedades (92).

Finalmente, consideramos que la incorporación y el desarrollo de la investigación cualitativa en el campo de la producción de conocimiento y las prácticas en la prevención de la infección por VIH es de gran importancia. Como el tipo de investigación que aborda las individualidades y subjetividades de los seres humanos y las colectividades, este enfoque metodológico puede proponerse para estudiar el VIH, cómo, por ejemplo, las formas como los individuos evalúan el riesgo del VIH, las formas de enfrentar el estigma del SIDA, como las nuevas tecnologías de prevención basadas en el uso de ARV influye en la construcción de identidades sexuales y en las prácticas sexuales, etc. Además, la investigación cualitativa es una herramienta para reconocer las diferentes subjetividades de las personas en las políticas para abordar la epidemia y darles a estos individuos el estatus de sujetos de derechos. Dado esto, y considerando el creciente número de estudios cualitativos sobre prevención del VIH en el segmento de HSH, la revisión de síntesis temática apunta al estado de la técnica de producción, señalando lagunas de

conocimiento que merecen investigación, especialmente en el escenario de prevención actual, y destacando formas de respuesta social y políticas para reducir el riesgo de infección en este segmento de la población históricamente afectado por la epidemia.

La principal limitación de esta síntesis temática es la restricción de las bases de datos de fuentes de información en salud usadas para seleccionar los estudios primarios. Estas bases no incluyen necesariamente trabajos de otras áreas del conocimiento (como psicología, sociología y antropología). Tampoco hacen parte de estas bases de datos las producciones de la llamada “literatura gris” publicada fuera de los canales editoriales convencionales como informes, tesis, actas de congresos, normas técnicas, entre otras.

Referencias

1. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. WHO Guide; 2016;
2. Beyrer C, Baral SD, Van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012; 380(9839):367–377. doi:10.1016/S0140-6736(12)60821-6
3. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:S9–15.
4. UNAIDS, Joint United Nations Program on HIV/AIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. http://www.UnaidsOrg/Sites/Default/Files/Media_Asset/90-90-90_En_0Pdf. 2014;
5. Nilo F. Gerenciamento de risco em tempos de novas tecnologias de prevenção na perspectiva de direitos humanos. *Bol ABIA*. 2015; 60:8–18.
6. De Luiz GM, Spink MJ. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: Estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. *Athenea Digit*. 2013; *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 13(3), 39-56
7. PAHO, Pan American Health Organization, UNAIDS, Joint United

Nations Program on HIV/AIDS. HIV Prevention in the Spotlight: An Analysis from the Perspective of the Health Sector in Latin America and the Caribbean, 2017 [Internet]. 2017. p. 88. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34381/9789275119792-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

8. Mello L, Perilo M, Braz CA de, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud y Soc* (Rio Janeiro). 2017; (9), 7-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>

9. Santos EC, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 235-245. 2010.10. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, Stall R, Goldhammer H, Landers S. Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health* 98, no. 6, 2008: pp. 989-995.11. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507–14.

12. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 2nd ed. Sage Publication INC.London. 2006.

13. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2006.

14. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008; 8(1), 45.15.

Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012; Vol 40, Issue 8. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

16. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012; 12(1), 181.

17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.

18. Noyes J, Popay J, Pearson KHA; Cochrane and Andrew Booth on behalf of the Methods Qualitative, Research Group. Qualitative research and Cochrane reviews. *Cochrane Handb Syst Rev Interv.* 2008;571.
19. CRD, Center for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking systematic reviews in health care. University of York. York: York Publishing Services Ltd; 2009.
20. Beougher SC, Bircher AE, Chakravarty D, Darbes LA, Mandic CG, Neilands TB, et al. Motivations to Test for HIV Among Partners in Concordant HIV-Negative and HIV-Discordant Gay Male Couples. *Arch Sex Behav.* 2014;44(2):499–508.
21. Bird JDP, Morris JA, Koester KA, Pollack LM, Binson D, Woods WJ. Knowing Your Status and Knowing Your Partner's Status Is Really Where It Starts: A Qualitative Exploration of the Process by Which a Sexual Partner's HIV Status Can Influence Sexual Decision Making. *J Sex Res.* 2017;54(6):784–94.
22. Mitchell JW, Lee JY, Woodyatt C, Bauermeister J, Sullivan P, Stephenson R. Decisions About Testing for HIV While in a Relationship: Perspectives from an Urban, Convenience Sample of HIV-Negative Male Couples Who Have a Sexual Agreement. *Arch Sex Behav.* 2017;46(4):1069–77.
23. Mitchell JW, Lee J-Y, Woodyatt C, Bauermeister J, Sullivan P, Stephenson R. HIV-negative male couples' attitudes about pre-exposure prophylaxis (PrEP) and using PrEP with a sexual agreement. *AIDS Care.* 2016;28(8):994–9.
24. Brooks RA, Kaplan RL, Lieber E, Landovitz RJ, Lee SJ, Leibowitz AA. Motivators, concerns, and barriers to adoption of preexposure prophylaxis for HIV prevention among gay and bisexual men in HIV-serodiscordant male relationships. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2011;23(9):1136–45.
25. Nanin J, Osubu T, Walker J, Powell B, Powell D, Parsons J. "HIV is still real": Perceptions of HIV testing and HIV prevention among black men who have sex with men in New York City. *Am J Mens Heal.* 2009;3(2):150–64.
26. Storholm ED, Volk JE, Marcus JL, Silverberg MJ, Satre DD. Risk

Perception, Sexual Behaviors, and PrEP Adherence Among Substance-Using Men Who Have Sex with Men: a Qualitative Study. *Prev Sci.* 2017;18(6):737–47.

27. Taylor SW, Mayer KH, Elsesser SM, Mimiaga MJ, O’Cleirigh C, Safren SA. Optimizing content for pre-exposure prophylaxis (PrEP) counseling for men who have sex with men: Perspectives of PrEP used and high-rise PrEP naïve men. *AIDS Behav.* 2014;18(5):871–9.

28. Brooks RA, Landovitz RJ, Kaplan RL, Lieber E, Lee S-J, Barkley TW. Sexual Risk Behaviors and Acceptability of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Among HIV-Negative Gay and Bisexual Men in Serodiscordant Relationships: A Mixed Methods Study. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26(2):87–94.

29. Campbell CK, Gómez AM, Dworkin S, Wilson PA, Grisham KK, McReynolds J, et al. Health, Trust, or “Just Understood”: Explicit and Implicit Condom Decision-Making Processes Among Black, White, and Interracial Same-Sex Male Couples. *Arch Sex Behav.* 2014;43(4):697–706.

30. Hojilla JC, Koester KA, Cohen SE, Buchbinder S, Ladzekpo D, Matheson T, 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 HHS Public Access. *AIDS Behav.* 2016;20(7):1461–9.

31. Collins SP, McMahan VM, Stekler JD. The Impact of HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Use on the Sexual Health of Men Who Have Sex with Men: A Qualitative Study in Seattle, WA. *Int J Sex Heal.* 2017;29(1):55–68.

32. Grov C, Agyemang L, Ventuneac A, Breslow AS. Navigating Condom Use and HIV Status Disclosure with Partners Met Online: A Qualitative Pilot Study with Gay and Bisexual Men from Craigslist.Org. *AIDS Educ Prev.* 2013;25(1):72–85.

33. Elwood WN, Greene K, Carter KK. Gentlemen Don’t Speak: Communication Norms and Condom Use in Bathhouses. *J Appl Commun Res.* 2003;31(4):277–97.

34. Grace D, Jollimore J, MacPherson P, Strang MJP, Tan DHS. The Pre-Exposure Prophylaxis-Stigma Paradox: Learning from Canada’s First Wave of PrEP Users. *AIDS Patient Care STDS.* 2018;32(1):24–30.

35. Grace D, Chown SA, Jollimore J, Parry R, Kwag M, Steinberg M, et al. HIV-negative gay men's accounts of using context-dependent sero-adaptive strategies. Vol. 16. *Culture, Health and Sexuality*. Taylor & Francis; 2014. p. 316–30. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.883644>
36. Mimiaga MJ, Closson EF, Kothary V, Mitty JA. Sexual Partnerships and Considerations for HIV Antiretroviral Pre-Exposure Prophylaxis Utilization Among High-Risk Substance Using Men Who Have Sex with Men. *Arch Sex Behav*. 2014;43(1):99–106.
37. Hoff CC, Chakravarty D, Bircher AE, Campbell CK, Grisham K, Neilands TB, et al. Attitudes Towards PrEP and Anticipated Condom Use Among Concordant HIV-Negative and HIV-Discordant Male Couples. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(7):408–17.
38. Holloway IW, Winder TJ, Lea III CH, Tan D, Boyd D, Novak D. Technology Use and Preferences for Mobile Phone–Based HIV Prevention and Treatment Among Black Young Men Who Have Sex with Men: Exploratory Research. *JMIR mHealth uHealth*. 2017;5(4): e46.
39. Holmes D, Gastaldo D, O'Byrne P, Lombardo A. Bareback Sex: A Conflation of Risk and Masculinity. *Int J Mens Health*. 2008;7(2):171–91.
40. Hussen SA, Stephenson R, del Rio C, Wilton L, Wallace J, Wheeler D, et al. HIV Testing Patterns among Black Men Who Have Sex with Men: A Qualitative Typology. *PLoS One*. 2013; 8(9), e75382.
41. Martinez O, Wu E, Levine EC, Muñoz-Laboy M, Fernandez MI, Bass SB, et al. Integration of social, cultural, and biomedical strategies into an existing couple-based behavioral HIV/STI prevention intervention: Voices of latino male couples. *PLoS One*. 2016;11(3):1–22.
42. Martinez O, Wu E, Frasca T, Shultz AZ, Fernandez MI, López Rios J, et al. Adaptation of a Couple-Based HIV/STI Prevention Intervention for Latino Men Who Have Sex with Men in New York City. *Am J Mens Health*. 2017;11(2):181–95.
43. Medline A, Daniels J, Marlin R, Young S, Wilson G, Huang E, et al. HIV Testing Preferences Among MSM Members of an LGBT Community Organization in Los Angeles. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017;28(3):363–71.
44. Bil JP, Van Der Veldt WM, Prins M, Stolte IG, Davidovich U.

Motives of Dutch men who have sex with men for daily and intermittent HIV pre-exposure prophylaxis usage and preferences for implementation A qualitative study. *Med (United States)*. 2016; 95(39): e4910. doi:10.1097/MD.0000000000004910.

45. Boydell N, Buston K, McDaid LM. Patterns of HIV testing practices among young gay and bisexual men living in Scotland: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–10.

46. Gredig D, Uggowitz F, Hassler B, Weber P, Niderost S. Acceptability and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among HIV-negative men who have sex with men in Switzerland. *AIDS Care [Internet]*. 2016;28 Suppl 1:44–7.

47. Grov C. Gay Men's Perspectives on HIV Prevention and Treatment in Berlin, Germany: Lessons for Policy and Prevention. *Int J Sex Heal*. 2017;29(2):124–34.

48. Middelthon A-L. Interpretations of Condom Use and Nonuse among Young Norwegian Gay Men: A Qualitative Study. *Med Anthropol Q*. 2001;15(1):58–83.

49. Sayer C, Fisher M, Nixon E, Nambiar K, Richardson D, Perry N, et al. Will I? Won't I? Why do men who have sex with men present for post-exposure prophylaxis for sexual exposures? *Sex Transm Infect*. 2009;85(3):206–11.

50. Witzel TC, Weatherburn P, Rodger AJ, Bourne AH, Burns FM. Risk, reassurance and routine: a qualitative study of narrative understandings of the potential for HIV self-testing among men who have sex with men in England. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–10.

51. Young I, Flowers P, McDaid L. Can a pill prevent HIV? Negotiating the biomedicalisation of HIV prevention. *Sociol Heal Illn*. 2016;38(3):411–25.

52. Lee M, Sandfort T, Collier K, Lane T, Reddy V. Breakage is the norm: use of condoms and lubrication in anal sex among Black South African men who have sex with men. *Cult Health Sex*. 2017;19(4):501–14.

53. Maina G, Strudwick G, Lalani Y, Boakye F, Wilton L, Nelson LRE. Characterizing the Structure and Functions of Social Networks of Men Who Have Sex with Men in Ghana, West Africa: Implications for Peer-Based HIV

Prevention. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2018; 29(1):70–82.

54. Siegler AJ, Sullivan PS, de Voux A, Phaswana-Mafuya N, Bekker LG, Baral SD, et al. Exploring repeat HIV testing among men who have sex with men in Cape Town and Port Elizabeth, South Africa. *AIDS Care*. 2015;27(2):229–34.

55. Taegtmeyer M, Davies A, Mwangome M, van der Elst EM, Graham SM, Price MA, et al. Challenges in Providing Counselling to MSM in Highly Stigmatized Contexts: Results of a Qualitative Study from Kenya. *PLoS ONE* 8(6): e64527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064527>

56. Wagner GJ, Aunon FM, Kaplan RL, Rana Y, Khouri D, Tohme J, et al. A Qualitative Exploration of Sexual Risk and HIV Testing Behaviors among Men Who Have Sex with Men in Beirut, Lebanon. *PLoS ONE* 7(9): e45566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045566>

57. Körner H, Hendry O, Kippax S. It's not just condoms: Social contexts of unsafe sex in gay men's narratives of post-exposure prophylaxis for HIV. *Health Risk Soc*. 2005;7(1):47–62.

58. Körner H, Hendry O, Kippax S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: Intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2006;18(8):879–87.

59. Körner H, Hendry O, Kippax S. Negotiating risk and social relations in the context of post-exposure prophylaxis for HIV: Narratives of gay men. *Heal Risk Soc*. 2005;7(4):349–60.

60. Neville S, Adams J, Moorley C, Jackson D. The condom imperative in anal sex – one size may not fit all: a qualitative descriptive study of men who have sex with men. *J Clin Nurs*. 2016;25(23–24):3589–96.

61. Blas MM, Menacho LA, Alva IE, Cabello R, Orellana ER. Motivating Men Who Have Sex with Men to Get Tested for HIV through the Internet and Mobile Phones: A Qualitative Study. *PLoS One*. 2013; 8(1): e54012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054012>

62. Gonzales FA, Zea MC, Reisen CA, Bianchi FT, Betancourt Rodríguez CF, Aguilar Pardo M, et al. Popular perceptions of circumcision among Colombian men who have sex with men. *Cult Health Sex*.

2012;14(9):991–1005.

63. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, Jones N, Lee-Foon N, Levermore K, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: A qualitative study. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1–8.

64. Reisen CA, Zea MC, Bianchi FT, Poppen PJ, del Río González AM, Romero RAA, et al. HIV Testing Among MSM in Bogotá, Colombia: The Role of Structural and Individual Characteristics. *AIDS Educ Prev.* 2014;26(4):328–44.

65. Bourne A, Cassolato M, Thuan Wei CK, Wang B, Pang J, Lim SH, et al. Willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM) in Malaysia: findings from a qualitative study. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1–7.

66. Newman PA, Rongprakhon S, Tepjan S. A social ecology of rectal microbicide acceptability among young men who have sex with men and transgender women in Thailand. *J Int AIDS Soc.* 2013; 16:1–8.

67. Wei C, Yan H, Yang C, Raymond F, Li J, Yang H, et al. Accessing HIV Testing and Treatment among Men Who Have sex with Men in China: A Qualitative Study. *AIDS Care.* 2014;26(3):372–8.

68. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med.* 2010;

69. Kaplan JE, Dominguez K, Jobarteh K, Spira TJ. Postexposure Prophylaxis Against Human Immunodeficiency Virus (HIV): New Guidelines From the WHO: A Perspective. *Clin Infect Dis.* 2015;60(suppl_3): S196–9.

70. Bagyinszky F, Penazzato M, Irvine C, Beanland R, Mayer KH, Calmy A, et al. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. *Clin Infect Dis.* 2015/05/15. 2015;60(suppl_3): S161–4.

71. Beanland RLL, Irvine CMM, Green K. End Users' Views and Preferences on Prescribing and Taking Postexposure Prophylaxis for Prevention of HIV: Methods to Support World Health Organization Guideline Development. *Clin Infect Dis.* 2015/05/15. 2015;60(suppl_3): S191–5.

72. Ford N, Shubber Z, Calmy A, Irvine C, Rapparini C, Ajoye O, et al. Choice of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis for Adults and Adolescents: A Systematic Review. *Clin Infect Dis*. 2015;60(suppl 3): S170–6.
73. Ford N, Venter F, Irvine C, Beanland RL, Shubber Z. Starter Packs Versus Full Prescription of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis: A Systematic Review. *Clin Infect Dis*. 2015;60(suppl 3): S182–6.
74. Siegfried N, Beanland RL, Ford N, Mayer KH. Formulating the Future Research Agenda for Postexposure Prophylaxis for HIV: Methodological Challenges and Potential Approaches. *Clin Infect Dis*. 2015;60(suppl_3): S205–11.
75. Jayathunge PH, McBride WJ, MacLaren D, Kaldor J, Vallely A, Turville S. Male Circumcision and HIV Transmission; What Do We Know? *Open AIDS J*. 2014; 2014; 8:31–44. doi:10.2174/1874613601408010031
76. WHO, World Health Organization. Guideline on the use of devices for adult male circumcision for HIV prevention. World Health Organization, 2013.
77. Eyer-Silva WA. A circuncisão masculina e a transmissão heterossexual do HIV. *Revista de Saúde Pública*, 37, 678-686.
78. UNAIDS, Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. UNAIDS, 2010.
79. Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Chovnick G. The Past, Present, and Future of HIV Prevention: Integrating Behavioral, Biomedical, and Structural Intervention Strategies for the Next Generation of HIV Prevention. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5(1):143–67.
80. UNAIDS, Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Fast-tracking combination prevention UNAIDS 2015. 2015; Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf
81. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2002;6:25–38.

82. Brasil, Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. 2017. p. 123.
83. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; v. 18, n. Supl 1. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>
84. Mayer KH, Bekker L-G, Stall R, Grulich AE, Colfax G, Lama JR. Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *Lancet*. 2012;380(9839):378–87.
85. Ogden J, Esim S, Grown C. Expanding the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus. *Health Policy Plan*. 2006;21(5):333–42.
86. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010; 15, 2297-2305
87. Lomando E, Wagner A, Gonçalves J. Coesão , adaptabilidade e rede social no relacionamento conjugal homossexual. *Psicol Teor e Prática*. 2011; 13(3):96-109. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/193821358008>
88. Andrade GRB De, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cien Saude Colet*. 2002;7(4):925–34.
89. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciências & Saúde Coletiva* . 2011;16(3):1755–69.
90. Chambers LA, Rueda S, Baker DN, Wilson MG, Deutsch R, Raeifar E, et al. Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. *BMC Public Health*. 2015 15, 848 doi:10.1186/s12889-015-2197-0.
91. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):13–24.

92. Rios LF, Almeida V, Parker R, Pimenta C, Terto JV.
Homossexualidade : produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro:
ABIA; 2004. Available at:
<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/604/1.pdf?sequence>

Artigo 2 (100)

Percepções de risco e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens em cinco cidades brasileiras⁷

Resumo

No atual contexto da epidemia de HIV múltiplas estratégias de prevenção vêm se apresentando como alternativas para populações mais vulneráveis, incluindo as estratégias biomédicas. Este trabalho buscou compreender as percepções de risco ao HIV de homossexuais e bissexuais e a experiência de uso da Profilaxia Pós-Exposição sexual ao HIV (PEP). Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que utilizou entrevistas semiestruturadas com 25 homens que fazem sexo com homens (HSH) em cinco cidades brasileiras. Os resultados apontam a proeminência do preservativo como estratégia de prevenção ao HIV. Além disso, os entrevistados identificam a falha do método, o uso não consistente e o uso não intencional como motivos principais da auto percepção de risco e a consequente tomada de decisão de busca por PEP. Quanto às percepções e os significados do uso da profilaxia, estes são modulados pelo conhecimento prévio sobre o método. O trabalho amplia o debate sobre aspectos subjetivos envolvendo a prevenção do HIV entre HSH, especialmente no que concerne a percepção de risco e tomada de decisão para o uso da PEP no atual cenário da epidemia e no contexto da prevenção combinada.

Palavras chave:

Masculinidade, HIV, Minorias Sexuais e de Gênero, Gestão de Risco, Profilaxia Pós-Exposição

Abstract

In the current context of the HIV epidemic, multiple prevention strategies have been presented as alternatives for more vulnerable populations, including biomedical ones. This study sought to understand the perceptions of HIV risk among

⁷ Mathias A, Santos LA, Grangeiro A, Couto MT. Percepções de risco e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens em cinco cidades brasileiras. Cien Saude Colet [Internet]. 2020; Available at: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/percepcoes-de-risco-e-profilaxia-posexposicao-ao-hiv-entre-homens-que-fazem-sexo-com-homens-em-cinco-cidades-brasileiras/17786>

homosexuals and bisexuals and the experience of using Sexual Post-Exposure Prophylaxis to HIV (PEP). This is a qualitative study based on semi-structured interviews with 25 men who have sex with men (MSM) in five Brazilian cities. The results highlighted the use of condoms as the main strategy for the prevention of HIV. Furthermore, the failure of the method or non-consistent use and intentional non-use are the main reasons of self-risk perception and the consequent decision-making of searching for PEP. As for the perceptions and meanings of the use of the prophylaxis, these are modulated by prior knowledge about the method. This work expands the debate on subjective aspects involving HIV prevention among MSM, especially regarding risk perception and decision-making process for the use of PEP in the current epidemic scenario and in the context of combined prevention.

Keywords:

Masculinity, HIV, Sexual and Gender Minorities, Risk Management, Post-Exposure Prophylaxis

Introdução

Estima-se que, atualmente, 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com HIV (1). No Brasil, dados oficiais recentes revelam o maior número de casos notificados ocorreu entre homens homossexuais e bissexuais que, juntos, representam mais da metade (51,3%) das notificações reportadas ao Ministério da Saúde (2). No segmento de Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) no Brasil foi observado o aumento da prevalência de HIV entre os anos de 2009 e 2016, de 12,1% para 18,4% (3).

Atualmente, a “prevenção combinada” é a abordagem dominante nos discursos e ações de enfrentamento à epidemia de HIV no Brasil e no mundo (4–7). Em teoria, essa abordagem preconiza a combinação de estratégias de diferentes naturezas, como intervenções estruturais, comunitárias e de cunho biomédico, que possibilitaria uma maior cobertura preventiva ao HIV por diferentes frentes. No entanto, a implementação dessa abordagem no cenário atual tem recebido críticas por causa da pouca atenção dada às intervenções estruturais e comunitárias em detrimento dos esforços voltados aos métodos biomédicos e farmacológicos (7–9). Merece destaque, ainda, o fato de que o financiamento e a distribuição destas biotecnologias também estão sofrendo impacto em locais com políticas de governos ultraconservadoras, inclusive no Brasil, o que dificulta a plena consolidação dessa abordagem em todos os níveis de atenção e cuidado à saúde.

A percepção de risco individual é aspecto importante no contexto da prevenção combinada. Enquanto conceito sociológico, o risco é entendido como um complexo emaranhado de fatores sociais e concepções probabilísticas localizadas historicamente e com diversos atores e forças em jogo (10–12). A epidemiologia, no entanto, entende o risco com a probabilidade de um evento ocorrer um determinado tempo (13). Adicionalmente, o mesmo risco (de adoecimento, por exemplo) será percebido e experienciado de formas distintas a depender da posição dos sujeitos, segundo categorias de diferenciação social, como classe, geração, raça/cor, orientação sexual e gênero, e o contexto social, político e econômico (10–12).

No contexto das transformações que caracterizam a sociedade atual, a *reflexividade* (14), como mecanismo básico de organização institucional e constituição do eu, promove *sistemas de expertos* em risco. Estes, compostos

por formuladores de políticas, especialistas em conhecimento biomédico e mídia, por exemplo, operam com base na confiança que depositam seus participantes e usuários, propagando conhecimentos técnicos válidos para além do campo imediato de suas atuações (15). O cálculo do risco por parte dos sujeitos, portanto, se apresenta como relação complexa de crítica e aceitação dos indivíduos a tais sistemas, porque pressupõe a confluência de uma ordem complexa de crenças, desejos e cálculos a partir dos quais os indivíduos gerenciam seus próprios riscos e manejam comportamentos. Neste sentido, nas relações de poder estabelecidas entre indivíduos e *sistemas expertos* a consciência do risco (15) nem sempre se alinhará às normas outorgadas pelas instituições de saúde, por exemplo.

A ideia de percepção de risco trazida por Wiedemann (16) coaduna com esta perspectiva, na medida que toma como referência construções imaginárias e crenças elaboradas a partir de vivências anteriores. Desta forma, a percepção de risco no cenário do HIV/aids influenciará a capacidade de gerenciar, de alguma maneira, as probabilidades de um evento potencialmente de grande impacto pessoal, como a infecção pelo HIV.

No âmbito das tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV, desde 2010 a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é um dos métodos biomédicos de prevenção de destaque e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (17–19) em situações de exposição sexual consentida. Como alternativa emergencial de prevenção, deve ser acionada em até 72 horas após a exposição (20). Na política de prevenção ao HIV do Ministério da Saúde (MS), apesar de ser a mais antiga profilaxia biomédica, ainda apresenta distribuição deficiente em diferentes localidades e regiões do país, estando quase sempre restrita aos serviços voltados à saúde sexual em grandes cidades e com pouca inserção em localidades mais periféricas e do interior (9,21). Estudos têm demonstrado a alta eficácia da PEP e evidências sugerem (22) que a estratégia pode ter contribuído para evitar a transmissão do HIV em, ao menos, 3138 pessoas entre 2009 a 2017.

Na literatura, embora com perspectiva de ampliação de estudos, há ainda poucos resultados de pesquisas qualitativas sobre a PEP como método de prevenção entre HSH (23), sobretudo na discussão de como o conhecimento sobre a profilaxia impacta na tomada de decisão de fazer uso do método. Em

revisão recente (23), verificou-se estudos ingleses (24) e australianos (25–27) que investigam a profilaxia, onde temas como a motivação, os tipos parceria sexual, a negociação e a percepção de risco são tidos como centrais. No Brasil, há estudos qualitativos publicados sobre PEP em homens heterossexuais (28) mas não foi encontrado trabalhos com a população de HSH.

Neste trabalho, objetivamos compreender as percepções de HSH sobre a PEP, no contexto da prevenção ao HIV/aids, a partir de suas percepções de risco. Para tanto, será considerado o contexto em que a PEP surge como uma possibilidade viável de prevenção, trazendo elementos para se entender a tomada de decisão por seu uso no cenário da prevenção combinada; e, como e se, a partir do uso, reconsideram a percepção de risco.

Metodologia

Os dados empíricos analisados integram um conjunto de entrevistas realizadas no âmbito de um estudo que investiga a efetividade da PEP em serviços de saúde públicos em cinco cidades brasileiras, o Estudo Combina! (29).

O recorte proposto enfatiza o segmento dos HSH e se pauta na modalidade de pesquisa qualitativa, tendo sido realizadas 25 entrevistas semiestruturadas nos cinco sítios da pesquisa: Porto Alegre/RS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Ribeirão Preto/SP e São Paulo/SP. As entrevistas foram conduzidas a partir roteiro contemplando as vivências afetivo-sexuais dos participantes, a relação entre as práticas sexuais e a busca e uso da PEP, tendo como contexto a maneira como esses indivíduos percebem o risco de exposição ao HIV e o que os leva a buscar a PEP.

As entrevistas ocorreram no período de março a dezembro de 2015 e foram conduzidas por pesquisadores treinados, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização das entrevistas foram interrompidas quando houve suficiência para elucidar o fenômeno a que esta pesquisa se propôs, considerando-se o critério de saturação (30). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, respeitando-se expressões coloquiais, gírias e pausas. O tempo de duração médio das entrevistas foi de 45 minutos, sendo as mesmas realizadas em locais privativos nos serviços de

saúde. Foi utilizado o software QSR Nvivo® 11 para organização e categorização temática dos depoimentos.

O método de interpretação de sentidos foi utilizado na análise dos dados, baseado em princípios hermenêuticos-dialéticos, visando interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e interrelações (31). Na trajetória analítico-interpretativa, foram percorridos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades dos depoimentos; (b) identificação e recorte temático; (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos socioculturais subjacentes às falas dos participantes; (e) diálogo entre as ideias problematizadas, literatura sobre o tema; e (f) elaboração de síntese interpretativa (31).

Na apresentação dos resultados, utilizamos nomes fictícios a fim de garantir o anonimato dos participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina, protocolo (251/2014) e CONEP (929.939/2015).

Resultados

O perfil dos participantes foi heterogêneo em relação à idade (oito participantes têm entre 19 a 23 anos e 17 estão entre 26 a 40 anos), a maioria de brancos (14/25) e homossexuais (20/25). Em apenas seis casos a relação que motivou a busca de PEP ocorreu com um parceiro estável, dos quais cinco eram sabidamente soropositivos. Os demais tiveram relações casuais (19/25), dos quais a maioria (15/19) tinha sorologia desconhecida. O quadro 1 detalha as características dos participantes.

Agrupamos e analisamos os depoimentos em três sub grupos, no que se refere ao uso e conhecimento da PEP: os que já haviam utilizado anteriormente a profilaxia (3/25); os que não tinham utilizado, mas tinham conhecimento prévio da PEP, mesmo que escasso (7/25); e aqueles que não tinham utilizado e o conhecimento da profilaxia ocorreu já no contexto da busca por ajuda especializada após a relação sexual (15/25). A partir deste agrupamento, serão analisados aproximações e distanciamentos dos subgrupos em relação à percepção de risco individual sobre HIV, tomada de decisão pela PEP e o significado do uso da profilaxia.

No subgrupo que já tinha utilizado PEP (3/25), se destaca o fato da utilização prévia impactando a forma como percebiam seu risco frente ao HIV, a agilidade na tomada de decisão pela busca da profilaxia e a facilidade no acesso aos serviços que a disponibilizavam. As implicações do uso da PEP neste grupo foram todas positivas e a estratégia se reveste como método de prevenção válido e incorporado no repertório de prevenção, (3/25). A fala de Noel, que teve exposição em outro país, deixa claro como ele estava seguro sobre como agir e que ações tomar na busca por ajuda médica:

Entrevistador (E): Você pensou mesmo em fazer, em buscar a PEP, você saiu ali desse hotel...

Noel: E fui direto para o hospital... eu já saí do motel não para ir para o meu hotel, mas para o hospital, procurar a profilaxia.

(33 anos, pardo, homossexual, Curitiba/PR)

No subgrupo dos que não tinham experiências anteriores de uso e apenas algum conhecimento prévio (7/25), destaca-se a imprecisão das informações que possuíam, incluindo não saber ao certo o nome da profilaxia, os requisitos para sua utilização ou onde encontrá-la. As mídias tradicionais (jornal e televisão) estão presentes nos relatos analisados, mas a internet tem protagonismo como veículo de busca das informações; com destaque para os sites governamentais, seja do MS e de secretarias estaduais e municipais, bem como vídeos de figuras públicas renomadas.

Eu não sabia que era PEP, né? E uma vez eu lendo, assim, despretensiosamente sobre HIV, eu vi que tinha um tratamento que você tomava se você se colocava em risco, quando você tinha um acidente, transava sem camisinha ou a camisinha estourava ou, no caso, enfim... E daí, passou-se um tempo e eu conheci uma pessoa, a gente transou e a camisinha deu o famoso click, né? E aí me desesperiei. E aí eu joguei no *google*, né? "Tratamento imediato pra prevenção de HIV" e vi a PEP. Vi que era feita no Hospital [XX] e tal.

(Ramon, 31 anos, cor não declarada, homossexual, Fortaleza/ CE).

Neste grupo, formas de prevenção sem o auxílio de insumos aparecem em três depoimentos (3/7), enquanto a Testagem Sorológica ao HIV (TS-HIV) de rotina só é mencionado em um deles. A alta percepção de risco neste grupo é quase unânime (6/7). O estigma da aids, e a antecipação do estigma pelo medo de ser infectado, aparecem de forma recorrente.

Porque queira ou não, no dia do teste rápido tá tudo bem, mas no dia que você vai receber o primeiro exame de sorologia depois de 45 dias, fica aquele frio na barriga, aquela tensão. Aí você fica pensando 'Nossa e se eu tiver com HIV, como é que vai ser isso pra mim? Como é que vai ser isso pro meu parceiro? Como é que vai ser isso pra contar pros meus pais? Aí sai o resultado negativo. 'Ufa! E aí agora? Eu quero tá numa situação e passar por isso de novo?'

(Mario, 40 anos, branco, homossexual, São Paulo/SP)

Dentre as implicações e significados de uso, as percepções negativas são recorrentes (4/7), não só pelos efeitos colaterais do uso da medicação, bem como pelos sentimentos de culpa e vergonha.

Como esperado, o tempo decorrido entre o momento da exposição, o reconhecimento do risco de infecção e a busca por auxílio especializado foi maior no subgrupo sem experiência ou conhecimento prévio da PEP (15/25). Nesse grupo, a principal fonte de informação sobre métodos e estratégias de prevenção do HIV foi a consulta a amigos e a busca em sites da internet.

A trajetória comum da maioria dos participantes nesse subgrupo foi chegar ao serviço de saúde com informação limitada sobre a PEP (13/15). No entanto, dois participantes (2/15) buscaram o serviço em busca de TS-HIV e, apenas no momento da consulta de aconselhamento, receberam a indicação de PEP pelos profissionais do serviço.

Mas aí na outra entrevista, ali, antes da coleta, a orientadora já me falou que não. Que realmente é isso. Que no teste de hoje vai sair uma coisa de casos passados. O problema que eu tive ontem, vou ter que fazer daqui a um mês, novamente um novo teste, para ter certeza, né?

(Agenor 31 anos, branco, bissexual, São Paulo/SP)

Nos relatos sobre métodos e estratégias de prevenção, os participantes do grupo sem conhecimento e experiência prévia reportaram que utilizam, quase unicamente, o preservativo (9/15), mas seu uso nem sempre é consistente. A TS-HIV aparece em poucos depoimentos, embora esta não seja reconhecida e nomeada como método de prevenção pelos participantes. Sua função se constitui como recurso de estabelecimento de negociações nas relações afetivo-sexuais. O uso de estratégias comportamentais, como preferir determinada posição sexual (ativo, passivo), ou ainda, evitar a ejaculação direta do parceiro, aparecem em poucas referências. Alexandre fala do quanto o uso do preservativo pode ser relativizado a depender do momento:

[...] Eu acabei encontrando essa pessoa, essa pessoa falou pra gente fazer sexo e a gente foi! Daí cheguei no motel, perguntei da camisinha, ele falou que não tinha e só que a gente podia fazer de qualquer jeito.

Eu acabei aceitando, acabei cedendo né? Daí a gente fez o sexo, eu fiquei um pouco preocupado no momento, um pouco preocupado antes e depois também. Mas nada que atrapalhasse.

(Alexandre, 22 anos, branco, homossexual, Ribeirão Preto/SP)

Quanto à percepção de risco, a fala de Roberto mostra que, mesmo namorando com uma pessoa sabidamente soropositiva, desconhecia a PEP como possibilidade de prevenção ao HIV, mas a alta percepção de risco se faz presente no momento da exposição.

(...) ele saiu de dentro de mim, tal, e eu senti algo meio molhado, estranho, eu vi que não era o gel. Bom, então a gente tirou e nós olhamos pra camisinha rasgada, né, bem rasgada, e eu fiquei meio assustado! Eu me deitei na cama e comecei a chorar. (...) me sentia muito sujo.

(Miqueias, 19 anos, negro, homossexual, Porto Alegre/RS)

A alta percepção de risco esteve presente em dois terços (10/15) das narrativas dos homens deste subgrupo. De forma associada a essa autoavaliação de risco, em outras falas emergem também significados negativos, como estigma ao HIV e à homoafetividade e culpa.

No que tange aos atravessamentos comuns aos três subgrupos em relação à percepção de risco, as falas foram categorizadas em alta percepção de risco, para os participantes com maior preocupação durante ou logo após a exposição sexual (14/25), e baixa percepção de risco, para aqueles que demonstraram menor preocupação com a infecção pelo HIV durante ou imediatamente após a exposição (4/25).

A narrativa de Érico, caracterizada por alta percepção de risco, refere o parceiro e a prática de *stealth* (retirada o preservativo durante a penetração sem o consentimento dele). Neste depoimento, a busca por ajuda médica foi influenciada pela situação de relação casual e desconhecimento da sorologia do parceiro. O consumo de álcool na exposição foi fator importante para a autorreflexão e a consequente tomada de decisão por busca direta de PEP ou de outros métodos de prevenção e diagnóstico.

Eu bebi demais na sexta feira. Na sexta. E de sexta pra sábado, aconteceu. E eu não estava atento o suficiente pra entender que em algum momento da relação, ele ficou sem camisinha. Eu estava sendo o passivo, ele estava sendo o ativo. [...] Eu recomendei que usasse camisinha. Foi usado camisinha, eu acho que pela maior parte do tempo. Mas, numa determinada hora, eu me toquei que ele não estava usando. E como eu não o conheço bem o suficiente pra entender o que me disse do

estado [*status sorológico*] do HIV, como sendo negativo, tá correto, eu acho que a melhor coisa é tomar uma providência.

(Érico, 40 anos, branco, homossexual, São Paulo/SP)

Juliano, por sua vez, expressa sua baixa percepção de risco influenciado por questões como o prazer e o uso de drogas. Mesmo com um parceiro sabidamente soropositivo, a prevenção não foi priorizada na relação sexual.

E: E aí passou-se o tempo, vocês estavam nessa festa, vocês transaram, sem camisinha.

Juliano: Sem camisinha.

E: Quando vocês estavam transando, você lembrou que ele tinha HIV?

Juliano: Não.

E: Por que que tu acha que esqueceu?

Juliano: Não sei. Acho que a adrenalina, eu estava muito chapado, eu estava pensando em outras coisas, não estava pensando nisso. Ficou meio perturbado na minha cabeça pelo fato de eu estar drogado, mas... Eu acho normal, eu achei normal depois.

(Juliano, 22 anos, negro, homossexual, Fortaleza/CE)

Em relação aos métodos e estratégias de prevenção ao HIV reportados nos três grupos analisados, o preservativo se destaca como sendo o método entendido como mais seguro e quase sempre presente nas práticas sexuais de todos os participantes (25/25).

A intermitência do uso do preservativo, aspecto recorrente nas narrativas, se apresenta de duas diferentes maneiras quando consideramos escolhas voluntárias destes participantes: o início da relação sexual se dá sem preservativo, com uso apenas quando a ereção está garantida ou quando a ejaculação está próxima, e no uso do preservativo no início da relação sexual e seu posterior abandono por motivos diversos, como a perda de ereção e/ou incômodo (perda de sensibilidade, aperto).

Nos depoimentos citados o uso do preservativo está condicionado a estereótipos e marcas estigmatizantes da parceria envolvida na relação sexual. No discurso de um participante bissexual, por exemplo, a escolha por uso do

método se dá a partir de estereótipos de gênero e estigma sexual, ou seja, o uso do preservativo pode ser dispensado quando a relação sexual é com uma mulher; sendo o uso inquestionável quando a relação é com homem. Isto possivelmente porque ele leva em consideração na definição de risco individual a prevalência de HIV e outras ISTs no grupo de HSH em comparação às taxas observadas entre as mulheres.

Em síntese, a percepção de risco e a consequente tomada de decisão por PEP decorre de três situações: 1. O reconhecimento da não utilização do preservativo por escolha deliberada (14/25); 2. Percepção de que questões contextuais interferiram na negociação ou lembrança do uso do preservativo, como atravessamentos afetivos ou uso de álcool e outras drogas, por exemplo (9/25); e 3. Tomar conhecimento, ou lembrar, do status soropositivo do parceiro em associação ao não uso do preservativo (2/25). Dentre os 25 participantes, quatro expressaram situações classificáveis nas três situações, demonstrando as interconexões entre prazer/desejo e negociação de prevenção e relações de poder nos contextos sexuais.

A dimensão geracional emergiu como marcador de diferenciação relevante para o tema do conhecimento prévio sobre a PEP. Dentre os participantes acima de 24 anos (17/25), a maioria tinha conhecimento prévio mais detalhado e consistente sobre a profilaxia (13/17), e referiram como fonte de conhecimento a internet e/ou as redes de apoio; enquanto entre os de até 24 anos (8/25) houve predominância de informação pela internet (5/8) e, em apenas um caso, a informação adveio de redes de apoio (1/8).

Os significados e implicações do uso da PEP nos três grupos são predominantemente negativos (14/25), expressos em sentimentos como medo, culpa e vergonha. A antecipação do estigma relacionado ao medo de ser confundido com uma pessoa soropositiva por estar usando antirretrovirais perpassou quase metade dos relatos dos participantes que não tinham feito uso prévio de PEP. Entre os participantes que já tinham feito uso, sobressaem significados positivos da experiência de uso da PEP.

Discussão

O preservativo e a TS-HIV foram os métodos de prevenção mais citados pelos participantes. A relevância do preservativo como método mais citado

pelos homens em geral é amplamente destacada por outros estudos, qualitativos e quantitativos (25,28,32,33). Não obstante tal proeminência do preservativo, a falha do método, o uso não consistente e/ou o não uso intencional, por distintas razões, constituíram as referências centrais da auto percepção de risco e a consequente tomada de decisão de busca de ajuda especializada ou a PEP diretamente entre os participantes do estudo (32,34,35).

A menção à busca por informações sobre prevenção ao HIV na internet, especialmente após a exposição sexual, foi muito frequente, corroborando achados de outros estudos, relacionados à prevenção como um todo e à PEP em particular (28,36–38), que confirmam o potencial dessa ferramenta em impactar positivamente as estratégias de enfrentamento ao HIV. No entanto, a internet enquanto ferramenta de busca de informações ainda necessita de atenção e investimento a fim de assegurar a confiabilidade das informações (37).

Outros achados deste estudo apontam que as redes de apoio dos amigos são acessadas, especialmente entre os maiores de 24 anos. A partir destas indicações sobre a profilaxia, os locais de acesso ao método e até acompanhamento foram mencionados. Os amigos e as redes de apoio estabelecidas são peças chave para a percepção de risco diante do contexto da exposição. Muito frequentemente, a autorreflexão produzida e estimulada pelas redes de apoio garantiram que os participantes buscassem ajuda especializada ou a PEP diretamente. Sobre este tema, a literatura tem destacado o efeito benéfico das redes de apoio, especialmente entre os HSH, na prevenção ao HIV e outras ISTs (33,39,40).

O uso de álcool e outras drogas emergiu em vários relatos, revelando importante interferência na percepção e auto avaliação de risco. Da mesma forma, atravessamentos afetivos emergiram como fatores dificultadores no processo de gerenciamento de risco à infecção, achado semelhante ao de Chakrapani (41) que reporta a afetividade com um dificultador contextual no uso do preservativo entre HSH indianos. Nos nossos achados, tais fatores tiveram forte relação com o uso inconsistente do preservativo e, como consequência, foi um motivador na busca por PEP. Esses achados corroboram

desafios no campo da prevenção envolvendo o fortalecimento de redes de apoio (42,43) e de programas de redução de danos (44,45).

As percepções de risco reveladas pelos participantes se aproximam em muitos aspectos das proposições de Perrusi e Franch (15) acerca dos múltiplos atravessamentos do risco, incluindo as dimensões subjetivas. Dentre estudos que tratam especificamente do tema do risco e HIV, alguns atribuem às questões subjetivas um grande impacto na formação da ideia de risco (15,46). Desta forma, conferir acesso à informação de qualidade, ter serviços preparados a acolher questões subjetivas relacionadas à prevenção e ajudar a estruturar redes de apoio, como ONGs e coletivos, são opções para se fomentar uma melhor implementação da PEP e de outros métodos e estratégias de prevenção desde a perspectiva da prevenção combinada.

Questões relativas ao risco e às masculinidades ecoam nas falas dos participantes bissexuais, tanto na percepção de risco como nas estratégias de prevenção. Tal como Santos (28), observou-se percepção de risco diminuído quando das relações sexuais heterossexuais. A noção de uma invulnerabilidade masculina frente ao HIV, segundo referenciais da masculinidade hegemônica tem sido reportada em estudos sobre a busca de PEP entre heterossexuais (28). Barreto (34), em estudo com HSH praticantes de *bareback*, também reporta que a exposição ao risco é vista como uma performance de masculinidade aceitável. Nas exposições entre os homossexuais deste trabalho, não encontramos este tipo argumento, mas relatos de não utilização do preservativo em detrimento ao prazer, por exemplo.

No que tange às percepções sobre os significados do uso da PEP, os achados sugerem que o conhecimento prévio sobre o método, mesmo com gradientes relativos à extensão e exatidão da informação, é um fator de grande impacto em termos da tomada de decisão pela busca da profilaxia, especialmente considerando-se que o tempo é um fator fundamental para que a PEP possa ser factível como método de prevenção (47,48).

As questões geracionais encontradas neste trabalho dialogam com achados de estudos epidemiológicos que apontam uma alta na taxa de transmissão entre jovens (2,3,48). Este seguimento de participantes apresenta uma menor variedade de busca de informação por PEP, já que ficam restritos quase exclusivamente à internet; enquanto os acima de 24 anos, além da

internet, as redes de apoio se configuram como alternativa importante. Estas diferenças estão associadas a aspectos de uma cultura geracional gay (35,49,50) que estabelece e preserva redes de pertencimento, solidariedade e de busca por reconhecimento.

Muitos participantes só conheceram a PEP no contexto de busca por TS-HIV ou por indicação das redes de apoio. É possível entender que, para além da construção da qualidade da informação, informações sobre a PEP enquanto método preventivo, devem ser disseminadas, além de assegurar disponibilidade e estrutura de serviços de saúde que possam suportar tal demanda.

Estigma da aids e a antecipação do estigma emergiram espontaneamente nas percepções sobre os significados e implicações do uso da PEP. Nesta direção, Ferraz e colaboradores (51), ressaltam o impacto do estigma dentre diferentes segmentos de usuários de PEP. Os achados de ambos os estudos reforçam a necessidade de investigar com maior profundidade a reprodução do estigma, mesmo em face da crescente popularização da prevenção ao HIV a partir de estratégias medicamentosas.

É válido lembrar que neste estudo as entrevistas foram realizadas no interior de serviços de saúde, o que pode ter influenciado as respostas. Um exemplo é a intensa menção ao preservativo, que pode ter refletido somente a expectativa do discurso adotado pelas normas de saúde das últimas décadas (32).

Considerações Finais

De maneira inédita na literatura brasileira, este trabalho investigou as percepções de risco à infecção pelo HIV entre HSH que buscaram e tiveram acesso à PEP. Assim, o presente trabalho amplia uma janela de entendimento para questões mais subjetivas envolvendo a prevenção do HIV entre HSH, especialmente no que concerne a percepção de risco e tomada de decisão para o uso da PEP no atual cenário da epidemia e no contexto da prevenção combinada.

O protagonismo do preservativo masculino nas narrativas de prevenção do HIV entre os HSH e, ao mesmo tempo, sua falha, apontada como a principal motivação para a tomada de decisão de busca da PEP, demonstram a

complexidade da relação entre risco e prazer, o que tem sido destacado como um tema a ser explorado nas pesquisas de gênero e sexualidade no campo do HIV/aids. Merecem destaque os fatores contextuais extrínsecos (prática sexual não planejada ou consciência comprometida por uso de álcool ou drogas, por exemplo) e, especificamente, o tipo de vínculo afetivo com a parceria sexual (a busca pelo prazer) como elementos importantes a serem considerados em ações de prevenção ao HIV que sejam direcionadas especificamente ao segmento dos HSH. Tais elementos sugerem necessidade de desenvolvimento de investigações acerca das complexas relações entre o exercício das masculinidades, as percepções de risco e as estratégias de prevenção ao HIV entre os HSH, à maneira do trabalho de Luis e Spink (52).

O conhecimento prévio consistente, não apenas sobre a PEP, mas de outras estratégias e métodos de prevenção sobressaiu como importante fator para que os sujeitos tomem suas decisões com maior segurança, menor angústia e sofrimento e que, ao tomá-las, o resultado possa ser, de fato, efetivo.

As redes de apoio sociais são claramente destacadas no grupo investigado, os HSH, corroborando inúmeros achados da literatura. Diante disto, é importante ressaltar o papel do Estado e de organizações civis na divulgação de conteúdos informativos de forma consistente e contínua e, para tanto, destaca-se a necessidade de superar os possíveis conservadorismos no tocante ao formato e à linguagem utilizada nos conteúdos produzidos para que se possa acessar as populações que mais necessitam desta informação, incluindo os HSH.

As contribuições do estudo indicam que, para que haja êxito em ações de prevenção em HIV/ISTs/aids direcionadas aos HSH no marco da prevenção combinada, estas precisam não só disponibilizar e tornar acessível métodos biomédicos como a PEP, mas considerar a complexidade que envolve as percepções de risco e as tomada de decisão deste grupo no atual cenário da epidemia, tendo como direção norteadora a garantia de acesso à diferentes estratégias e métodos de prevenção sem abrir mão da satisfação afetivo-sexual e das necessidades de cuidado à saúde das pessoas.

Referências Bibliográficas

1. UNAIDS. UNAIDS 2019 Data. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2019.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV/AIDS. Bol Epidemiológico [Internet]. 2019 jan-jun [citado 25 de abril de 2020];9(1):1-58.
3. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. maio de 2018;97:S9–15.
4. UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. Unaid. 2010.
5. Jones A, Cremin I, Abdullah F, Idoko J, Cherutich P, Kilonzo N, et al. Transformation of HIV from pandemic to low-endemic levels: A public health approach to combination prevention. *Lancet*. 2014.
6. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*. agosto de 2008;372(9640):764–75.
7. Grangeiro A, Kuchenbecker R, Veras MA. New HIV prevention methods: recognizing boundaries between individual autonomy and public policies. *Rev Bras Epidemiol*. 2015.
8. Machado LV, Lessa PS. Medicalização da vida: Ética, saúde pública e indústria farmacêutica. *Psicologia e Sociedade*. 2012.
9. Kauss B, Leal AF, Grangeiro A, Couto MT. Reincidentes en el cuidado, pero sin derecho a la prevención: un análisis de la oferta de la profilaxis posexposición sexual al VIH en Porto Alegre, Brasil. *Salud Colect*. 27 de março de 2020;16:e2463.
10. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. Editora 34; 2011.
11. Beck U, Giddens A, Lash S. Modernização Reflexiva. São Paulo: Unesp; 2000.
12. Mythen G, Beck U a critical introduction to the risk society. *Crit Introd to risk Soc*. 2004;vii, 216 p.

13. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Epidemiologia Moderna*. Artmed. 2011.
14. Giddens A, Sutton PW. *Conceitos essenciais da sociologia*. SciELO-Editora UNESP; 2017.
15. Perrusi A, Franch M. CARNE COM CARNE Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Rev Ciências Sociais - Política Trab*. 2012;2(37):179–200.
16. Wiedemann PM. Understanding Risk Perception. In: *Communicating about Risks to Environment and Health in Europe*. 1998.
17. Centers for Disease Control and Prevention, US Public Health Service. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1990.
18. Tokars JI, Marcus R, Culver DH, Schable CA, McKibben PS, Bandea CI, et al. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. The CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group [see comments]. *Ann Intern Med*. 1993.
19. Gerberding JL. Prophylaxis for occupational exposure to HIV. *Ann Intern Med*. 1996.
20. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV e das HV. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. 2018.
21. Maksud I, Fernandes NMM, Filgueiras SLL. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Rev Bras Epidemiol*. setembro de 2015;18(suppl 1):104–19.
22. Pereira I, Pascom A, Mosimann G, Barros Perini F, Coelho R, Rick F, et al. Post-exposure prophylaxis following consented sexual exposure: impact of national recommendations on user profile, drug regimens and estimates of averted HIV infections. *HIV Med*. 15 de novembro de 2019;hiv.12825.
23. Mathias A, dos Santos LA, Grangeiro A, Couto MT. Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies in men who have sex with men

(MSM). *Colomb Med.* 29 de janeiro de 2020;201–2014.

24. Sayer C, Fisher M, Nixon E, Nambiar K, Richardson D, Perry N, et al. Will I? Won't I? Why do men who have sex with men present for post-exposure prophylaxis for sexual exposures? *Sex Transm Infect.* 2009;85(3):206–11.

25. Körner H, Hendry O, Kippax S. It's not just condoms: Social contexts of unsafe sex in gay men's narratives of post-exposure prophylaxis for HIV. *Health Risk Soc.* 2005;7(1):47–62.

26. Körner H, Hendry O, Kippax S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: Intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2006;18(8):879–87.

27. Körner H, Hendry O, Kippax S. Negotiating risk and social relations in the context of post-exposure prophylaxis for HIV: Narratives of gay men. *Heal Risk Soc.* 2005;7(4):349–60.

28. Santos LA dos, Couto MT, Mathias A, Grangeiro A. Hombres heterosexualmente activos, masculinidades, prevención de infección por VIH y búsqueda de profilaxis posexposición sexual consentida. *Salud Colect.* dezembro de 2019;15:e2144.

29. Grangeiro A, Couto MT, Peres MF, Luiz O, Zucchi EM, De Castilho EA, et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): Protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open.* 2015.

30. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica.* fevereiro de 2011;27(2):388–94.

31. Gomes R, Souza ER, Minayo MC de S, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. Fiocruz E, organizador. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro; 2005. 244 p.

32. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* setembro de 2015;18(suppl 1):63–88.

33. Martinez O, Wu E, Frasca T, Shultz AZ, Fernandez MI, López Rios J, et al. Adaptation of a Couple-Based HIV/STI Prevention Intervention for Latino Men Who Have Sex With Men in New York City. *Am J Mens Health*. 2017;11(2):181–95.
34. Barreto VH de S. Risco, Prazer e Cuidado: técnicas de si nos limites da sexualidade. *Avá Rev Antropol*. 2017;31:119–42.
35. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Rev Bras Epidemiol*. setembro de 2015;18(supl 1):43–62.
36. Card KG, Lachowsky NJ, Gislason MG, Hogg RS, Roth EA. A Narrative Review of Internet Use, Interpersonal Connectedness, and Sexual Behaviour Among Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men. *J Homosex*. 24 de dezembro de 2018;1–19.
37. Chiasson MA, Hirshfield S, Rietmeijer C. HIV Prevention and Care in the Digital Age. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. dezembro de 2010;55:S94–7.
38. Yang Z, Zhang S, Dong Z, Jin M, Han J. Prevalence of unprotected anal intercourse in men who have sex with men recruited online versus offline: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 26 de dezembro de 2014;14(1):508.
39. Grace D, Chown SA, Jollimore J, Parry R, Kwag M, Steinberg M, et al. HIV-negative gay men's accounts of using context-dependent sero-adaptive strategies. Vol. 16, *Culture, Health and Sexuality*. Taylor & Francis; 2014. p. 316–30.
40. Medline A, Daniels J, Marlin R, Young S, Wilson G, Huang E, et al. HIV Testing Preferences Among MSM Members of an LGBT Community Organization in Los Angeles. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017;28(3):363–71.
41. Chakrapani V, Boyce P, Newman PA, Row Kavi A. Contextual influences on condom use among men who have sex with men in India: subjectivities, practices and risks. *Cult Heal Sex*. 2013.
42. Andrade GRB De, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cien Saude Colet*. 2002;7(4):925–34.
43. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social

como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient Soc.* 2014;

44. Silva LAV da. Redução de riscos na perspectiva dos praticantes de barebacking: Possibilidades e desafios. *Psicol e Soc.* 2012.

45. Machado LVV, Boarini MLL. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol Ciência e Profissão.* 2013.

46. Filgueiras SL, Maksud I. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. *Sex Salud y Soc (Rio Janeiro)*. dezembro de 2018;(30):282–304.

47. Liu AY, Kittredge P V., Vittinghoff E, Raymond HF, Ahrens K, Matheson T, et al. Limited knowledge and use of HIV post- and pre-exposure prophylaxis among gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008.

48. Nodin N, Carballo-Diéguez A, Ventuneac AM, Balan IC, Remien R. Knowledge and acceptability of alternative HIV prevention bio-medical products among MSM who bareback. *AIDS Care.* 15 de janeiro de 2008;20(1):106–15.

49. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica.* abril de 2006;40(suppl):109–19.

50. Taquette SR, Souza LMB da M. HIV-AIDS prevention in the conception of HIV-positive young people. *Rev Saude Publica.* 19 de setembro de 2019;53:80.

51. Ferraz D, Couto MT, Zucchi EM, Calazans GJ, dos Santos LA, Mathias A, et al. AIDS- and sexuality-related stigmas underlying the use of post-exposure prophylaxis for HIV in Brazil: findings from a multicentric study. *Sex Reprod Heal Matters.* 29 de novembro de 2019;27(3):1650587.

52. De Luiz GM, Spink MJ. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: Estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. *Athenea Digit.* 2013.

Quadro 1: Características dos Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) participantes do estudo nos cinco serviços investigados.

Nome	Idade	Cor	Orientação Sexual	Tipo de parceria no momento da exposição	Sorologia da parceria	Em Relação Estável	Trabalho/ formação	Cidade	Como conheceu a PEP
Agenor	31	Branco	Bissexual	Casual	Desconhecida	Sim	Comerciante	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Aginaldo	26	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Estudante	Porto Alegre	Conhecimento prévio PEP
Aislan	30	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Professor	Ribeirão Preto	Conheceu a PEP no contexto da busca
Alexandre	22	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Estudante	Ribeirão Preto	Conheceu a PEP no contexto da busca
Augusto	38	Branco	Homossexual	Estável	Positivo	Não	Gerente financeiro	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Cleiton	35	Pardo	Bissexual	Estável	Positivo	Não	Professor	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca

Danilo	27	Indígena	Homossexual	Estável	Positivo	Sim	Fotografo	São Paulo	Uso prévio de PEP
Erico	40	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Comerciante	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Eusébio	37	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Escriturário	Ribeirão Preto	Uso prévio de PEP
Fabio	35	Branco	Homossexual	Estável	Desconhecida	Sim	Tradutor	Ribeirão Preto	Conhecimento prévio PEP
Juliano	22	Negro	Homossexual	Casual	Positivo	Não	Cabelereiro estudante	Fortaleza	Conheceu a PEP no contexto da busca
Juno	23	Pardo	Homossexual	Casual	Positivo	Não	Call Center	Ribeirão Preto	Conheceu a PEP no contexto da busca
Leondes	23	Pardo	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Professor	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Lucas	37	Branco	Homossexual	Estável	Positivo	Não	Designer de interiores	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Marconi	19	Não declarado	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Estudante Autônomo	Fortaleza	Conhecimento prévio PEP
Mario	40	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Sim	Médico	São Paulo	Conhecimento prévio PEP

Miqueias	19	Negro	Homossexual	Estável	Positivo	Sim	Atendente	Porto Alegre	Conheceu a PEP no contexto da busca
Noel	33	Pardo	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Assistente financeiro	Curitiba	Uso prévio de PEP
Plinio	32	Branco	Bissexual	Casual	Desconhecida	Sim	Funcionário Público	Ribeirão Preto	Conheceu a PEP no contexto da busca
Ramon	31	Não declarado	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Professor	Fortaleza	Conhecimento prévio PEP
Renato	19	Branco	Bissexual	Casual	Positivo	Não	Fotógrafo	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Roberto	32	Branco	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Professor de inglês	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca
Samuel	30	Pardo	Homossexual	Casual	Desconhecida	Não	Professor	Fortaleza	Conheceu a PEP no contexto da busca
Simão	20	Branco	Bissexual	Casual	Positivo	Não	Estudante	São Paulo	Conhecimento prévio PEP
Wellington	27	Amarelo	Homossexual	Casual	Desconhecida	Sim	Fotógrafo	São Paulo	Conheceu a PEP no contexto da busca

ANÁLISE CRÍTICA DO(S) ARTIGO(S)

Para esta tese, foi adotado o modelo de compilação de artigos. Um primeiro artigo foi elaborado na forma de síntese temática, ou seja, uma revisão qualitativa cuja pergunta norteadora consistiu em entender como as estratégias e métodos de prevenção foram incorporados e investigados no contexto dos HSH ao longo da epidemia de HIV, buscando compreender os desafios apontados nos estudos acerca das novas tecnologias no cenário da prevenção. Já o segundo artigo que compõe o compilado apresenta análise de dados empíricos produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas. O grupo de participantes foi constituído de HSH que buscaram PEP nos cinco serviços em cinco cidades brasileiras localizadas em quatro estados e três regiões, pertencentes ao eixo qualitativo do estudo Combina! (101). Neste artigo, buscou-se entender as relações dos HSH com a PEP e outras estratégias de prevenção, mediadas pelas suas percepções sobre risco e prevenção.

No primeiro trabalho, é possível ver a primazia de alguns métodos de prevenção em detrimento de outros na literatura, como a PrEP e o preservativo. Esta priorização de estudos sobre alguns métodos foi discutida para além do método em si, contemplando outros temas e recortes nos estudos de prevenção. As redes de apoio e o estigma foram fatores comumente abordados nos estudos que compuseram esta síntese narrativa. Questões relacionadas ao acesso e uso de métodos e estratégias, especialmente biomédicas, também ficaram aparentes, fortalecendo a ideia amplamente debatida de que a prevenção ao HIV tem que ser o mais diversa e acessível possível (102,103).

O segundo trabalho publicado teve como base a análise de material empírico das falas de 25 participantes HSH do estudo. Utilizando o método de interpretação de sentido (104), foi possível identificar três grupos⁸ e aprofundar

⁸ Os três grupos referendados são: os que já haviam utilizado anteriormente a profilaxia; os que não tinham utilizado, mas tinham conhecimento prévio da PEP; e aqueles que não tinham

a discussão de algumas categorias, como a primazia do preservativo entre os participantes, o acesso à informação com graus distintos de qualidade, como barreira ou facilitador no acesso à PEP, e a presença de redes de apoio como fatores que proporcionam mais possibilidades de prevenção. O estigma emergiu como um dificultador, corroborando os achados do primeiro artigo. A PEP e a gestão de risco foram objetos norteadores desta análise; o artigo mostra como as nuances, desde a forma de exposição até a forma de chegada aos serviços de saúde, corroboram as subjetividades, reforçando a ideia de que a prevenção só é realmente possível quando há opções e conhecimento sobre elas.

Os dois artigos, confluem em seus achados, colocando de forma clara como o preservativo ainda é a base da prevenção nessa população. A esse fenômeno associa-se o tempo de divulgação e acesso ao insumo pela população em geral, e os HSH em particular. Como exemplo, vê-se a permanência histórica ao longo das décadas da epidemia de iniciativas de distribuição de preservativo gratuito em muitas cidades e países, sejam elas realizadas pelo Estado ou por organizações da sociedade civil. Não obstante, outros métodos têm ganhado destaque, sendo a PrEP o que mais se fortalece no cenário recente. A PEP, por sua vez, tem grande potencial, apesar de não ser vista com frequência como objeto de estudo. Mas a partir das falas no segundo artigo, a ideia de ser mais uma chance de prevenção quando falha a primeira está presente de modo mais ou menos consolidado, a depender do acesso e da qualidade da informação nos contextos sociais sob análise.

Outro ponto que chama a atenção é a presença das redes de apoio. Tanto no estudo empírico como nos estudos que serviram de base para a revisão da literatura, as redes de apoio são entendidas para além de círculos de amizade e familiares. Organizações governamentais e não-governamentais, e organismos multilaterais como o UNAIDS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) também podem ser considerados. É importante ressaltar que o apoio não se dá

utilizado e o conhecimento da profilaxia ocorreu já no contexto da busca por ajuda especializada após a relação sexual (100).

apenas na indicação do que fazer, mas também na ajuda para acessar e usar um dado método ou estratégia de prevenção. Em outras palavras, esta rede ajuda as pessoas a avaliarem seus riscos, a chegarem aos serviços de saúde e verem possibilidades de ação, e dá suporte em relação ao uso, à adesão e a possíveis efeitos colaterais.

Tendo claros estes aspectos e os demais apontados nos artigos, podemos ampliar o olhar sobre o cenário que os textos compõem e observar algumas questões de grande importância, como as estratégias medicamentosas no contexto de prevenção combinada ao HIV. Esta questão específica da utilização de estratégias medicamentosas⁹ fica muito evidente a partir da síntese temática em que, dos 48 artigos incluídos na revisão, 23 (cerca de 48%) são sobre o uso de alguma estratégia medicamentosa (PEP, PrEP ou prevenção). (101).

A proeminência do uso de antirretrovirais na prevenção demonstra tendência crescente a partir de 2010, com o primeiros resultados da eficácia da PrEP no mundo (105). Apesar de já existirem a PEP e o tratamento como prevenção (TASP) (106–108), não eram entendidos como métodos e estratégias de prevenção válidos, já que apenas em 2010 no Brasil e em 2013 pela OMS a PEP começa a ser ofertada para situações de falha de prevenção (29,31,34). Os primeiros estudos da TASP como forma de não transmissão surgem em 2008, e os resultados de estudos demonstrativos começam a chegar em 2014(108). A primazia dada às estratégias de prevenção medicamentosa pede um olhar mais profundo e detalhado, e não será nosso objetivo neste texto, mas ainda assim, permite estimular a discussão.

O potencial de utilização das estratégias medicamentosas é amplo e traz consigo algumas nuances como barreiras ao acesso, que podem dificultar sua utilização, mesmo em um país com sistema de saúde universal como o Brasil. Em estudos recentes, foi demonstrado que o perfil de usuários de PrEP são homens, homossexuais ou bissexuais com alta escolaridade (101,102). Apesar de estes estudos não conterem dados de raça/cor, os achados de nosso

⁹ Por estratégias medicamentosas, entende-se o uso de antirretrovirais para prevenção (PrEP ou PEP) e tratamento como prevenção (TARV)(132). Embora mereça ser discutida e analisada, como Parker e outros fizeram, não foi objeto de análise desta tese (109,128).

segundo artigo permitem ver uma predominância de homens brancos, o que alerta para o fato de estas informações sobre raça/cor poderem trazer informações de grande valia para que estratégias específicas sejam desenvolvidas para as populações menos privilegiadas.

Neste sentido, Parker e Aggleton (109) trazem algumas reflexões a respeito das estratégias biomédicas envolvidas por fatores sociais. Defendem a utilização de estratégias já consagradas, como o preservativo, para fortalecer relações comunitárias, o que viabilizaria o acesso e vinculação dos indivíduos a outros métodos e estratégias de prevenção, trabalho em que as ONGs têm grande propriedade e executam há décadas.

Voltando à questão do uso rotineiro de estratégias medicamentosas, a tomada diária de uma medicação por tempo indeterminado, como no caso da PrEP, pode não ser muito atrativa para os usuários. Estudos realizados por pesquisadores franceses (110–112) neste quesito se mostram muito promissores, ao recomendarem a PrEP sob demanda ¹⁰. Um recente comentário publicado na *The Lancet* (113) sobre as duas estratégias de tomada de PrEP (uso diário e sob demanda) avalia adesão, efeitos colaterais e custo – questões significativas – e não as coloca como estratégias excludentes ou em disputa, e sim como opções a serem observadas, estudadas e implementadas.

Quanto ao uso da PEP, não encontramos muitos estudos que demonstrassem inovações de uso, apenas algumas trocas no esquema de medicações usadas (27,114), ou seja, nada tão inovador quanto o que ocorreu com a PrEP. A PEP pode ser entendida como a última linha de prevenção quando outras estratégias falham. Esta percepção surge muito fortemente nas entrevistas analisadas para compor o segundo artigo. Mesmo com relatos de problemas com efeitos colaterais, os participantes mantêm o protocolo de profilaxia por terem esperança de não se infectarem.

A partir dos dados obtidos na literatura consultada e da análise dos

¹⁰ PrEP sob demanda é a utilização programada da medicação: dois comprimidos, no mínimo duas horas antes da relação sexual, e mais um comprimido por dia, por dois dias consecutivos após a relação sexual (2 comprimidos de 2-24h antes da relação sexual, 1 comprimido 24h após e outro 48h após a relação sexual) (110,112).

materiais que compõem os artigos, surgiram algumas questões: Por que a academia está tão focada em estudos sobre PrEP? Com a chegada da PrEP, a PEP se tornaria uma estratégia obsoleta? O uso de estratégias medicamentosas pode ser o caminho para a prevenção? Não, não temos respostas conclusivas para estas questões, mas queremos contribuir com algumas reflexões.

Considerando a prevenção de HIV de forma ampla, Grangeiro *et al* (115) abordam as múltiplas estratégias de prevenção e trazem, de forma muito acertada, a ideia de que o

[...] melhor método (ou métodos) será aquele que for adequado à situação e ao contexto de cada indivíduo e de suas parcerias sexuais ao longo da vida, especialmente se este for escolhido de forma autônoma e informada (115).

Dispor de cada vez mais métodos e estratégias compondo um conjunto diverso e amplo proporciona mais oportunidades e condições de os indivíduos acessarem e usarem formas de prevenção.

Observando a linha do tempo dos estudos no artigo de síntese temática da literatura, vemos que a grande maioria dos estudos se concentra na PrEP. Na tentativa de responder o questionamento feito anteriormente, consideramos a possibilidade de entender esse achado como um período de fortalecimento e implementação da PrEP como tecnologia de prevenção. A presença constante do preservativo, assim como outras estratégias, aponta para uma ampliação das opções de prevenção, e não sua substituição. Apesar de a PrEP ter ganhado mais atenção nos últimos anos, os outros métodos não são relegados ao ostracismo, e sim usados conjuntamente, no intuito de ampliar a proteção dos indivíduos.

Quanto à questão da adesão versus efeitos colaterais no uso de ARV, este é um aspecto chave. A PEP se apresenta como vantajosa para os usuários, tendo em mente que é uma tomada de decisão e ação pontual, ou seja, com limite de tempo estabelecido, e isso pode favorecer a adesão em detrimento do uso contínuo sem perspectiva de interrupção, como no caso da PrEP de uso contínuo. Isso permite entender que a PEP tem lugar garantido na gama de métodos e estratégias de prevenção, mesmo que durante os 28 dias de uso sejam comuns as queixas por efeitos colaterais.

Quanto às similaridades dos achados entre os dois artigos, o estigma aparece com fator comum entre os trabalhos, seja em relação à ideia de uma possível soropositividade, seja na confusão com uma pessoa soropositiva, ou ainda, em relação à orientação sexual, e este aspecto merece atenção. O trabalho recente de Ferraz *et al* (77) atesta que o estigma afeta as relações e produz impacto negativo sobre a experiência individual de pessoas soronegativas que fazem uso de ARV para prevenção. Autores como Parker e Aggleton (116), Irvine (117), Dourado *et al* (118) e Leite, Murray e Lenz (119) trazem importantes contribuições para o debate ao abordar esta questão, que continua sendo uma grande barreira em termos do acesso e adesão à prevenção por uma parcela da sociedade.

Assim como a sexualidade e as práticas sexuais, o gênero intersecciona com outros marcadores e produz mais ou menos possibilidades de relações de cuidado. A articulação dos marcadores sociais pode dificultar o processo de prevenção. Um exemplo contundente foi a discussão no segundo artigo a partir do texto de Barreto (65), quando o autor reflete sobre o grau em que a prevenção é relativizada em detrimento de uma performance de gênero aceitável, o que nos leva ao trabalho de Silva (66) com homens heterossexuais. Ali, eles trazem um discurso de invulnerabilidade em relação ao HIV, todas questões já identificadas há mais de 20 anos (120) e ainda não superadas.

Para Schraiber, Gomes e Couto (69) a performance de gênero, independentemente da orientação sexual, vai produzir uma relação com o cuidado. Falar da produção da categoria de análise “homem” na saúde coletiva é poder superar o entendimento essencialista, dando lugar a um espectro amplo de olhares para esta categoria.

Esta constatação se confirma nas inúmeras nuances que envolvem o masculino. Assim como em Butler (78), quando afirma que o gênero é uma normativa que obedece a uma lógica cristalizada e binária a ser desconstruída, as masculinidades também assumem esse papel. Connel (68,121), uma das mais pungentes autoras sobre o tema, traz o conceito de masculinidades hegemônicas, e de forma ampla apresenta questões que envolvem a diversidade e hierarquia das masculinidades. Falcão (122), por sua vez, explicita isso ao afirmar que o conceito de gênero varia espacial, temporal e longitudinalmente, e assim como

estes três pontos se aplicam ao gênero, e consequentemente às masculinidades, também é possível ter este olhar para as orientações sexuais e outras tantas categorias.

Os dois artigos que compõem esta tese permitem observar que três grandes questões são atravessamentos comuns: o acesso à prevenção com base em ARV, as redes de apoio e o estigma. Dentre eles, as redes de apoio, possivelmente, estabelecem o marcador de maior potencial para superar o estigma e as questões inerentes às estratégias medicamentosas. Assim como as questões mais evidentes nos artigos, a intersecção de marcadores como raça, classe, gênero, orientação sexual, geração, entre outros, são de grande importância na construção de uma verdadeira estratégia – ampla e eficiente – de prevenção ao HIV.

CONCLUSÕES

De forma geral, os métodos e estratégias de prevenção têm tido uma trajetória clara e consistente no decorrer da epidemia do HIV, partindo do incentivo ao uso do preservativo, que esteve presente como principal estratégia desde os primeiros anos da epidemia, até o uso de ARV como possibilidades múltiplas de prevenção (PrEP, PEP e TASP). Mais recentemente, a sociedade, governos e academia têm buscado debater formas de gerir e diminuir a transmissão do HIV.

Estas formas de gestão e incentivo à prevenção não são homogêneas nem constantes, pois aporte econômico e atenção dos governos atingem picos ou vales em momentos históricos distintos e singulares, o que torna ainda mais desafiador o processo de prevenção em cenários histórico-políticos particulares. Em outras palavras, da década de 80 do século passado até os atuais 20 anos deste século, as estratégias e métodos de prevenção do HIV enfrentaram diferentes proporções de aceitação ou rejeição.

A atual onda populista conservadora em países-chave do ocidente traz consigo mais barreiras do que facilitadores para a discussão do tema, a definição de estratégias de ação e suas implementações. A título de exemplo, no Brasil, as políticas públicas do governo federal perderam força, e a construção de uma agenda conservadora e pouco técnica tem criado ainda mais empecilhos e dificuldades para propor e fomentar a prevenção do HIV.

O atual cenário de conclusão desta tese é ainda mais preocupante, ao consideramos todas as questões políticas, sociais e de saúde pública que envolvem a atual pandemia de COVID-19 (123,124). Mas mesmo neste momento tão difícil, é muito importante vermos o quanto é possível continuar produzindo e fortalecendo a prevenção. A produção acadêmica mostra tentativas de trocas de conhecimento entre a epidemia de HIV e a pandemia de COVID-19 (125,126), conquanto uma questão pode ajudar nas estratégias e manejo da outra.

A construção do conceito de rede de apoio e de gestão do risco são

ganhos que aparecem não só neste trabalho, mas também em atravessamentos entre diferentes situações de saúde, fazendo com que o olhar para o cuidado assuma múltiplas facetas, sempre no campo do possível. A moral coletiva merece ser observada com atenção, a fim de não castrar nem dificultar ainda mais as possibilidades de prevenção no exercício da sexualidade. Suporte social e aceitação das escolhas individuais são pilares a serem fortalecidos e, em alguns locais, a serem construídos. É importante clarificar que, quando referimos a importância do respeito às escolhas individuais, consideramos as escolhas feitas entre sujeitos com condições legais e cognitivas para tal.

Contudo, o caminho apresenta entraves, sendo o estigma muito fulcral neste sentido. Em suas múltiplas manifestações, o estigma é algo a ser combatido fortemente em todos os campos de disputa. Devemos continuamente lembrar que o estigma mata, que é uma construção nociva que não agrega nada de bom para o combate da epidemia de HIV, nem em nenhuma outra situação. O combate tem que ser institucional, político, acadêmico, social e de quaisquer outras maneiras possíveis, pois pensar um mundo com menos estigma é pensar um mundo mais igualitário e justo.

Este trabalho teve como norte os métodos e estratégias de prevenção do HIV entre HSH, a observação da interação entre eles, a medida em que escolhas individuais são influenciadas por conhecimentos prévios e a vinculação inerente entre todas estas questões. A gestão de risco e os grupos de apoio e cuidado, apesar de não serem novidade na literatura científica, são achados que reforçam a possibilidade da prevenção para além dos métodos e estratégias habituais; são a possibilidade de construção de uma prevenção mais abrangente e eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nilo F. Gerenciamento de risco em tempos de novas tecnologias de prevenção na perspectiva de direitos humanos. Bol ABIA [Internet]. 2015;60:8–18. Available at: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site.pdf
2. De Luiz GM, Spink MJ. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: Estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. Athenea Digit. 2013;
3. PAHO PAHOJ, UNAIDS UNP on H. HIV Prevention in the Spotlight: An Analysis from the Perspective of the Health Sector in Latin America and the Caribbean, 2017 [Internet]. 2017. p. 88. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34381/9789275119792-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS (2020) Global AIDS Update: SEIZING THE MOMENT: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Seizing Futur Daw Macroindustrial Era. 2020;
5. Brasil S de V em SM da S. No Boletim Epidemiológico HIV/Aids, De 2020 [Internet]. MS Brasil; 2020. p. 68. Available at: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
6. Brasil M da SS de V em SD de VP e C das IST do H e das HV. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. 2017. p. 123.
7. Brasil M da SS de V em SD de VP e C das IST do H e das HV. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, Volume 43 No 1 – 2012. 2012;884–7.
8. Maksud I, Fernandes NM, Filgueiras SL. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. Rev Bras Epidemiol. setembro de 2015;18(supl 1):104–19.
9. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? In: Intergovernmental Panel on Climate Change, organizador. Climate Change 2013 - The Physical Science Basis [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 1–30. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22666806>
10. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2014;184.
11. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers:

Influence of structural determinants. *The Lancet*. 2015.

12. Brasil S de V em SM da S. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2019 [Internet]. 2019. Available at: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>
13. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. maio de 2018;97:S9–15. Available at: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201805251-00011>
14. Brasil M da SS de V em SD de VP e C das I do H e das HV. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde. 2017 p. 123.
15. Chequer P. A Prevenção da Infecção pelo HIV e as Novas Tecnologias. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010;4(2):114–30.
16. UNAIDS UNP on H. HIV investments SNAPSHOT [Internet]. 2016. p. 03. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV_investments_Snapshot_en.pdf
17. Adamy PE, Casimiro G, Benzaken A. Na Era da Prevenção Combinada. In: Leite V, Terto Jr V, Parker R, organizadores. *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro, Brazil.: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA; 2020. p. 44–9.
18. Pinheiro T. Prevenção de HIV, Tecnicismo e Conservadorismos. In: Leite V, Terto Jr V, Parker R, organizadores. *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro, Brazil.: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA; 2020. p. 105–10.
19. Kolling AF, Oliveira S, Merchan-Hamann E. Fatores associados ao conhecimento e utilização de estratégias de prevenção do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades Brasileiras. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020; Available at: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-conhecimento-e-utilizacao-de-estrategias-de-prevencao-do-hiv-entre-mulheres-trabalhadoras-do-sexo-em-12-cidades-brasileiras/17639?id=17639>
20. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JR de CM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sex Salud y Soc (Rio Janeiro)* [Internet]. agosto de 2018;(29):263–93. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000200263&lng=pt&tlng=pt
21. Santos LA dos. Homens heterossexualmente ativos e gerenciamento do risco de infecção pelo HIV no contexto da Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEPsexual): experiências em cinco cidades brasileiras.

Universidade de São Paulo; 2019.

22. Couto MT, Oliveira E de, Separavich MAA, Luiz O do C. The intersectional feminism theory in Public health: narrative review of theoretical-methodological studies. [in Press. 2019;
23. CDC C for DCPSUSPH. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1990.
24. Gerberding JL. Prophylaxis for occupational exposure to HIV. Ann Intern Med. 1996;
25. Tokars JI, Marcus R, Culver DH, Schable CA, McKibben PS, Bandea CI, et al. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. The CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group [see comments]. Ann Intern Med. 1993;
26. Cock KM, Holtgrave DR, Janssen RS, Smith DK. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy; public health service statement. 1998;
27. Brasil M da SS de V em SD de VP e C das I do H e das HV. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS. 2018.
28. Brasil M da SS de V em SD de VP e C das IST do H e das HV. Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmi. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
29. Beanland RLL, Irvine CMM, Green K. End Users' Views and Preferences on Prescribing and Taking Postexposure Prophylaxis for Prevention of HIV: Methods to Support World Health Organization Guideline Development. Clin Infect Dis [Internet]. 2015/05/15. 1 de junho de 2015;60(suppl_3):S191–5. Available at: http://academic.oup.com/cid/article/60/suppl_3/S191/374114/End-Users-Views-and-Preferences-on-Prescribing-and
30. Ford N, Shubber Z, Calmy A, Irvine C, Rapparini C, Ajose O, et al. Choice of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis for Adults and Adolescents: A Systematic Review. Clin Infect Dis [Internet]. 1 de junho de 2015;60(suppl 3):S170–6. Available at: <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1093/cid/civ092>
31. Ford N, Mayer KH, Barlow L, Bagyinszky F, Calmy A, Chakroun M, et al. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for

- HIV: Recommendations for a Public Health Approach. Clin Infect Dis [Internet]. 2015/05/15. 1 de junho de 2015;60(suppl_3):S161–4. Available at: https://academic.oup.com/cid/article/60/suppl_3/S161/374040
32. Kaplan JE, Dominguez K, Jobarteh K, Spira TJ. Postexposure Prophylaxis Against Human Immunodeficiency Virus (HIV): New Guidelines From the WHO: A Perspective. Clin Infect Dis [Internet]. 1 de junho de 2015;60(suppl_3):S196–9. Available at: http://academic.oup.com/cid/article/60/suppl_3/S196/374181/Postexposure-Prophylaxis-Against-Human
 33. Siegfried N, Beanland RL, Ford N, Mayer KH. Formulating the Future Research Agenda for Postexposure Prophylaxis for HIV: Methodological Challenges and Potential Approaches. Clin Infect Dis [Internet]. 1 de junho de 2015;60(suppl_3):S205–11. Available at: http://academic.oup.com/cid/article/60/suppl_3/S205/374490/Formulating-the-Future-Research-Agenda-for
 34. Brasil M da SS de V em SD de VP e C das IST do H e das HV. Boletim Epidemiológico - HIV Aids Julho de 2017 a junho de 2018. Brasília; 2018. 72 p.
 35. Prado EA de J, Sousa MF De. Políticas Públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 13 de novembro de 2017;11(1):69. Available at: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1895>
 36. Black RJRJ. Animal studies of prophylaxis. In: American Journal of Medicine. 1997/05/19. Targeted Interventions Branch, Basic Sciences Program, Division of AIDS, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, Maryland 20892-7620, USA.; 1997. p. 39–44.
 37. Irvine C, Egan KJ, Shubber Z, Van Rompay KKA, Beanland RL, Ford N. Efficacy of HIV postexposure prophylaxis: Systematic review and meta-analysis of nonhuman primate studies. Clinical Infectious Diseases. 2015.
 38. Bryant J, Baxter L, Hird S. Non-occupational postexposure prophylaxis for HIV: A systematic review. Health Technology Assessment. 2009.
 39. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group [see comments]. N Engl J Med. 1997;
 40. Schechter M, Do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Moulton LH, Harrison LH. Behavioral Impact, Acceptability, and HIV Incidence among Homosexual Men with Access to Postexposure Chemoprophylaxis for HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;
 41. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. HIV/AIDS - Research and Palliative Care. 2014.

42. CDC C for DCPSUSPH. preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States-2017 Update: a clinical practice guideline. Atlanta CDC. 2018;
43. Rey D. Post-exposure prophylaxis for HIV infection. Expert Review of Anti-Infective Therapy. 2011.
44. Sonder GJB, Prins JM, Regez RM, Brinkman K, Mulder JW, Veenstra J, et al. Comparison of two HIV postexposure prophylaxis regimens among men who have sex with men in Amsterdam: Adverse effects do not influence compliance. Sex Transm Dis. 2010;
45. Cai J, Xiao J, Zhang Q. Side effects and tolerability of post-exposure prophylaxis with zidovudine, lamivudine, and lopinavir/ritonavir: a comparative study with HIV/AIDS patients. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2014;127(14):2632—2636. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/25043080>
46. Oldenburg CECE, Barnighausen T, Harling G, Mimiaga MJMJ, Mayer KHKH, Bärnighausen T, et al. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: A systematic review and meta-analysis. 2013/07/24. AIDS and Behavior Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, 677 Huntington Ave, Boston, MA, 02115, USA, ceo242@mail.harvard.edu.; 2014 p. 217–25.
47. Fuller CM, Turner AK, Hernández D, Rivera A V., Amesty S, Lewis MD, et al. Attitudes toward Web application supporting pharmacist-clinician comanagement of postexposure prophylaxis patients. J Am Pharm Assoc. 2013;
48. Körner H, Hendry O, Kippax S. Negotiating risk and social relations in the context of post-exposure prophylaxis for HIV: Narratives of gay men. Heal Risk Soc. 2005;7(4):349–60.
49. Körner H, Hendry O, Kippax S. It's not just condoms: Social contexts of unsafe sex in gay men's narratives of post-exposure prophylaxis for HIV. Health Risk Soc [Internet]. 2005;7(1):47–62. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698570500053238>
50. Körner H, Hendry O, Kippax S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: Intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2006;18(8):879–87.
51. Nodin N, Carballo-Diéguez A, Ventuneac AM, Balan IC, Remien R. Knowledge and acceptability of alternative HIV prevention bio-medical products among MSM who bareback. AIDS Care [Internet]. 15 de janeiro de 2008;20(1):106–15. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540120701449096>
52. Sayer C, Fisher M, Nixon E, Nambiar K, Richardson D, Perry N, et al. Will I? Won't I? Why do men who have sex with men present for post-

- exposure prophylaxis for sexual exposures? *Sex Transm Infect.* 2009;85(3):206–11.
53. Lewnard JA, Berrang-Ford L. Internet-based partner selection and risk for unprotected anal intercourse in sexual encounters among men who have sex with men: a meta-analysis of observational studies. *Sex Transm Infect* [Internet]. junho de 2014;90(4):290–6. Available at: <http://sti.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sextrans-2013-051332>
 54. Estevam DL. Profilaxia Pós Exposição Sexual [Internet]. II Seminário Nacional de Vacinas e Novas Tecnologias de Prevenção para o HIV /Aids Denise Lotufo. São Paulo, SP Brasil; 2014. Available at: <http://www.giv.org.br/Seminários/II-Seminário-Nacional-Vacinas-e-Tecnologias-de-Prevenção-HIV-Aids/Apresentação-DeniseLotufo-Profilaxia-Pós-Exposição-Sexual-II-Seminário-Vacinas-e-Novas-Tecnologias-GIV.pdf>
 55. Sites de internet: Methods for voluntary weight loss and control. NIH Technol Assess Statement [Internet]. 1992 Mar 30 - Apr 1 [cited 2000 Apr 14]; [about 27p.]. Available from: http://odp.od.nih.gov/consensus/ta/010/010_statement.htm.
 56. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. Editora 34; 2011.
 57. Costa S. Quase crítica: insuficiências da sociologia da modernização reflexiva. *Tempo Soc* [Internet]. novembro de 2004;16(2):73–100. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702004000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 58. Rothman K, Greenland S, Lash T. *Epidemiologia Moderna*. Artmed. 2011.
 59. Beck U, Giddens A, Lash S. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Unesp; 2000.
 60. Mythen G. Ulrich Beck a critical introduction to the risk society. *Crit Introd to risk Soc.* 2004;vii, 216 p.
 61. Luiz O do C, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad Saude Pública.* 2006;
 62. Giddens A, Sutton PW. *Conceitos essenciais da sociologia*. SciELO-Editora UNESP; 2017.
 63. Wiedemann PM. Understanding Risk Perception. In: *Communicating about Risks to Environment and Health in Europe*. 1998.
 64. Perrusi A, Franch M. CARNE COM CARNE Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Rev Ciências Sociais - Política Trab.* 2012;2(37):179–200.

65. Barreto VH de S. RISCO, PRAZER E CUIDADO: TÉCNICAS DE SI NOS LIMITES DA SEXUALIDADE. *Avá Rev Antropol* [Internet]. 2017;31:119–42. Available at: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169057622006>
66. Santos LA dos, Couto MT, Mathias A, Grangeiro A. Homens heterossexualmente activos, masculinidades, prevenção de infeção por VIH y búsqueda de profilaxis posexposição sexual consentida. *Salud Colect. dezembro de 2019*;15:e2144.
67. Connell RW. *Masculinities*. Berkeley, CA: University of California Press; 2005.
68. Connell RW, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Rev Estud Fem*. 2013;
69. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet*. 2005;
70. Preciado B. *Manifesto Contrassexual*. São Paulo: n-1 edições; 2014.
71. Kimmel M. *Producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes*. 1992;
72. Moreno A, Laoch A, Zasler ND. Changing the culture of neurodisability through language and sensitivity of providers: Creating a safe place for LGBTQIA+ people. Moreno A, Gan C, Zasler ND, organizadores. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 14 de outubro de 2017;41(2):375–93. Available at: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/NRE-172187>
73. Rubin GS. *Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality*. In: *From gender to sexuality*. 2004.
74. Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2015.
75. Vance CS. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 1995;5(1):7–32. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311995000100001&nrm=iso
76. BRAH A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad Pagu*. 2006;
77. Ferraz D, Couto MT, Zucchi EM, Calazans GJ, dos Santos LA, Mathias A, et al. AIDS- and sexuality-related stigmas underlying the use of post-exposure prophylaxis for HIV in Brazil: findings from a multicentric study. *Sex Reprod Heal Matters* [Internet]. 29 de novembro de 2019;27(3):1650587. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2019.1650587>
78. Butler J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”*. In:

- LOURO GL (Org.), organizador. O corpo educado: pedagogias da sexualidade Belo Horizonte: Autêntica. Autêntica. Belo Horizonte: LOURO, Guacira Lopes (Org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade.; 1999. p. 151-172.
79. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. 1º ed. ABIA, organizador. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000. 256 p.
 80. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988.
 81. Carrara S, Simões JA. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. Cad Pagu [Internet]. junho de 2007;(28):65–99. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100005&lng=pt&tlng=pt
 82. Herek GM. Beyond “Homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. Sex Res Soc Policy. 2004;
 83. Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Coleção ABIA Cid e Direitos, nº 1 [Internet]. 2001; Available at: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao_cidadania_direito.pdf
 84. Bastos FlN. Da persistência das metáforas: estigma e discriminação & HIV/AIDS. Monteiro S, Villela W, Organ Estigma e Saúde Rio Janeiro Fiocruz, FAPERJ. 2013;91–103.
 85. Miura Zucchi E, Facciolla Paiva VS, França Junior I. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão cr{\'i}tica. Temas em Psicol. 2013;21(3).
 86. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Interface-Comunicação, Saúde, Educ. 2002;6:25–38.
 87. Magno L, Silva LAV da, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I, Magno L, et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. Cad Saude Publica [Internet]. 2019 [citado 29 de junho de 2020];35(4). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400501&tlng=pt
 88. Collins SP, McMahan VM, Stekler JD. The Impact of HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Use on the Sexual Health of Men Who Have Sex with Men: A Qualitative Study in Seattle, WA. Int J Sex Heal [Internet]. 2017;29(1):55–68. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2016.1206051>
 89. Grace D, Jollimore J, MacPherson P, Strang MJP, Tan DHS. The Pre-Exposure Prophylaxis-Stigma Paradox: Learning from Canada’s First

- Wave of PrEP Users. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2018;32(1):24–30. Available at: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/apc.2017.0153>
90. Martinez O, Wu E, Levine EC, Muñoz-Laboy M, Fernandez MI, Bass SB, et al. Integration of social, cultural, and biomedical strategies into an existing couple-based behavioral HIV/STI prevention intervention: Voices of latino male couples. *PLoS One*. 2016;11(3):1–22.
 91. Medline A, Daniels J, Marlin R, Young S, Wilson G, Huang E, et al. HIV Testing Preferences Among MSM Members of an LGBT Community Organization in Los Angeles. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2017;28(3):363–71. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2017.01.001>
 92. Nanin J, Osubu T, Walker J, Powell B, Powell D, Parsons J. “HIV is still real”: Perceptions of HIV testing and HIV prevention among black men who have sex with men in New York City. *Am J Mens Heal*. 2009;3(2):150–64.
 93. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012;
 94. Young I, Flowers P, Mcdaid L. Can a pill prevent HIV? Negotiating the biomedicalisation of HIV prevention. *Sociol Heal Illn*. 2016;38(3):411–25.
 95. Spink MJP, Medrado B, Mello RP. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet]. 2002;15(1):151–64. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 96. Flowers P. Gay Men and HIV/AIDS Risk Management. *Heal An Interdiscip J Soc Study Heal Illn Med* [Internet]. 24 de janeiro de 2001;5(1):50–75. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/136345930100500103>
 97. Vermund SH, Hayes RJ. Combination prevention: New hope for stopping the epidemic. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2013;
 98. UNAIDS UNP on H. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies 10 to Reduce New HIV Infections. 2010; Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf
 99. Mathias A, dos Santos LA, Grangeiro A, Thereza Couto M. Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies in men who have sex with men (MSM). *Colomb Med* [Internet]. 29 de janeiro de 2020;201–2014. Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/4078>

100. Mathias A, Santos LA, Grangeiro A, Couto MT. Percepções de risco e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens em cinco cidades brasileiras. Cien Saude Colet [Internet]. 2020; Available at: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/percepcoes-de-risco-e-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-entre-homens-que-fazem-sexo-com-homens-em-cinco-cidades-brasileiras/17786>
101. Grangeiro A, Couto MT, Peres MF, Luiz O, Zucchi EM, De Castilho EA, et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): Protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. BMJ Open. 2015;
102. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, 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. Cad Saude Publica [Internet]. 23 de julho de 2018;34(7). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000703001&lng=pt&tlng=pt
103. Grangeiro A, Kuchenbecker R, Veras MA. New HIV prevention methods: recognizing boundaries between individual autonomy and public policies. Rev Bras Epidemiol. 2015;
104. Gomes R, Souza ER, Minayo MC de S, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. Fiocruz E, organizador. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; 2005. 244 p.
105. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010;
106. Das M, Chu PL, Santos GM, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, et al. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. PLoS One. 2010;
107. Havlir D, Beyrer C. The Beginning of the End of AIDS? N Engl J Med. 2012;
108. Rodger A, Bruun T, Cambiano V, Vernazza P, Strada V, Van Lunzen J, et al. 153LB: HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER Study. In: 21st conference on retroviruses and opportunistic infections. 2014. p. 3–6.
109. Aggleton P, Parker R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. Am J Public Health [Internet]. agosto de 2015;105(8):1552–8.

Available

at:

<http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2015.302614>

110. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med* [Internet]. 3 de dezembro de 2015;373(23):2237–46. Available at: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1506273>
111. Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Préau M, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. *AIDS Care* [Internet]. 24 de março de 2016;28(sup1):48–55. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2016.1146653>
112. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. *Lancet HIV* [Internet]. setembro de 2017;4(9):e402–10. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301817300899>
113. Tan DH-S. PrEP on demand or every day? *Lancet HIV* [Internet]. setembro de 2017;4(9):e379–80. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301817300887>
114. Filgueiras SL, Maksud I. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. *Sex Salud y Soc (Rio Janeiro)* [Internet]. dezembro de 2018;(30):282–304. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000300282&tlng=pt
115. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. setembro de 2015;18(supl 1):43–62. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500043&lng=en&tlng=en
116. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* [Internet]. julho de 2003;57(1):13–24. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953602003040>
117. Irvine JM. The other sex work: Stigma in sexuality research. *Soc Curr*. 2015;
118. Dourado I, Guimarães MDC, Damacena GN, Magno L, de Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL. Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: data from a large RDS study among FSW in Brazil. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 5 de dezembro de 2019;19(1):8. Available

at:

<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-019-0193-7>

119. Leite GS, Murray L, Lenz F. O Par e o Ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;
120. Villela W. Homem que é homem também pega AIDS? Homens e masculinidades. 1998;129–34.
121. Carrigan T, Connell B, Lee J. Toward a new sociology of masculinity. *Theory Soc* [Internet]. setembro de 1985;14(5):551–604. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/BF00160017>
122. Falcão MTC. Gênero, masculinidades e saúde [Texto sistematizado elaborado de forma crítica]. [Internet]. Universidade de São Paulo; 2016. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Marcia_Couto2
123. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019–COVID-19. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 24 de junho de 2020;33(4). Available at: <https://cmr.asm.org/content/33/4/e00028-20>
124. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Heal* [Internet]. 16 de março de 2020;25(3):278–80. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tmi.13383>
125. Palacios R, Mathias A. Learning from combination HIV prevention programmes to face COVID-19 emerging pandemic. *Colomb Med* [Internet]. 7 de maio de 2020;1–13. Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/4276>
126. ABIA. DOSSIÊ ABIA HIV/AIDS E COVID-19 NO BRASIL [Internet]. Rio de Janeiro, Brazil.; 2020. p. 44. Available at: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2020/12/dossie_ABIA_01_12.pdf
127. Brasil M da S. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis. [Internet]. 2007. p. 37. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemi_a_aids_hsh.pdf
128. Mora C, Brigeiro M, Monteiro S. HIV Testing Among “MSM”: Prevention Technologies, Sexual Moralities and Serologic Self-surveillance. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 13 de agosto de 2018;28(2). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200600&nrm=iso
129. Junqueira RD. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Bagoas - Estud gays gêneros e Sex*. 2012;

130. Paz D, Amazonas MCL de A, Medrado B. Revisão da Literatura Sobre Homofobia: Escolhas, Argumentos e Exercício Reflexivo em Pesquisa. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2020;40. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100155&tlng=pt
131. RUBIN G. Pensando o sexo: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade. *Cad Pagu*. 2003;
132. Nguyen V-K, Bajos N, Dubois-Arber F, O'Malley J, Pirkle CM. Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS* [Internet]. 28 de janeiro de 2011;25(3):291–3. Available at: <https://journals.lww.com/00002030-201101280-00002>

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Usuário,

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

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

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

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

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

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

Você também poderá, a qualquer momento, entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa no âmbito desse serviço (Nome: Alexandre Grangeiro e Marcia Thereza Couto Falcão. Instituição: Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455. 2º andar, sala 2172. São Paulo, Brasil. CEP 01246-903. Telefone: 11.3061.7076 ou 30618692. E-mails: ale.grangeiro@gmail.com/) e o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina (Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36. São Paulo, São Paulo. CEP 01246-000.Telefone: (11)3893-4401 ou (11) 3893-4407; E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br).

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

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

(nome do entrevistado)

(assinatura)

(data)

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

→ Iniciais nome:

→ Idade:

→ Como você se identifica em relação à sua identidade de gênero:

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Travesti

☐ Transexual masculino

☐ Transexual feminino

→ Como você se define em relação à sua orientação sexual?

→ Quanto a sua raça/cor, qual dessas opções você escolheria?

☐ Branco

☐ Preto

☐ Pardo

☐ Amarelo

☐ Indígena

→ Você tem alguma religião? Qual?

→ É praticante?

→ Você tem algum relacionamento amoroso?

→ Você tem filho(s)? Quantos? Moram com você?

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

Explorando o conhecimento sobre a PEP

- Você veio ao serviço em busca de PEP. Como você ficou sabendo da existência da PEP? *(Explorar: Se foi informação por algum amigo/conhecido, internet, folheto/cartaz, etc.)*
- Quais as informações que você tinha sobre a PEP? *(explorar: se sabe como ela funciona, em que situações é indicada, se conhece alguém que já usou, se o/a próprio/a usuário/a já usou antes)*
- Quais são as suas expectativas em relação ao uso da PEP? *(explorar a situação atual).*
- E você já tinha vindo alguma vez a este serviço de saúde? Em que situação?
- Como foi chegar até o serviço? *(explorar a situação atual em termos da dificuldade de acesso, do receio quanto ao atendimento e à demanda por PEP)*

Explorando o contexto de busca pela PEP

- (Pensando na relação sexual que o trouxe ao serviço para uso de PEP) Você poderia descrever a cena/a situação? *(Descreva como se fosse uma cena de novela/filme) (Explorar: quando, onde, com quem e o que rolou /teve penetração? Vaginal, anal, etc?).*

(Em caso de relações heterossexuais, explorar se fizeram alguma coisa para evitar gravidez; para os demais, explorar se fizeram algo para evitar DST nessa relação)
- O que desta cena fez com que você avaliasse que necessita de PEP? *(Explorar: esta cena é comum ou episódica, a parceria é conhecida ou não, se as práticas sexuais da cena são usuais ou não, se uso droga/alcóol e se isso interferiu no uso do preservativo etc.).*
- Esta cena que você descreveu faz parte de algum contexto de mudança em sua vida afetiva/sexual? Você poderia falar sobre isto?

Relação com o Serviço e com o uso da PEP

- Você poderia construir e narrar a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP no serviço? *(Explorar todas as possibilidades: Como você sentiu a reação dos diversos profissionais, Como você reagiu às reações destes profissionais? Como manejou a narrativa sobre a cena que levou a buscar PEP frente aos diferentes profissionais etc.)*
- Como você avalia sua experiência de busca de PEP no serviço? Você poderia descrever uma experiência boa e uma experiência ruim neste percurso de busca por PEP?
- Como você descreveria seus atendimentos subsequentes? *(Explorar as nuances entre a narrativa e a relação que ele estabeleceu no atendimento inicial e nos atendimentos posteriores com o serviço e seus profissionais).*
- No uso subsequente que você fez/faz do serviço após a busca por PEP, você utilizou ou frequentou outras atividades assistenciais *(Explorar: de prevenção, de PEP, testagem, preservativo/gel, tratar DSTs, etc).* Como você avalia estes atendimentos?
- Você poderia nos contar sobre sua experiência com a medicação da PEP? *(Pensar que é importante pedir que relate sobre a primeira semana de medicação e como se sentiu. Depois explorar até onde ele seguiu com a medicação. Considerar os efeitos colaterais, a situação social de uso do medicamento, se relatou tais mudanças ou efeitos ao serviço ou a terceiros e como foi acolhido, se no contexto do uso da medicação chegou a reavaliar a experiência de exposição ao risco, etc.)*

Variação do roteiro para usuários do grupo sem-PEPsexual (todos os demais blocos permaneceram iguais ao roteiro de usuários que receberam PEPsexual)

Relação com o Serviço e com o uso da PEP

- Você poderia construir e narrar a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP no serviço?

- Você poderia nos contar como foi seu processo de chegada até o serviço e, na sua visão, as razões que contribuíram pra que você não conseguisse chegar a tempo de fazer uso da PEP?
- No uso subsequente que você fez/faz do serviço após a busca por PEP, você utilizou ou frequentou outras atividades assistenciais (*Explorar: de prevenção, de PEP, testagem, preservativo/gel, tratar DSTs, etc*). Como você avalia estes atendimentos?

Variação do roteiro para usuários não aderentes (todos os demais blocos permaneceram iguais ao roteiro de usuários que receberam PEPsexual)

Relação com o Serviço e com o uso da PEP

- Você poderia construir e narrar a cena do seu primeiro atendimento de busca de PEP no serviço?
- Como você avalia sua experiência de busca de PEP no serviço? Você poderia descrever uma experiência boa e uma experiência ruim neste percurso de busca por PEP?
- Você não retornou a um atendimento agendado no protocolo de PEP (Identificar se o paciente não aderiu a PEP ou se ele não fez o seguimento). *Explorar como isso aconteceu (se foi para outro serviço, se reavaliou risco, se foi por conta de efeitos colaterais ou outras situações sociais do uso da medicação, se foi por motivo de mau atendimento do serviço ou por algum outro problema com profissional da assistência, mudanças na rotina de vida ou trabalho).*

Finalizando com questões de Prevenção e das (possíveis) mudanças com a PEP

- Você acha que você pode se infectar pelo HIV? Por quê?

(Explorar quais características ele(a) avalia que o(a) colocam mais ou menos em risco, que práticas sexuais lhe parecem arriscadas, que práticas de prevenção são possíveis, se há tipos de parceria que considera mais ou menos arriscadas)

→ No último ano, de que maneiras você procurou se prevenir da infecção pelo HIV? *(Explorar: camisinha, teste, serosorting, escolha de posição, uso de gel, abstinência, práticas não insertivas, escolha de parceiros, variação de métodos de acordo com a parceria e com as práticas sexuais)*

→ Você acha que essas maneiras de se prevenir foram diferentes a depender do parceiro com quem você estava se relacionando?

(Explorar: parceiro fixo e parceiros eventuais; parceiros conhecidos ou desconhecidos; parcerias do mesmo sexo ou de sexo oposto; situações em que é mais difícil negociar o uso do preservativo; parceiros afetivos ou clientes; troca de sexo por favores ou bens)

(Para Profissionais do sexo, explorar ainda: se a exposição ao risco está ligada ou não ao pagamento do programa, às práticas sexuais envolvidas, a ser cliente conhecido e/ou fixo ou não, às experiências com parceiros afetivo/amorosos, à prática de sexo em grupo).

→ E você acha que essas maneiras de se prevenir mudaram depois que você usou PEP?

(Explorar: parceiro fixo e parceiros eventuais; parceiros conhecidos ou desconhecidos; parcerias do mesmo sexo ou de sexo oposto; situações em que é mais difícil negociar o uso do preservativo; parceiros afetivos ou clientes; troca de sexo por favores ou bens)

(Para profissionais do sexo, explorar ainda: se a exposição ao risco está ligada ou não ao pagamento do programa, às práticas sexuais envolvidas, a ser cliente conhecido e/ou fixo ou não, às experiências com parceiros afetivo/amorosos, à prática de sexo em grupo).

→ (Heterossexuais) Você usa algum método pra evitar gravidez? Qual?

(Explorar: razões para escolha do método contraceptivo; percepção sobre interferência desta escolha no uso do preservativo; intenções reprodutivas da mulher e do/s parceiro/s)

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

Muito obrigada/o!

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

Versão: 3

CAAE: 34145314.5.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 954.376

Data da Relatoria: 10/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de cohort observacional prospectivo para analisar três questões centrais: a efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil; as mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEPsexual e; os efeitos de proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia pré-exposição sexual oferecidos na rotina de serviços de saúde do Brasil. No primeiro componente do projeto indivíduos que procuram o serviço para receber tratamento pós-exposição sexual ao HIV serão seguidos por 18 meses. Nos primeiros 6 meses os indivíduos terão avaliação clínica e laboratorial para identificação de eventual ocorrência da infecção pelo HIV, avaliando o efeito protetor da profilaxia pós-exposição sexual consensual oferecida em serviços de saúde. Indivíduos que não tiverem se infectado na prática sexual que levou a busca da profilaxia pós-exposição serão, então, integrados no segundo componente do projeto, que consiste em um estudo de coorte prospectivo para conhecer o efeito do programa de PEP na prática sexual e no uso repetido dessa profilaxia. Estes indivíduos serão acompanhados por um período complementar de até 12 meses e as mudanças na prática sexual serão aferidas pela comparação com o relato de práticas sexuais mantidas no semestre anterior à inclusão no estudo. O terceiro componente do projeto compreende a abordagem qualitativa, que visa compreender a forma como

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 954.376

ocorre o acesso e o uso da PEPsexual e a adoção de outros métodos preventivos, a partir da inter-relação de três aspectos: organização dos serviços; percepção e prática dos profissionais de saúde ante os métodos preventivos não tradicionais e a população que procura o atendimento nos serviços; e os mecanismos de escolha e busca dos indivíduos pela PEPsexual e outros métodos preventivos. Será aprofundada, ademais, a compreensão dos efeitos do uso de métodos não tradicionais nas práticas sexuais.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar três questões centrais: (1) a efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil; (2) mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEPsexual e; (3) os efeitos de proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia pré-exposição sexual oferecidos na rotina de serviços de saúde do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada a proposição de risco indicada pelos pesquisadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem alta relevância e esta muito bem delineado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em avaliação anterior deste CEP o projeto foi aprovado e encaminhado ao CONEP por estar classificado como "Área Temática Especial _ Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País. Em 27/01/2015 o CONEP relatou que "...o protocolo de pesquisa em tela não se enquadra na Área Temática Especial "Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País" (considerando as informações do item IX.4 da Resolução CNS nº 466/2012), não cabendo a sua análise ética à CONEP, mas somente ao CEP."

Assim, como o projeto já havia sido avaliado por este CEP como aprovado reitero a primeira avaliação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 954.376

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 13 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br