

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

EDUARDO ARAÚJO DE OLIVEIRA

As experiências de oferta de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) ao HIV por profissionais de saúde e o uso por adolescentes e jovens gays e bissexuais de 15-19 anos:
uma análise interseccional

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão

São Paulo
2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
EDUARDO ARAÚJO DE OLIVEIRA

As experiências de oferta de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) ao HIV por profissionais de saúde e o uso por adolescentes e jovens gays e bissexuais de 15-19 anos:
uma análise interseccional

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

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão

São Paulo
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira, Eduardo Araújo de
As experiências de oferta de PrEP (Profilaxia
Pré-Exposição) ao HIV por profissionais de saúde e o
uso por adolescentes e jovens gays e bissexuais de
15-19 anos : uma análise interseccional / Eduardo
Araújo de Oliveira. -- São Paulo, 2023.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Adolescente 2.Jovem 3.Pessoal de
saúde 4.Prevenção ao HIV 5.Enquadramento
interseccional

USP/FM/DBD-357/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são sempre uma parte delicada e espero conseguir expressar a gratidão que tenho pelas pessoas que passaram pela minha vida e me modificaram de alguma forma.

De início, agradeço a Deus, mas não o universal (segundo alguns), e sim aquele que eu precisei inventar para não sucumbir a uma manifestação religiosa que construiu um ser punitivo e gerador de sofrimento. Obrigado por me permitir chegar aonde estou e por todo auxílio.

Aos meus pais, Maria Luiza e José Euclides, sou grato pelo carinho, amor e dedicação que sempre foram direcionados a mim. Aqui, neste trecho tão importante, faço um agradecimento especial para minha mãe que, em todas as adversidades da vida, sempre se manteve ao meu lado sendo a minha maior torcida. Eu te amo, mãe.

À minha irmã, Monique, por ser a minha fonte de inspiração como pesquisadora. O seu apoio ao longo de toda a minha trajetória acadêmica tem sido fundamental para eu me manter perseverante no meu propósito.

Ao Felipe, meu namorado e amigo, pela paciência, dedicação e carinho. Sou grato por ter uma pessoa tão bondosa ao meu lado.

À Marcia Couto, minha orientadora, que me acolheu ainda quando eu estava no início do Projeto PrEP1519, com uma imensa vontade de iniciar a minha trajetória no campo acadêmico. A sua generosidade é um dos maiores aprendizados que levarei para a minha vida. Jamais me esquecerei do e-mail que enviei para você descrevendo meu interesse em iniciar o mestrado e da sua agilidade em responder e sugerir que marcássemos uma reunião para darmos início a essa jornada. De coração, muito obrigado.

À Paula Massa, que é uma inspiração profissional. Agradeço por acreditar em mim e reconhecer os meus esforços em tempos tão tempestuosos. Apesar das dificuldades iniciais, você continuou investindo e permitindo que me superasse e pudesse mostrar o bom trabalho que poderia desenvolver. Muito obrigado pela oportunidade e pelo aprendizado diário que é trabalhar com você.

Ao Alexandre Granjeiro pela paciência e cuidado que sempre teve comigo e pela excelente condução no Projeto PrEP1519.

À Ivia Maksud e à Ana Claudia Germani pelo apoio e pelas sábias palavras compartilhadas na minha qualificação. Obrigado por tornarem essa experiência ainda

melhor. Em especial, agradeço à Eliana Zucchi por me acompanhar na minha trajetória acadêmica e pela generosidade, pelo carinho e pela paciência em me auxiliar ao longo de todo o percurso. Obrigado por me indicar a Marcia para orientadora, você acertou quando disse que daríamos certo.

Aos profissionais do Projeto PrEP1519 e participantes que tanto me ensinaram e contribuíram para o profissional que tenho me tornado.

Aos colegas do Saúde, Interseccionalidades e Marcadores Sociais da Diferença (SIMAS): a minha participação pode não ter sido frequente em virtude do trabalho, mas obrigado pelas trocas, apoio e aprendizado.

Não posso deixar de citar alguém que foi muito importante na minha trajetória na pesquisa. Essa pessoa testava minha paciência, mas também me fazia dar boas risadas. Ya, você não está mais conosco, mas quero deixar registrado o quanto você sempre foi uma boa profissional (o que não significa que era fácil de lidar, haha) e que você estava certa quando dizia que iria fazer falta. Você faz falta, Ya! Tá feliz? Eu admito!! Haha. Não deu tempo de você conhecer minha casa (como sempre foi o seu desejo), mas foi tempo suficiente para conseguir um espaço no meu coração.

Se pararmos para pensar, nascemos correndo riscos. Saímos de um procedimento complicado para entrarmos no mundo. Quando deixamos de engatinhar estamos enfrentando o risco do tombo ser maior, mas ainda assim vale a pena para podermos estar de pé. Quando fazemos dezito anos e tiramos a carteira de motorista, o risco de sofrer graves acidentes no trânsito é enorme. Amar traz o risco de sofrer. Fazer faculdade traz o risco de estudarmos mais a fundo um assunto sem segurança nenhuma de emprego. Uma viagem de avião, um esporte radical, uma cirurgia...Somos rodeados de risco e é isso que faz a vida andar. Viver é enfrentar risco sabendo que a compensação vale mais.

BOLACHA, Rafael. Uma vida positiva. Vargem Grande Paulista: Editora Cidade Nova, 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- aGBHSH** Adolescentes gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens
- aids** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS** Atenção Primária à Saúde
- ARV** Antirretrovirais
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CCPrEP** *Continuum* do cuidado de PrEP
- CnaR** Consultório na Rua
- CTA** Centro de Testagem e Aconselhamento
- ECA** Estatuto da Criança e do Adolescente
- EP** Educação Permanente
- EUA** Estados Unidos da América
- FMUSP** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- FTC** Emtricitabina
- GAPA** Grupo de Apoio e Prevenção à aids
- GIV** Grupo de Incentivo à Vida
- HIV** Vírus da Imunodeficiência Humana
- HSH** Homens que fazem sexo com homens
- I=I** Indetectável igual a intransmissível
- IST** Infecção Sexualmente Transmissível
- LGBTQIAP+** Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, *queer*, intersexo, gênero, pansexual e outros
- MASP** Museu de Arte de São Paulo
- MS** Ministério da Saúde
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- ONG** Organização Não Governamental
- PCDT** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
- PEP** Profilaxia Pós-exposição sexual ao HIV
- PGA** Programa Global de Aids
- PNH** Política Nacional de Humanização
- PNSILGBT** Política Nacional de Saúde para População LGBT

PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PrEP Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV

PSF Programa de Saúde da Família

PSPE Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas

PTS Projeto Terapêutico Singular

PVHIV/aids Pessoa Vivendo com HIV/aids

SAE Serviço de Assistência Especializado

SIMAS Saúde, Interseccionalidade e Marcadores Sociais da Diferença

SINAN Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SUS Sistema Único de Saúde

TARV Tratamento Antirretroviral

TasP Tratamento como Prevenção

TDF Tenofovir

TR Teste Rápido

TrMT Travestis e Mulheres Transexuais

UBS Unidades Básicas de Saúde

UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas

UTI Unidades de Tratamento Intensivo

RESUMO

Oliveira EA. As experiências de oferta de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) ao HIV por profissionais de saúde e o uso por adolescentes e jovens gays e bissexuais de 15-19 anos: uma análise interseccional [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) vem ganhando notoriedade na mitigação dos novos casos da infecção. Apesar disso, a incidência de HIV tem crescido entre jovens e adolescentes brasileiros de minorias sexuais e de gênero. Observa-se o aumento de trabalhos sobre a experiência de uso de PrEP entre adolescentes gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (aGBHSH), mas são escassos os estudos qualitativos que articulam as percepções e experiências relacionadas ao *continuum* do cuidado de PrEP (CCPrEP) com os diferentes marcadores sociais, na perspectiva de aGBHSH e de profissionais de saúde (PS). Objetivo: analisar os impactos dos sistemas de opressão sociais (racismo, classismo, homo/bifobia, capacitismo) intersectados no continuum do cuidado de PrEP entre aGBHSH e como estes são identificados e manejados por PS visando o cuidado à saúde sexual e prevenção do HIV. Metodologia: Estudo de investigação qualitativa integrado a uma pesquisa de coorte com aGBHSH e mulheres transexuais e travestis (TrMT) em uso de PrEP (Estudo PrEP1519). Foram analisados dados produzidos no sítio da cidade de São Paulo, integrando 16 entrevistas com aGBHSH e 08 com PS. O referencial teórico metodológico se orientou pela categorização interativa de análise temática de conteúdo com enquadramento interseccional. Resultados: O conhecimento sobre PrEP dos aGBHSH são afetados pelos efeitos negativos dos sistemas de opressão, sobretudo entre adolescentes negros que adquirem conhecimento de forma menos técnica quando comparado aos brancos. A maioria dos profissionais enxergam as opressões e as suas consequências para o CCPrEP e confere protagonismo ao racismo, mas poucos articulam os diferentes marcadores sociais que potencializam barreiras para o sucesso do CCPrEP. Conclusão: As opressões sociais impactam o sucesso do CCPrEP de diferentes maneiras e os profissionais de saúde são centrais para mitigação e não propagação dessas experiências negativas dentro do serviço de saúde e no acesso, uso e adesão à PrEP.

Palavras-chave: Adolescente. Jovem. Pessoal de saúde. Prevenção ao HIV. Enquadramento interseccional

ABSTRACT

Oliveira EA. The experiences of offering PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) to HIV by health professionals and its use by gay and bisexual adolescents and young people aged 15-19 years: an intersectional analysis [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2023.

HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) has been gaining notoriety in mitigating new cases of infection. Despite this, the incidence of HIV has grown among Brazilian young people and adolescents from sexual and gender minorities. There is an increase in studies on the experience of using PrEP among gay, bisexual, and other men who have sex with men (aGBMSM) adolescents. Still, few qualitative studies articulate the perceptions and experiences related to the continuum of PrEP care (CCPrEP) with the different social markers, from the perspective of aGBMSM and health professionals (HP). **Objective:** to analyze the impacts of social oppression systems (racism, classism, homo/biphobia, ableism) intersected in the continuum of PrEP care among aGBMSM and how these are identified and managed by HP aiming at sexual health care and HIV prevention. **Methodology:** Qualitative research study integrated with a cohort study with aGBMSM and transgender woman and transvestite (TWTr) using PrEP (PrEP Study1519). Data produced on the website of the city of São Paulo were analyzed, integrating 16 interviews with aGBMSM and 08 with HP. The methodological theoretical framework was guided by the interactive categorization of thematic content analysis with an intersectional framework. **Results:** aGBMSM knowledge about PrEP is affected by the adverse effects of systems of oppression, especially among black adolescents who acquire knowledge in a less technical way when compared to whites. Most professionals see oppression and its consequences for the CCPrEP and give prominence to racism, but few articulate the different social markers that potentiate barriers to the success of the CCPrEP. Conclusion: Social oppression impacts the success of CCPrEP in different ways and health professionals are the key to mitigating and not propagating these negative experiences within the health service and in access, use, and adherence to PrEP.

Keywords: Adolescent. Young. Health personnel. HIV prevention. Intersectional framework.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
RESUMO	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO	13
“COMPRIMIDOS” DA DISSERTAÇÃO	15
PRIMEIRO COMPRIMIDO	17
BREVE HISTORICIDADE DO HIV/AIDS NO CONTEXTO DOS ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS E EM ARTICULAÇÃO COM A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	17
PREVENÇÃO COMBINADA E A RELAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ADOLESCENTES E JOVENS	24
INTERVENÇÃO BIOMÉDICA	27
INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL	36
INTERVENÇÃO ESTRUTURAL	37
OBJETIVOS	40
SEGUNDO COMPRIMIDO	41
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	41
ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE: COMPREENDENDO OS CONCEITOS	41
MASCULINIDADES E INTERSECCIONALIDADE	45
TERCEIRO COMPRIMIDO	54
METODOLOGIA	54
ESTUDO DEMONSTRATIVO PrEP1519	54
PROJETO DE VINCULAÇÃO PREP1519: PESQUISA QUALITATIVA	61
ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES HSH	62
ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROJETO	65
ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS QUE COMPÕEM A DISSERTAÇÃO	66
POR QUE LANÇAR MÃO DE PRESSUPOSTOS DA AUTOETNOGRAFIA?	69
QUARTO COMPRIMIDO	71
ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
ESTRUTURA DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO PREP1519	71
DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	71
SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DOS ADOLESCENTES E JOVENS	73
JOVEM, ADOLESCENTE OU ADULTO?	89
A INTERSECÇÃO DAS OPRESSÕES SOCIAIS NO <i>CONTINUUM</i> DE CUIDADO DE PREP	95

A OBTENÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PREP	96
OS ENTRAVES SOCIAIS NO ACESSO PARA PREP	98
A PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE PREP	101
ESTRUTURA DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTUDO PREP1519	105
DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROJETO PREP1519	106
PERCEPÇÕES DO PESQUISADOR A RESPEITO DAS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE E O PROJETO PREP1519	107
FLUXO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS – EIXO CLÍNICO	109
FLUXO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS – EIXO VINCULAÇÃO	111
EDUCAÇÃO PERMANENTE – QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTUDO PREP1519	116
SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROJETO PREP1519	118
A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ESTUDO PREP1519	127
A CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM COM OS ADOLESCENTES E JOVENS DO PROJETO	127
AS EXPERIÊNCIAS DE OFERTA DE PREP POR UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL	132
A ESCUTA COMO PARTE DO CUIDADO	127
AS REPERCUSSÕES DAS OPRESSÕES SOCIAIS NO CONTINUUM DE CUIDADO DE PREP	136
QUINTO COMPRIMIDO	144
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
BIBLIOGRAFIA	146
ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP	157
ANEXO B - TERMO DE ASSENTIMENTO/CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	161
ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – JOVENS HSH, TR e MT (15-19 ANOS) – BRAÇO PREP	166
ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	170

APRESENTAÇÃO

Não é uma tarefa fácil se apresentar. Sempre que preciso falar de mim mesmo, penso em quais aspectos devo abordar. Nesse caso, por se tratar da minha dissertação, me restringirei ao campo profissional e, caso sinta a necessidade, trago aspectos da esfera pessoal que possam ser uma complementação importante.

De início, eu destaco a minha trajetória acadêmica. Sou formado em psicologia pela Universidade Católica de Santos, turma de 2017. Aproximei-me do campo do HIV quando, na iniciação científica (IC), sob a orientação da professora Eliana Zucchi, estudei o processo de revelação da orfandade por aids em jovens que viviam ou não com a infecção. Os dados analisados na IC eram provenientes de uma pesquisa anterior intitulada “Estigma e Discriminação relacionados ao HIV/AIDS: Impactos de epidemia em crianças e jovens na cidade de São Paulo”. Trabalhei com a análise de conteúdo das experiências relatadas pelos adolescentes e foi extremamente gratificante contribuir cientificamente para uma temática tão relevante como a orfandade por aids. A partir desse trabalho científico, apresentei a IC no 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – 2016, Cuiabá (2016).

No percurso final da graduação, pude me aproximar de outro segmento social que tem trajetória de sofrimento, marginalização e discriminação cotidiana: as travestis¹. Diferente da pesquisa de IC, mas mantendo a orientadora, o objetivo foi compreender a construção do estigma das travestis e as consequências na violação do direito à saúde, ao trabalho e à educação. A revisão narrativa realizada no trabalho de conclusão de curso, revelou, o que não era surpresa, cenas de negligência nos diversos contextos de vida delas, principalmente no campo da saúde (recusa do uso do nome social, ausência do toque nos atendimentos e escárnio da vivência travesti, por exemplo).

Em 2018, realizei aprimoramento no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e pude conviver diariamente com pessoas vivendo com HIV/aids. Atuei como psicólogo hospitalar e acompanhei pacientes, em

¹ No Brasil e em determinados países latino-americanos, termos como “travestis” ou “mulheres trans” são adotados pela comunidade ou por quem se reconhece a partir dessa identidade de gênero. Atualmente, “travesti” é utilizado de forma política e identitária, não sendo mais reconhecido de forma pejorativa, sendo comum mulheres trans também se denominarem travesti como resistência (FERNÁNDEZ, 2004).

atendimento ambulatorial, no processo de aceitação, revelação, estigma e discriminação em relação ao diagnóstico. No trabalho de conclusão da especialização, estudei sobre a percepção do HIV em pessoas que viviam com a infecção e os impactos na vida.

Atualmente, trabalho como assistente de coordenação de recrutamento no Projeto PrEP1519. A minha trajetória nessa pesquisa iniciou, em primeiro de março de 2019, quando fui aprovado para o cargo de assistente de pesquisa de campo. A função era diferente de outras já desempenhadas por mim, pois exigia manuseio de planilhas, tabelas, aplicação de questionário, monitoramento dos dados, entre outras atividades, dentro de um serviço de testagem e aconselhamento do município. Por ser uma tarefa nova, levei um tempo para adaptação; mas, com muita dedicação, consegui realizar o meu melhor, mesmo estando em um campo de atuação desafiador.

Com a saída da vinculadora, houve uma mudança: deixo a assistência de pesquisa, após três meses atuando nesse cargo, e passo a trabalhar na vinculação/aconselhamento. Ambos os trabalhos foram muito gratificantes, pois acompanhar, na vinculação, os adolescentes e jovens da pesquisa, me permitiu ter uma compreensão diferente da prevenção ao HIV, bem como no atendimento com os usuários do CTA. Nesse momento, eu percebi, ainda mais, como o trabalho do profissional de saúde é essencial para esse campo do cuidado, pois ao se (re)produzir processos de estigmatização, discriminação e deslegitimação de existências, contribui-se para experiências de violências com essas pessoas, e isso pode desencadear sequelas emocionais que colaboram para que usuários/as não retornem ao serviço. Eu aprendi muito no cargo de aconselhador: de questões técnicas, como conhecimento sobre ISTs, a formas de revelação diagnóstica, mas, principalmente, aprendi sobre o quanto é importante como homem preto e gay ocupar esses lugares. Não à toa, eu ouvia de participantes e usuários do CTA: “Você é gay, né? Ah, então vou contar uma coisa para você.” A necessidade das pessoas verem seus iguais em posições que, antes, eram dominadas por uma só cor de pele, orientação sexual e outros marcadores sociais comuns na sociedade.

No decorrer dos esforços, aprendizados e contribuições fui convidado a ocupar o cargo de assistente de coordenação de recrutamento, e posso dizer que aprimorei aspectos como paciência e organização, mas adquiri também novas habilidades, tanto na troca com outros coordenadores, como também com a equipe e na

contratação de novas pessoas. O cargo me permitiu olhar para o projeto de outra forma e ter acesso a pesquisadores de outros sítios e até de outros países, o que tem sido bastante importante para o meu enriquecimento como profissional e pesquisador.

Eu me considero alguém de sorte, pois trabalho e estudo com o que gosto. Além disso, tenho o privilégio de analisar os dados produzidos pela pesquisa em que atuo. Assumo que isso deixa o processo de escrita, leitura e estudo mais agradável, mas não significa que não tenha sido árduo.

Por fim, ter a oportunidade de poder estudar sobre prevenção ao HIV a partir de uma perspectiva teórico-metodológica interseccional me ajudou a expandir o meu conhecimento sobre o tema, ainda mais reconhecendo a existência de aspectos sociais que incidem na dificuldade ou facilidade para o acesso à profilaxia. Além disso, ter sido possível compartilhar os dados da minha pesquisa no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) e no Simpósio de Discentes da Pós-Graduação em Saúde Coletiva (SIMCOL), ambos em 2022, foi muito gratificante. Alegro-me por saber que terminei a minha dissertação com a sensação de dever cumprido e feliz com o produto científico produzido.

“COMPRIMIDOS” DA DISSERTAÇÃO

Por se tratar de uma dissertação sobre prevenção ao HIV, sobretudo pensada a partir da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), decidi nomear as seções da dissertação como “comprimidos”, sendo cada um deles responsável por apresentar um tema da minha pesquisa. No total, tomaremos cinco comprimidos e, após eles, eu espero que a análise dos resultados e a discussão tenham contribuído positivamente para ampliação do conhecimento sobre prevenção ao HIV a partir de uma perspectiva interseccional.

De início, convido você, pessoa que está lendo a minha pesquisa, a saber quem eu sou e qual trajetória trilhei até chegar no mestrado.

Em seguida, o primeiro comprimido destaca a introdução ao meu tema de pesquisa, contando sobre prevenção combinada às ISTs, ao uso de PrEP por adolescentes e jovens, à prescrição da profilaxia pelos profissionais de saúde e a outros aspectos relevantes como a vivência com HIV para pensar o meu objeto de estudo. Além disso, nessa seção também estão os objetivos do meu trabalho.

No segundo comprimido, convido você a ler o meu referencial teórico, que versa a respeito da compreensão de onde parto sobre o que é adolescência e juventude, de qual forma me aproximei do tema e como articulo com os marcadores sociais da diferença. A interseccionalidade, bem como as masculinidades, também estão sendo contempladas nessa seção, justamente para refletir como esses conceitos são apresentados na vida de adolescentes e jovens que fazem uso de PrEP, bem como dos profissionais de saúde.

O terceiro comprimido destaca sobre a metodologia utilizada na minha pesquisa. Nessa seção, eu descrevo sobre o projeto demonstrativo PrEP1519, a pesquisa qualitativa e de que forma analisei os meus resultados.

No quarto comprimido, adentramos os resultados e a discussão. Primeiramente, apresento os resultados e a análise das entrevistas com os adolescentes e jovens homens que fazem sexo com homens (HSH) e, em seguida, faço o mesmo com os achados das entrevistas com os profissionais de saúde.

Por fim, no quinto e último comprimido, me dedico a compartilhar minhas considerações finais. Adicionalmente, estão as bibliografias utilizadas para fins desta dissertação e os anexos.

PRIMEIRO COMPRIMIDO

BREVE HISTORICIDADE DO HIV/AIDS NO CONTEXTO DOS ADOLESCENTES E JOVENS EM ARTICULAÇÃO COM A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No mundo, a epidemia de HIV (vírus da imunodeficiência humana) teve início a partir da década de 1980, tendo registros no Brasil em meados de 1983. A descoberta do HIV repercutiu em preocupação e mobilização/ativismo de diversos atores sociais – profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade civil - com o objetivo de mitigar novas infecções e de combater a discriminação e o estigma que assolavam as pessoas vivendo com HIV.

No início, em virtude da baixa informação sobre a transmissão do vírus, esse foi associado, de forma precipitada e errônea, a determinados segmentos sociais descritos como *Grupos de Risco* ou *5H* constituído por homossexuais, *hookers*², hemofílicos, haitianos e heroínômanos³ (PARKER; AGGLETON, 2003). Dentro dessa categorização é possível reconhecer, por exemplo, como a homofobia e o racismo sempre operaram o imaginário social na construção negativa desses dois públicos. O cenário de associação do HIV/aids aos 5H desvela uma sociedade pautada no rechaço social daqueles que “escolhiam” pegar o vírus (homossexuais, profissionais do sexo e heroínômanos, por exemplo), em comparação aos que eram acometidos pela infecção em decorrência de condições de saúde pregressas, como no caso dos hemofílicos, sendo intitulados como “vítimas”.

Essa lógica binária contribuiu para gerar perfis de pessoas que são merecedoras de condolências *versus* culpados. Além disso, a ideia de um grupo de risco fomenta a construção social identitária de que há um outro grupo que não deva se preocupar, pois não cumpre os “critérios” para infecção, nesse caso, os heterossexuais (CONTRERA, 2000).

A busca para superação dessas concepções a respeito das pessoas infectadas, bem como o atendimento não discriminatório e de qualidade para todos, era um dos objetivos do movimento sanitário do final de 1980. O Estado era pouco atuante frente às demandas relacionadas ao HIV/aids e, em virtude disso, a

² Termo em inglês para prostitutas.

³ Usuário de heroína.

sociedade civil reconheceu a necessidade de organização e mobilização social para conseguir garantir a sobrevivência de pessoas acometidas pelo HIV/aids. Nesse contexto, emergiram as organizações não governamentais (ONG) que, nas décadas seguintes, ganharam força e notoriedade por consequência do excelente trabalho e da luta por garantia dos direitos dessas pessoas.

Como exemplo de ONGs participativas no processo inicial da história da aids, é essencial destacar o Grupo de Apoio e Prevenção à aids (GAPA), fundado em 1985, bem como o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), de 1990. Ambos fundamentais no processo histórico do ativismo no campo do HIV/aids no Brasil, principalmente na cidade de São Paulo, pois sua militância repercutiu nacionalmente e influenciou na formulação e implementação de políticas públicas.

Os anos posteriores foram importantes para a trajetória do HIV/aids no Brasil. As lutas realizadas pelos movimentos sociais e por profissionais de saúde repercutiram em ganhos fundamentais na prevenção da infecção e no cuidado às pessoas infectadas. O ano de 1986 é marcado pela criação do Programa Nacional de DST/aids⁴, tido como essencial no combate à desinformação e na proposição de programas e ações pautados na ciência como forma de evitar novas transmissões e discutir a ideia de grupos responsáveis pela proliferação do vírus (SADALA; MARQUES, 2006; MONTEIRO; VILLELA, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da nova Constituição Federal de 1988, garante a universalidade do direito à saúde e tem papel importante e fundamental na trajetória das melhorias quanto ao processo de cuidado dessas pessoas. Com o advento do SUS, o cuidado à saúde se torna um direito de todos, não mais resguardado às instituições filantrópicas, mas sim a todos os indivíduos independentemente de orientação sexual, identidade de gênero, classe social, cor da pele ou nacionalidade, resultando na proteção e promoção da saúde (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

⁴ Atualmente, com o avançar das informações, tecnologia e conhecimento sobre HIV/aids, não se utiliza mais a nomenclatura DST (doença sexualmente transmissível), mas IST (infecção sexualmente transmissível), dado que algumas pessoas se infectam, mas o vírus/bactéria permanece assintomático e só será reconhecido com a realização da testagem. As campanhas de saúde - ao longo da epidemia - destacam a importância da realização dos exames sorológicos para IST no intuito da descoberta das infecções ainda no período inicial e para tratamento imediato e quebra da cadeia de novas infecções (BRASIL, 2017a).

O SUS surge em um momento importante para o país, pois o Brasil passava por um processo de redemocratização, havendo diversos debates na esfera pública. O Movimento de Reforma Sanitária teve papel protagonista na construção e implantação do Sistema Único de Saúde, pois as diversas discussões levadas pelo movimento resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que culminou na construção do SUS e em sua efetivação (BEZERRA, 2019).

Ao longo das décadas seguintes, o Brasil torna-se referência na prevenção e no tratamento de HIV/aids no mundo. As excelentes políticas, construídas por consequência da militância associada com o Estado, construíram um cenário internacionalmente apreciável. Os anos de 1990 são descritos – na história da epidemia de HIV/aids – como de grandes avanços nas reflexões, construções e implantações nas políticas de saúde contra o HIV/aids e outras ISTs. Dentro desses avanços, estão: **(1)** a sistematização realizada a partir de 1993 pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)⁵; **(2)** em 1997, a implantação da Rede Nacional de Laboratórios para monitoramento das pessoas que realizavam tratamento antirretroviral (TARV) para consolidação de exames de contagem CD4 (células que fazem parte do sistema imunológico) e carga viral; **(3)** os diversos programas nacionais de IST e aids ao longo de 1990, que resultaram, em 1996, em um ganho excepcional e valioso para o combate à infecção, quando o Ministério da Saúde (MS) determinou que o usuário do SUS que vive com HIV/aids, por lei, tem o direito de receber o antirretrovirais (ARV) gratuitamente para realização do tratamento, segundo a Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BEZERRA, 2019).

No decorrer dos avanços descritos, novos serviços de testagem e cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids foram sendo implementados no país, como os Centros de Testagens e Aconselhamentos (CTA) e os serviços ambulatoriais de atendimento

5 De acordo com o Ministério da Saúde, o SINAN é definido da seguinte forma: “O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, Anexo), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, difilobotríase no município de São Paulo. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.” Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 4 dez. 2022.

às pessoas vivendo com HIV/aids. A consolidação de serviços como esses explicitam a preocupação dos órgãos públicos em garantir o acesso e a permanência de quem precisa desses locais que ofertam e asseguram o uso da ARV, bem como a realização periódica de exames sorológicos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C (HALLAL *et al.*, 2010).

Os serviços descritos são de extrema importância para garantia do direito à saúde para quem busca tratamento, mas também acompanhamento do seu *status* sorológico. Os perfis das pessoas infectadas mudaram, e a consequência dessa mudança é uma nova atuação e abordagem por parte dos profissionais de saúde que precisam estar pautados nas possibilidades disponíveis, tanto para prevenção quanto para tratamento de HIV/aids e outras ISTs. Ao destacar o novo perfil da epidemia, refiro-me, por exemplo, às pessoas com orientação sexual heterossexual (CONTRERA, 2000; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015), além dos adolescentes e jovens que vêm sendo acometidos pelo HIV.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência e a juventude são divididas por períodos, sendo a primeira entre os 15 e 19 anos, e a segunda entre os 19 e 24 anos. Essa concepção, no decorrer da dissertação, será revisitada para se refletir que adolescência e juventude transcendem essa lógica puramente cronológica, havendo outros aspectos que incidem sobre essa etapa da vida. Vale destacar que não há consenso entre o Ministério da Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pois, segundo o ECA, a adolescência é compreendida entre os 12 aos 18 anos (BRASIL, 2007).

Da perspectiva sociocultural, a adolescência e a juventude são momentos de diversas mudanças significativas na vida do indivíduo e, por isso, não devem ser levados em consideração somente os aspectos biológicos e cronológicos desse adolescente e jovem, mas também fatores contextuais que contribuem para a precarização de acesso a serviços de saúde, educação, lazer, cultura, trabalho, sexualidade e outros campos que constituem o sujeito. De forma não generalizada, é nesse período do desenvolvimento que comumente ocorrem as primeiras experiências relacionadas a uso de substâncias psicoativas, sexualidade, construção das relações e vínculos com amigos e colegas, por exemplo (CAMARGO *et al.*, 2010).

Vale ressaltar que, nessa fase de experimentação e de reconhecimento das possibilidades, muitos jovens – sobretudo os negros, com baixo poder aquisitivo e

expressão de gênero⁶ não cisheteronormativa – são afetados pela epidemia do HIV em consequência de baixo conhecimento de **estratégias preventivas**⁷, dificuldade de acesso e permanência no serviço, experiências prévias de discriminação racial e homofobia e bifobia, além da descredibilidade imposta por profissionais de saúde no contexto de experiências cotidianas nos serviços de saúde relatadas por esse segmento social.

O cenário do HIV em jovens e adolescentes no mundo é preocupante. Cerca de quatro milhões de pessoas vivem com HIV, sendo 29% dessas com idade entre 15 e 19 anos (UNAIDS, 2014). No Brasil, é possível reconhecer um aumento na taxa de detecção entre as pessoas de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos nos últimos dez anos (BRASIL, 2022a; SPERHACKE *et al.*, 2018).

No Brasil, segundo dados do boletim epidemiológico de HIV/aids, desde 2019 há uma diminuição de novos casos de pessoas infectadas com HIV, sendo que, em 2021, foram 40.880 novos casos e, em 2022, somaram-se 16.703 casos (BRASIL, 2022a). As regiões do país que mais apresentaram quedas foram Sul (15,4%) e Sudeste (15,3%). De acordo com o infectologista e pesquisador Rico Vasconcelos, na entrevista dada ao portal Viva Bem, essa diminuição das novas infecções é por consequência do uso da prevenção combinada ao HIV:

“Estamos há 41 anos tentando acabar com epidemia de HIV/Aids, mas sem sucesso. Conseguimos, no máximo, fazer que com que menos pessoas morram. Isso é ótimo, claro, mas pela primeira vez também estamos fazendo algo certo na redução de casos, que é a prevenção combinada, conceito moderno que sai do discurso monótono de 'use camisinha' e começa a entregar diferentes estratégias, como PEP (profilaxia pró-exposição), PrEP (profilaxia pré-exposição), testagem, acolhimento e tratamento, com a divulgação de que quem tem o vírus e trata deixa de transmitir”⁸

⁶ É a expressão do gênero pelo qual a pessoa se identifica e não há uma única forma de vivê-lo, ainda que haja contenções sociais que buscam padronizar como uma mulher ou homem devam se comportar/ser socialmente. Para título de exemplo, mulheres podem ter cabelos curtos e homens cabelos longos (BUTLER, 2015).

⁷ Nesta dissertação, tomo como estratégia preventiva as atitudes comportamentais que mitigam a possibilidade de a pessoa se infectar com HIV, não sendo utilizados insumos.

⁸ Trecho retirado da entrevista realizada para coluna *Viva Bem UOL*. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2022/12/03/brasil-registra-queda-no-numero-de-infecoes-por-hiv.htm>. Acesso em: 11 dez. 2021.

Apesar dos esforços para concretização e efetivação da prevenção combinada ao HIV/aids, o segmento de adolescentes e jovens ainda continua sendo infectado. A informação é preocupante, pois o grupo vem sendo mais afetado ao HIV e sofrendo com os desdobramentos, principalmente sociais, relacionados à epidemia, como a discriminação e o estigma. O boletim descreve que, entre 2007 e junho de 2022, foram 102.869 casos (23,7%) de jovens com faixa etária entre 15 e 24 anos, sendo grande parte deles do gênero masculino (25,2%) (BRASIL, 2022a).

No ano de 2022, foram contabilizados 9.516 casos de pessoas infectadas com idade entre 15 e 39 anos, sendo, desse público, 813 (4,9%) adolescentes e jovens com idade entre 15 e 19 anos. Em comparação com o ano anterior, houve uma diminuição, pois, em 2021, 2.080 (5,1%) jovens e adolescentes com idade entre 15 e 19 anos foram infectados. Apesar da diminuição, ainda é relevante pensar no cenário construído para infecção dos mais jovens no país (BRASIL, 2022a).

No contexto da epidemia de HIV/aids, o acesso aos serviços de saúde e a relação com os profissionais também é algo que deve ser refletido e compreendido como processo fundamental para aderência aos antirretrovirais e, ainda, para estratégias preventivas com o uso de medicamentos. A partir dessa reflexão, eu me indaguei a seguinte pergunta: Como é a relação dos profissionais de saúde, não somente quanto ao conhecimento técnico da prevenção ao HIV e outras ISTs, mas no trato com adolescentes e jovens?

Apesar de já ser possível a realização de teste rápido dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ainda é comum que os serviços especializados em HIV/aids/IST sejam os responsáveis por suprir a demanda da procura por preservativo interno/externo, gel lubrificante, realização de testagem e compartilhamento de outras informações preventivas sobre as ISTs. Não é incomum que usuários, ao acessarem os serviços não especializados em ISTs se deparem com atendimentos precários de informações relevantes sobre prevenção (FRANÇA, 2000). Além disso, de forma recorrente, os profissionais de saúde expressam a sua opinião pautados em suas experiências individuais com o objetivo de convencer o usuário do serviço a tomar uma decisão baseado nas orientações do profissional, não levando em consideração os contextos e desejos manifestados pelo usuário do serviço (MASSA; GRANGEIRO; COUTO, 2021; REINERS *et al.*, 2008).

Com os adolescentes e jovens, torna-se comum esse comportamento muitas vezes impositivo dos profissionais de saúde, destituindo o adolescente da autonomia

das próprias escolhas e tornando o profissional de saúde o responsável pelas decisões. O profissional de saúde, muitas vezes, se reconhece na obrigatoriedade de tutelar as escolhas, no ímpeto de ajudar, por se tratar de um adolescente ou jovem, por exemplo, vivendo com HIV. Isso porque o profissional entende que as escolhas do adolescente ou jovem não condizem com aquelas que o profissional julga mais "adequadas" (CONTRERA, 2000; REINERS *et al.*, 2008).

A relação construída entre o profissional de saúde e o usuário é fundamental para o processo de vínculo com o serviço e o tratamento. O relacionamento não discriminatório, sem julgamento, com escuta e respeito às individualidades de quem é atendido contribui para o processo de permanência no serviço de saúde (MASSA; GRANGEIRO; COUTO, 2021).

O profissional de saúde deve reconhecer que o conhecimento técnico é fundamental para que possa compartilhar boas informações a respeito de prevenção e tratamento às ISTs; entretanto, isso não é suficiente. É necessário expandir o seu conhecimento para outros aspectos importantes, como reconhecer a singularidade dos indivíduos e a capacidade de escolha dentro dos repertórios construídos ao longo da vida (PILGRIM *et al.*, 2018; GETER; HERRON; SUTTON, 2018) e nos contextos de pertencimento social.

O atendimento deve ser sempre pautado na garantia de direitos à não discriminação e à saúde, e deve, principalmente, ser acolhedor para as demandas que serão partilhadas por quem está sendo atendido. Além disso, quando destaco o respeito à singularidade, é central o reconhecimento de que cor de pele, classe social, orientação sexual e expressão de gênero são marcadores sociais da diferença que constituem os sujeitos, podendo vulnerabilizá-los, em um aspecto estrutural, em direção à infecção pelo HIV, bem como afetar, em termos programáticos, o acesso e a permanência no serviço (AYRES, 2002). Tomando como exemplo, o crescimento de casos de pessoas negras descobrindo a sorologia positiva ao HIV é nítido desde 2014. Em 2021, pessoas negras somavam 48,1% de casos de infecção pelo vírus no Brasil, enquanto pessoas brancas 12,5%. Além disso, os números desvelam que as mortes por aids ocorrem frequentemente, também, mais em pessoas pretas, somando 58,9%, enquanto em brancos somam 37,9% (BRASIL, 2022a).

O profissional de saúde deve extrapolar o cenário clínico e reconhecer que os eixos de opressões sociais, como racismo, homofobia, bifobia, classismo e suas expressões em termos de discriminações podem contribuir para um afastamento das

peças dos serviços de saúde. Ao serem marginalizadas nesses espaços de cuidado e informação, as pessoas podem se expor à infecção pelo HIV por não saberem das possibilidades de prevenção que deveriam ter sido compartilhadas em atendimento. Assegurar a não discriminação e partilhar um cuidado integrado – que inclui os aspectos físicos, mas também informações relevantes sobre estratégias preventivas às ISTs e ao tratamento de HIV – deve ser a base para uma abordagem clínica centrada nos direitos do paciente. Também, a não continuidade no processo de adesão aos antirretrovirais pode derivar do manejo de cuidado precário proferido por profissionais de saúde, resultando na descontinuidade no uso da medicação.

O profissional de saúde é figura central dentro dos serviços especializados ou não em HIV, e deve tomar o seu local não de forma a ser o detentor do conhecimento, mas de forma a perceber a sua responsabilidade social e profissional de proteger pessoas em vulnerabilidade, levando informação de qualidade e refletindo criticamente sobre como suas crenças, muitas vezes, influem sobre informações que exigem conhecimento técnico e manejo clínico que deveria ser pautado no referencial dos direitos humanos.

PREVENÇÃO COMBINADA E A RELAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ADOLESCENTES E JOVENS

A prevenção é um assunto discutido, nacionalmente e internacionalmente, em diversas camadas, perspectivas e referenciais teóricos. Há um esforço, tanto por parte de profissionais de saúde quanto da sociedade civil, em propagar informações de qualidade para que os **métodos preventivos**⁹ existentes sejam amplamente divulgados e utilizados pelas pessoas. Para além da divulgação, há um compromisso – por quem trabalha e estuda no campo do HIV/aids/IST - de ampliação do conhecimento sobre novas tecnologias que venham a somar com medidas preventivas já utilizadas pelas pessoas.

O Brasil sempre teve reconhecimento internacional na gestão da epidemia de HIV/aids, seja nos programas e ações de prevenção ou no cuidado às pessoas vivendo com HIV (PVHIV). As políticas públicas de HIV/aids estão pautadas em dois

⁹ **Métodos preventivos:** compreendidos como os insumos físicos dos quais o sujeito pode fazer uso, por exemplo: preservativo externo e interno, PrEP, PEP, autoteste de HIV, tratamento das ISTs.

aspectos: o primeiro é melhorar a qualidade de vida quem vive com HIV/aids; e o segundo é mitigar a transmissão de HIV e outras ISTs (GRECO, 2016; ZUCCHI et al., 2018). Apesar da importância desses dois objetivos, eles precisam estar articulados com outros aspectos fundamentais na sociedade; por isso, refletir sobre prevenção ao HIV a partir de aspectos estruturais, comportamentais e biomédicos é essencial para a efetivação e consolidação dessas práticas no cotidiano (BRASIL, 2017a).

Apesar desses dois objetivos descritos e do histórico brasileiro de excelência na condução do tratamento e prevenção da infecção, o campo de HIV/aids sofreu muito com os quatro anos de (des)governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro. As grandes mudanças, como a supressão do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais e a vinculação da área para o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, tornando a área de HIV/aids uma coordenação, merecem atenção e foram preocupantes. As perdas foram imensuráveis e resultaram em baixo investimento nos serviços de tratamento de HIV, bem como na ausência de campanhas de prevenção que propagassem conhecimento. Houve um enfraquecimento no debate sobre o tema e, conseqüentemente, um aumento na desinformação. Em 2023, após a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o departamento volta a existir e há uma esperança por parte dos profissionais de saúde e da sociedade civil em retomar o debate, o investimento e a referência de um país que sempre soube cuidar das suas políticas públicas de HIV/aids.

Independentemente da gestão governamental, o Brasil pode contar com a *prevenção combinada* ao HIV como possibilidade de fazer uma política de saúde com aspectos semelhantes e diferentes das que foram empregadas durante os anos da epidemia (ZUCCHI et al., 2018). A partir dessa reflexão, considero três momentos importantes para a construção, consolidação e popularização da prevenção combinada:

A **primeira** consiste em um distanciamento da concepção de grupo de risco – construída pela vigilância epidemiológica – tensionada por profissionais de saúde e sociedade civil por consequência da estigmatização de determinados segmentos sociais e não inclusão de outros que poderiam se infectar também (por exemplo, homens heterossexuais) (POUNDSTONE; STRATHDEE; CELENTANO, 2004).

A **segunda** é a respeito de 1990, nos Estados Unidos da América (EUA), quando o epidemiologista Jonathan Mann propõe uma nova maneira de se pensar prevenção, não mais centralizada restritamente nos aspectos individuais, mas em outras circunstâncias que podem incidir na infecção ao HIV e a outras IST. O epidemiologista supera a lógica de pessoas mais ou menos suscetíveis à infecção – como na proposta por grupos de risco – e reflete sobre pessoas que estão mais vulneráveis a partir dos contextos que vivem, tendo maior dificuldade de se protegerem da infecção. O diferencial dessa proposta é correlacionar aos indivíduos aspectos estruturais que contribuem para sua vulnerabilização à infecção como discriminação/estigma, dificuldade para acesso e permanência no serviço de saúde, maior ou menor acesso à informação de métodos e estratégias preventivas (BRASIL, 2017a).

Por fim, a **terceira**, mas não menos importante, é o conceito de *vulnerabilidade* que reconhece que os aspectos individuais não são suficientes para composição atual da epidemia do HIV/aids, que precisa existir outros fatores colaborativos e estruturais para infecção das pessoas (AYRES *et al.*, 2003). A lógica de uma infecção social rompe com conceituações limitadas ao sujeito e torna, pelos programas governamentais de prevenção e tratamento ao HIV, a infecção como um problema de saúde pública. À título de exemplificação, no Brasil, o aporte governamental para o combate à vulnerabilidade para infecção ao HIV pode ser expresso por meio de programas e políticas que reconhecem populações prioritárias como segmentos que necessitam de maior proteção: Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PSPE), que está inserido no Programa de Saúde da Família (PSE), ou também o Plano de enfrentamento à Epidemia de aids/DST entre gays, homens que fazem sexo com homens¹⁰ (HSH) e travestis.

¹⁰ É imprescindível contextualizar a respeito da diferenciação entre a categoria homens que fazem sexo com homens (HSH) *versus* homens gays/bissexuais. A categoria HSH é um termo utilizado comumente pela epidemiologia, entretanto não se sabe ao certo como ocorreu o surgimento dessa nomenclatura. De início, o termo HSH não se tratava de uma categoria agregadora, mas de diferenciação. Demarcando uma cisão entre os homens com orientação sexual não revelada (HSH), dos homens gays que não escondiam a sua sexualidade socialmente. No decorrer do tempo, o termo HSH ganhou destaque no campo do HIV/aids, sendo amplamente utilizado e divulgado pelo Programa Global de Aids (PGA), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, também, pelo Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS). O termo HSH descreve sobre o comportamento sexual dos indivíduos, enquanto a orientação sexual – gay – desvela para quem dirige o desejo sexual e afetivo. As problemáticas sobre o uso do termo HSH são inúmeras e trago três para reflexão:

^{1º} inviabilização das experiências dos homens nas suas mais diversas possibilidades de orientação sexual;

^{2º} Mulheres trans e travestis ainda são categorizadas na esfera masculina na produção dos dados

De acordo com a UNAIDS, a prevenção combinada é tida como uma possibilidade relevante e com chances duradouras de impacto e mitigação de novas infecções pelo HIV. Para além disso, a mesma prevê que os indivíduos possam construir uma melhor percepção de saúde, principalmente nos segmentos sociais mais afetados pela epidemia. Três aspectos consolidam o conjunto que articula a concretização da prevenção combinada: as intervenções **biomédicas**, **comportamentais** e **estruturais**, que são aplicadas em nível individual, relacional e coletivo, mediante ações que consideram as especificidades e forma de transmissão do vírus (BRASIL, 2017a; ZUCCHI et al., 2018).

INTERVENÇÃO BIOMÉDICA

A primeira intervenção na qual me detenho é a **biomédica**, tida como a grande aposta dos órgãos nacionais e internacionais para o combate do HIV no Brasil e no mundo. Apesar de ser uma informação que, atualmente, em virtude de influenciadores digitais¹¹ do campo do HIV/aids, tem sido mais difundida, ainda é necessário distinguir a diferença entre HIV e aids. O primeiro refere-se à sigla em inglês do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tratando dos agentes etiológicos da imunodeficiência humana. Já a aids (síndrome da imunodeficiência humana) refere-se à doença oriunda em virtude do não tratamento do vírus (BRASIL, 2017a).

Independente de todas as medidas configurarem aspectos biomédicos, há uma classificação – meramente conceitual – entre intervenção biomédica clássica e intervenção biomédica com utilização de antirretrovirais (ARV). A primeira está relacionada a métodos de barreira física ao vírus, por exemplo, o preservativo externo e interno. Já a segunda refere-se aos métodos relacionados ao uso da ARV para

epidemiológicos, o que demonstra como a transfobia estrutural age na produção científica ao descredibilizar a identidade de gênero de pessoas trans. Não havendo fomento para produção de dados públicos para o segmento trans, o campo da prevenção e cuidado fica a cargo de pesquisas isoladas (GRINSZTEJN et al., 2017; GARCIA FERREIRA et al., 2019), mas que não permitem o acompanhamento histórico da epidemia de HIV/aids sobre a condição de saúde de mulheres trans e travestis.

^{3º} O direcionamento das políticas de prevenção à categoria HSH interage negativamente na comunicação a respeito de prevenção, pois não explicita para qual público a interlocução está sendo direcionada (CALAZANS; FACCHINI, 2022).

¹¹ Dos influenciadores digitais que discutem sobre essa temática, destaco: o infectologista Dr. Vinicius Borges, do canal Doutor Maravilha; Emer Conatus e Raul Nunnes, do podcast Preto Positivo; e David Oliveira, do canal Doses de Vida.

proteção da não infecção ao HIV ou ao uso dos antirretrovirais para que quem já vive com o vírus não desenvolva a doença.

O uso de medicação para quem já vive com o vírus foi nomeado, pelo Ministério da Saúde, como Tratamento como Prevenção (TasP). Essa possibilidade é útil em dois aspectos: o primeiro é resguardar que a pessoa que vive com HIV não desenvolva aids e tenha a sua vida dificultada por conta da doença; e o segundo é garantir que, com o uso dos antirretrovirais, o indivíduo que tem o vírus consiga atingir a indetectabilidade e não seja capaz de transmitir para outras pessoas. Diversos estudos se debruçaram a estudar a relação entre casais sorodiferentes (onde um vive com HIV, e o outro, não): os pesquisadores descobriram, como resultado – o que surpreendeu a comunidade científica –, que indivíduos com HIV, mas com menos de 40 cópias do vírus por ml de sangue não transmitiam para outras pessoas (COHEN *et al.*, 2016; RODGER *et al.*, 2019).

Um estudo amplamente citado sobre a relação de casais sorodiferentes é o estudo *Partner*, que teve duas etapas: uma com casais heterossexuais, e outra com casais homossexuais, ambos em relação sorodiferente. O estudo se caracterizava por ter método observacional prospectivo realizado em 14 países europeus. Os períodos do *Partner* foram de 15 de setembro de 2010 até 31 de maio de 2014, enquanto o *Partner II* foi até 30 de abril de 2018. Os resultados destacaram que, com o uso dos antirretrovirais, não havia transmissão do HIV para o parceiro soronegativo (CAIRNS, 2019). A partir desses resultados, é divulgada mundialmente a campanha I=I (indetectável é igual a intransmissível), que reafirma que pessoas com carga viral indetectável não transmitem o vírus para os seus parceiros sexuais.

Permanecendo nos métodos com uso dos antirretrovirais, a Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PrEP) são consideradas duas novas tecnologias importantes para o processo de combate às novas infecções ao HIV.

A PEP está disponível desde 1998 em vários países como método preventivo para o HIV, sendo que, no Brasil, ela é utilizada pelo SUS desde 1999; porém, inicialmente, era apenas direcionada para casos de violência sexual e exposição ocupacional. A PEP é incorporada, em 2010, a casos de exposição sexual consentida, e isso constrói uma nova atmosfera no campo do HIV/aids, pois o método pode ser utilizado para além das possibilidades descritas em 1999 (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). A utilização da PEP deve ocorrer em casos onde há

possibilidade de infecção ao HIV, como quando a pessoa tem contato com fluidos vaginais, líquido amniótico, leite materno, sangue e sêmen. Já se houver contato com vômito, urina, fezes, lágrimas e saliva (sem presença de sangue), não há necessidade de uso da PEP, pois não oferecem riscos de infecção (BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Protocolos e estudos sobre PEP afirmam que, após uma situação de exposição, o seu início deve ocorrer o mais breve possível, tendo o prazo máximo de 72 horas para se iniciar o uso da medicação (IRVINE *et al.*, 2015; OTTEN *et al.*, 2000). Em relação às falhas, ou seja, pessoas que foram infectadas em uso de PEP, os estudos demonstram que isso ocorreu em virtude de: (1) início da profilaxia após 72 horas; e (2) outras exposições sexuais durante o uso da profilaxia, não tendo relação com a eficácia do medicamento utilizado (IRVINE *et al.*, 2015; OTTEN *et al.*, 2000).

Em relação à PrEP, o uso do medicamento consiste na tomada antes das relações sexuais. É composto pelos fármacos *tenofovir* (TDF) e *emtricitabina* (FTC). Nos Estados Unidos da América (EUA), a profilaxia está disponível desde 2012. Já no Brasil, no SUS, desde 2017. O uso pode ser de duas formas: diária ou sob demanda (ambas disponibilizadas no SUS). O primeiro consiste no uso de um comprimido todos os dias e por tempo indeterminado, sendo que o usuário da profilaxia e o profissional de saúde, juntos, definem se há ou não necessidade da permanência de uso da PrEP. A outra modalidade é a PrEP sob demanda: diferente da primeira, o seu uso não é diário, mas quando a pessoa souber que terá alguma exposição sexual que possa apresentar risco de se infectar com HIV. O uso da PrEP sob demanda ocorre da seguinte forma: de início, devem ser tomados dois comprimidos com antecedência de 2 a 24 horas da exposição sexual. Após a relação sexual, o sujeito deve tomar mais um comprimido 24 horas depois dos dois primeiros e um quarto comprimido 48 horas depois dos dois iniciais (TAN, 2017; ZUCCHI *et al.*, 2018).

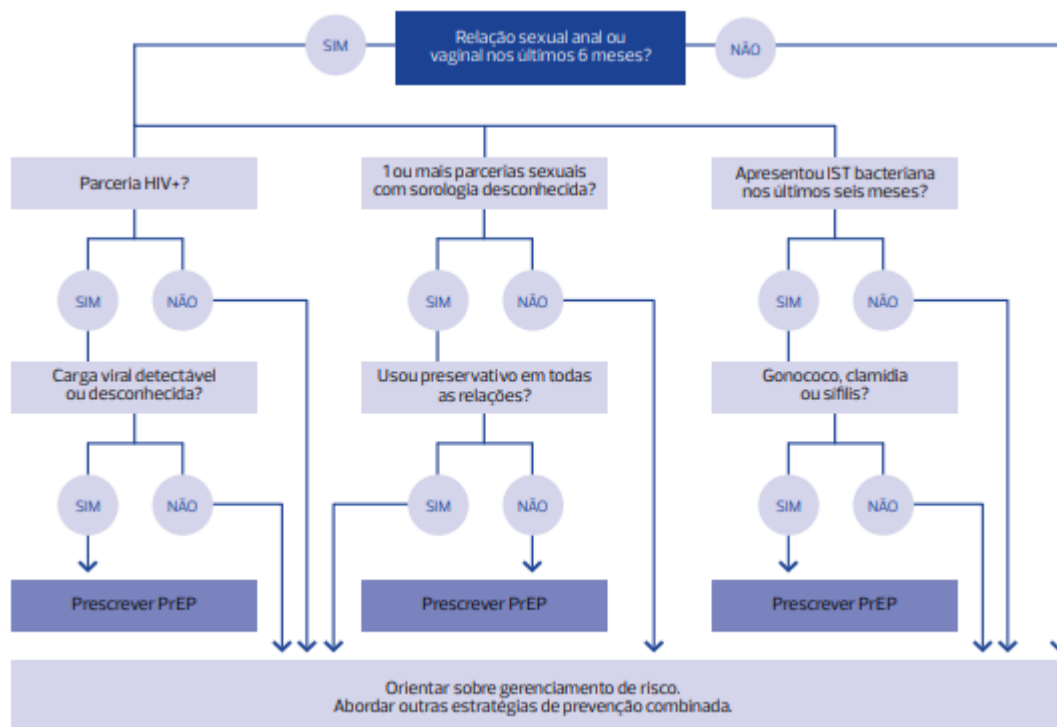
O profissional de saúde tem papel primordial na oferta de PrEP para quem deseja iniciá-la. É a partir dos critérios de elegibilidade que o profissional irá modular a sua atuação frente ao desejo de começar o comprimido pelo usuário do serviço. O profissional deve expandir as suas experiências para além de questões técnicas, é essencial que escute a respeito das cenas de vulnerabilidade sexual relatadas pelas pessoas e que podem ser expressas no uso intermitente do preservativo por perda de ereção no ato sexual, por exemplo. Muitos são os fatores que podem contribuir

para que a pessoa faça uso de PrEP, e o profissional precisa estar atento à narrativa do usuário. É comum sujeitos buscarem PrEP para se sentirem seguros, não importando se eles se encaixam nos critérios descritos pelo protocolo de PrEP, e o profissional precisa ter essa sensibilidade de garantir a proteção, independentemente de ocupar o perfil descrito nos instrumentos técnicos. Quanto mais cedo o indivíduo inicia a medicação, maiores são as chances de não se infectar com HIV (GROHSKOPF *et al.*, 2013; MCCORMACK *et al.*, 2016).

A respeito da eficácia e proteção gerada pela PrEP, estudos como o IPrEx (que avaliou o uso de PrEP oral diária em homens cisgêneros que realizam sexo com outros homens e em mulheres trans/travestis) descreveram que houve uma diminuição de 44% no risco de contágio por HIV. A eficácia da PrEP tem relação íntima com a adesão, não sendo possível o indivíduo estar protegido e consequentemente proteger outras pessoas se não estiver fazendo uso correto da profilaxia. O estudo ainda demonstrou que, em participantes com níveis sanguíneos detectáveis de medicamento, a redução de incidência de HIV foram de 95% (GRANT *et al.*, 2010). Já no estudo *Partners PrEP*, os resultados demonstram que a PrEP também era eficaz para casais heterossexuais sorodiferentes, com redução no risco de infecção de 75%. Sendo assim, o uso adequado da PrEP garante que o sujeito não se infecte com o vírus e finda a cadeia de transmissão que poderia ser iniciada, caso a pessoa não fizesse uso do medicamento (BAETEN *et al.*, 2012).

Para início da PrEP, o fluxograma (Figura I) construído para garantia de um acompanhamento cuidadoso e seguro leva em consideração alguns aspectos: 1. A testagem de HIV realizada na primeira consulta de PrEP (não sendo aceitos exames de outros serviços de saúde ou em datas anteriores à da consulta); 2. Se houve relação sexual anal ou vaginal nos últimos seis meses, se alguma delas foi com alguém vivendo com HIV e se a carga viral era detectável ou indetectável; 3. Se houve transa com parceria com sorologia desconhecida; e 4. Se apresentou sintomas de ISTs nos últimos seis meses. É imprescindível que o fluxo seja seguido pelo profissional de saúde para que o atendimento seja realizado de forma a garantir que pessoas com perfil de maior vulnerabilidade tenham acesso à PrEP (BRASIL, 2022b)

Figura I: Fluxograma para avaliação de PrEP em pessoas sexualmente ativas



Fonte: BRASIL (2022b).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção ao HIV (PCDT) trouxe diversas novidades para o acompanhamento e fornecimento de PrEP.

A primeira é a expansão de quem acessa a PrEP no Brasil. A partir da atualização do PCDT, PrEP pode ser ofertada para pessoas acima de 15 anos (não tendo a necessidade de autorização dos pais, a não ser em casos em que a equipe identifique a necessidade), com peso maior de 35 kg, sexualmente ativas e em contexto de vulnerabilidade de infecção ao vírus. Anteriormente, a profilaxia não podia ser concedida para menores de idade, sendo resguardada a pessoas acima de 18 anos (BRASIL, 2022b).

A segunda mudança é que o medicamento não está direcionado somente a pessoas inseridas nas populações-chave (mulheres trans/travestis, gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade e pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas). Indivíduos que não façam parte desses segmentos sociais, mas que desejam PrEP e estão em vulnerabilidade à infecção, também podem fazer uso. Por exemplo, mulheres cis heterossexuais que não são profissionais do sexo (BRASIL, 2022b).

Por fim, a terceira novidade que destaco é a respeito da prescrição do comprimido – nos serviços públicos de saúde –, que não está mais restrita aos médicos, permitindo a oferta da PrEP por outros profissionais da saúde, como, por exemplo, os enfermeiros. A mudança expressa uma descentralização do saber médico e uma expansão para outros profissionais que são capacitados para realização de acolhimento, avaliação e prescrição da PrEP. Nos serviços de saúde privados, a distribuição da profilaxia ainda é feita somente pelo médico.

As mudanças no PCDT alegram profissionais de saúde, pesquisadores e membros da sociedade civil que vêm lutando para uma expansão do acesso às diversas possibilidades de prevenção para todos. Não à toa, ao ser consolidada a medicação para pessoas acima dos 15 anos, surge a esperança de que a possibilidade de uso de novos métodos preventivos por parte de adolescentes e jovens repercuta em um maior cuidado da própria saúde sexual.

É indiscutível a importância da inserção dos adolescentes e jovens no cuidado expandido à prevenção ao HIV; entretanto, vale destacar que o manejo dos profissionais de saúde precisa ser diferenciado, dado que adolescentes e jovens têm as suas especificidades, principalmente em virtude da faixa-etária, como, por exemplo, temor de que as figuras parentais descubram sobre o uso da PrEP ou que eles têm vida sexual ativa. É importante a mediação desses conflitos com o adolescente para garantir que a sua adesão seja adequada e que ele se mantenha protegido.

Estudos com adolescentes e jovens descrevem informações importantes e que podem auxiliar tanto os adolescentes com intuito de iniciar a PrEP, quanto os profissionais de saúde que, muitas vezes, se preocupam com as consequências do uso da profilaxia por pessoas mais jovens ou menores de idade. Dois grandes estudos são tidos como referências sobre o uso de PrEP por adolescentes, nomeados como *The Adolescent medicine trials network for HIV/aids interventions* (ATN), sendo o ATN 110 e o ATN 113.

O ATN 110 teve como objetivo mensurar a adesão à PrEP e o comportamento sexual dos adolescentes que faziam uso da profilaxia. O estudo ocorreu em 2013 durante 48 semanas com 200 adolescentes homens que fazem sexo com homens, com idade entre 18 e 22 anos, em 12 cidades dos EUA. Os resultados da pesquisa ajudaram a compreender como é o processo de oferta de PrEP para uma população mais jovem e com perfil de risco para infecção (HOSEK *et al.*, 2018). No quesito

segurança, o estudo afirmou que os participantes apresentaram efeitos adversos comuns nas primeiras semanas de uso da medicação, como náuseas e dor de cabeça. A pesquisa destacou que somente um adolescente, no decorrer das semanas de uso da profilaxia, teve evento renal (grau 1). Outro aspecto citado é a relação com os familiares, tendo um dos participantes sido coagido pelo seu pai a parar de tomar o comprimido para não ser expulso de casa (HOSEK et al., 2018), o que demonstra como é importante o diálogo por parte do profissional de saúde com os adolescentes, pois conflitos familiares são comuns e podem intervir negativamente na permanência de uso da PrEP. Ao se tratar da aderência, houve quedas ao longo do uso da profilaxia, sendo que, nas primeiras 12 semanas, 90% dos participantes apresentavam níveis de detecção do fármaco no organismo, enquanto que, em 24 semanas, somente 81% apresentaram níveis de detecção, e, em 48 semanas, o número caiu para 69%. Os motivos para não adesão variavam, sendo, por exemplo, esquecimento (28,5%), estar fora de casa (27,3%) e efeitos adversos (4,48%). Os adolescentes afro-americanos, ao longo de todo o estudo, sempre estiveram abaixo do uso mínimo da profilaxia (4 comprimidos por semana), tomando apenas duas doses por semana, o que os colocava em maior risco de infecção (HOSEK et al., 2018).

O estudo ATN 113, com adolescentes homens que fazem sexo com homens e idade de 15 a 17 anos, realizado em 6 cidades dos EUA, desvela resultados interessantes para se pensar sobre o uso da PrEP nos menores de idade. Esse estudo ocorreu entre agosto de 2013 e setembro de 2014, contando com 78 pessoas inseridas. Quanto aos aspectos relacionados aos efeitos adversos em adolescentes menores de idade, o estudo afirmou que não houve nenhuma manifestação no grupo estudado (HOSEK et al., 2017). No aspecto da vida sexual, a pesquisa relatou que, antes do início da PrEP, 19 ISTs foram diagnosticadas em 14 participantes. Durante as 48 semanas de acompanhamento dos adolescentes, somente 12 apresentaram algum tipo de IST e foram tratados e acompanhados ao longo da pesquisa (HOSEK et al., 2017). A aderência também demonstrou resultados importantes para se pensar na população menor de idade e o uso da PrEP. Ocorreram três soroconversões, e foi comprovado que os usos dos comprimidos eram menos de quatro doses por semana, o que os colocavam em risco de se infectarem. As barreiras para a adesão foram similares com aquelas encontradas no ATN 110, e os participantes apresentaram

justificativas como: estar fora de casa (32%), estar muito ocupado (28%), esquecimento (26%) e mudanças na rotina (18%) (HOSEK *et al.*, 2017).

A partir dos dados destacados, vale salientar a respeito do aumento da incidência de HIV nas gerações mais novas (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (BR), 2022; SPERHACKE *et al.*, 2018) e os poucos estudos que relacionam essa população com a temática HIV, sobretudo em países de média e baixa renda. O uso de aplicativos de sexo contribui para novas formas de se relacionar afetivo-sexualmente, resultando em uma mudança no comportamento sexual de adolescentes e jovens, dado que o acesso ao sexo está facilitado por meio de aplicativos digitais, como *Grindr*, *Hornet*, *Scruff* e outros.

Diante desse cenário, as Nações Unidas têm destacado a importância de erradicar, até 2030, as transmissões sexuais de HIV, pois já é compreendido como um problema de saúde pública. Além disso, há métodos preventivos que podem ser utilizados e que são identificados como fundamentais para a mitigação de novos casos de HIV como, por exemplo, a PrEP (UNITED NATIONS, 2015).

O contexto é preocupante e, por isso, surgem pesquisas financiadas pela OMS/UNITAID, na África do Sul e no Brasil, com o objetivo de evidenciar a dinâmica sexual dos jovens e adolescentes, bem como a relação com prevenção às ISTs para que haja incorporação da PrEP como uma medida de enfrentamento ao HIV nesse segmento social. Em decorrência do que foi abordado até o momento, em 2018, inicia-se em São Paulo, Salvador e Belo Horizonte o estudo PrEP1519, estudo de coorte que abarca 1.200 adolescentes e jovens, homens que fazem sexo com homens e mulheres trans e travestis, com objetivo de analisar a efetividade da PrEP e de avaliar estratégias virtuais e presenciais para criação de demanda, custo para incorporação no SUS, aceitabilidade e uso de autoteste (DOURADO *et al.*, 2023).

Estudos como esse viabilizam que as políticas públicas de HIV avancem e, em virtude dos dados obtidos, em 2022, houve incorporação da PrEP para pessoas acima de 15 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (BR), 2022). Além disso, o estudo é referência de inovação por consequência do uso de *chatbot*, uso de aplicativos de encontro para parceiros sexuais e afetivos, presença de educadores na criação de demanda e para promoção de vínculo e adesão dos adolescentes e jovens à PrEP (DOURADO *et al.*, 2023).

As informações compartilhadas mostram o quanto foi importante a expansão da PrEP, por exemplo, para o sistema único de saúde (SUS). Porém, os resultados mostram o quanto de cautela é preciso ter no acompanhamento de adolescentes e jovens com uso de PrEP. Para auxiliar nesse processo de acompanhamento, identifiquei como fundamental a inserção de um modelo esquemático para se pensar em quais etapas os profissionais de saúde devem se ater para auxiliar quem deseja fazer uso da PrEP. O modelo mencionado é conhecido como “*continuum* de cuidado de PrEP” (PARSONS *et al.*, 2017) e advém de um modelo anterior descrito como “*continuum* do cuidado do HIV” ou “cascata de cuidado do HIV” (GARDNER *et al.*, 2011; MCNAIRY; EL-SADR, 2014; PARSONS *et al.*, 2017).

De forma sucinta, ambos os modelos – seja direcionado para quem vive com HIV e está em vias de acessar os antirretrovirais ou para a pessoa que busca um método preventivo, por exemplo, PrEP –, têm como objetivo reconhecer quais são os fatores limitadores, barreiras, dificultadores para que seja consolidado o acesso ao(s) comprimido(s) desejado(s). Não somente no aspecto individual, mas os modelos conseguem contribuir na esfera macro ao se pensar no desempenho das ações e dos programas sobre prevenção e cuidado e em maneiras de superar as adversidades que repelem a efetivação do direito a cuidar da própria saúde (KELLEY *et al.*, 2015; MCNAIRY; EL-SADR, 2012, 2014; PARSONS *et al.*, 2017).

Os pesquisadores dessa temática vêm trabalhando para quantificar o número de etapas existentes para o acesso à PrEP, não havendo um consenso quanto a esse campo. Entretanto, já é reconhecido que esses períodos existem para o acesso da profilaxia pré-exposição e que isso é algo específico desse método preventivo, não sendo reconhecidos em outros. Das diversas possibilidades de estágio (KELLEY *et al.*, 2015; NUNN *et al.*, 2017), eu me aterei ao que reconhece nove momentos que estão subdivididos em três categorias: *conscientização*, *captação* e *adesão* (NUNN *et al.*, 2017).

As três categorias descritas têm subtópicos. **Conscientização:** a) identificação de pessoas com risco acrescido ao HIV; b) contribuição para o aumento da conscientização da possibilidade de infecção ao HIV por esse público; e c) melhora das informações sobre PrEP (por exemplo, qual a finalidade, efeitos adversos, modalidades de uso e outro) (NUNN *et al.*, 2017). **Captação:** a) facilitação do acesso à PrEP; b) prescrição da profilaxia; c) início da PrEP; e d) vinculação à PrEP e aos demais fluxos que contribuem para o cuidado sexual (NUNN *et al.*, 2017). **Adesão à**

PrEP: a) contribuição para o processo de adesão; e b) manutenção dos cuidados à PrEP (por exemplo, realização de testagem às IST, ida as consultas e outros) (NUNN *et al.*, 2017).

A ideia não é restringir a atuação do profissional de saúde somente a esse esquema, mas fazer com que se reconheça que o uso da profilaxia não está pautado somente na chegada ao serviço ou no acesso ao medicamento, havendo diversas camadas potencialmente atingidas por inúmeras adversidades que podem estar pautadas no campo individual (por exemplo, situação de desemprego e, conseqüentemente, falta de dinheiro para pagar a passagem do transporte público e chegar ao serviço), bem como em aspectos estruturais (por exemplo, no caso de adolescentes e jovens negros, o medo de sofrerem alguma violência no trajeto) ou ligados a más conduções técnicas do profissional de saúde (por exemplo, dizer que PrEP é para quem transa muito e desencorajar o sujeito a fazer uso da profilaxia para buscar métodos “tradicionais”).

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

Por sua vez, os aspectos **comportamentais** estão associados ao comportamento do sujeito para evitar experiências de risco¹² para infecção ao HIV. A intervenção comportamental tem como objetivo oferecer conhecimento e informação para tornar a pessoa apta a construir estratégias de enfrentamento ao HIV/aids e, conseqüentemente, administrar os diversos graus de risco que pode estar vivenciando nas suas práticas sexuais. Torna-se fundamental contribuir para que o indivíduo consiga reconhecer as cenas de risco que tem vivido nas suas experiências sexuais para que possa repensar quais mudanças comportamentais são importantes para mitigação da possibilidade de infecção (BRASIL, 2017a).

Para exemplificar as intervenções comportamentais, temos a promoção e ampliação do acesso ao preservativo externo e interno, o aconselhamento e a orientação sobre HIV/aids/ISTs, o incentivo à testagem e a distribuição de autoteste de HIV (BRASIL, 2017a). A realização dessas intervenções está ligada intimamente

¹² Nesta dissertação, tomei como definição de *risco* a ideia de probabilidade extraída do campo epidemiológico. Refere-se às chances de um indivíduo ou segmento social se infectar com determinada doença, morrer ou ter outra condição que afete a saúde em um período de tempo específico (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

com a atuação dos profissionais de saúde, pois eles se tornam facilitadores do acesso aos insumos, e também contribuem para as mudanças no imaginário social a respeito das ISTs e do HIV.

INTERVENÇÃO ESTRUTURAL

O terceiro eixo da prevenção combinada leva em consideração os moldes **estruturais** nos quais a sociedade está solidificada, como aspectos políticos, culturais, sociais e econômicos, para refletir como determinadas práticas afetam os riscos e a vulnerabilidade ao HIV por parte de determinados grupos sociais e sujeitos. As intervenções estruturais desejam combater questões como discriminação, preconceito, intolerância e estigma, pois esses fenômenos em intersecção resultam em alienação ou violação dos direitos à cidadania e à dignidade humana (BRASIL, 2017a).

Os aspectos estruturais questionam como os fenômenos sociais do racismo, da LGBTQIA+fobia, do machismo, do classismo, da sorofobia, do capacitismo, do etarismo e de outras opressões sociais operam para que a informação e o conhecimento sobre prevenção, acesso e permanência aos serviços de saúde sejam prejudicados, contribuindo para a infecção ao HIV.

Diversas políticas nacionais foram criadas com o intuito de promover cuidado integral e de compartilhar informações necessárias sobre determinadas populações existentes e suas especificidades. Dentre elas, há uma direcionada para o cuidado da população negra, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2017) (PNSIPN) (BRASIL, 2017b), para o combate ao racismo e a seus desdobramentos negativos no âmbito da saúde. A Política para população negra versa sobre temáticas importantes para o segmento como doenças e infecções mais comuns, barreiras e facilitadores para o acesso aos serviços de saúde, como a saúde da mulher negra, e uma das seções descreve a respeito do contexto de HIV/aids.

Apesar da importância da PNSIPN, críticas precisam ser tecidas em virtude da sua última atualização ter ocorrido em 2017 e, desde esse ano, novas discussões sobre a população negra emergiram, como, por exemplo, o colorismo (RIBEIRO, 2017) e racismo institucional (THEODORO, 2008), dois aspectos importantes para serem refletidos. O primeiro expande a categoria negro para além daqueles com pele escura, reconhecendo que há negros de pele clara, e destaca veementemente que o

racismo para uma pessoa negra de pele retinta e não retinta se manifesta de formas diferentes, ocasionando resultados também díspares, mas não menos devastadores.

Para exemplificar essa diferença no plano cotidiano, é comum relatos de pessoas negras de pele escura serem perseguidas no mercado por seguranças, pois sempre são tidas como possíveis assaltantes. Já pessoas negras de pele clara, muitas vezes, são negadas enquanto pessoas negras, ocorrendo um descrédito ou uma diminuição da sua luta ou “amenização” da sua cor com falas como “mas você não é escuro suficiente para ser preto” (RIBEIRO, 2017).

O racismo institucional (THEODORO, 2008) pode ser identificado como a replicação da hierarquia racial e do racismo sistêmico nas políticas públicas e, principalmente, nos serviços de atendimento. Ao não termos uma PNSIPN atualizada, o racismo perpetua a invisibilização de novas discussões, bem como desconsidera a evolução da pauta identitária racial.

A importância da atualização da PNSIPN para os profissionais de saúde é, justamente, para que ocorra uma expansão do cuidado integral de pessoas negras, reconhecendo que a cor da pele é um fator, em determinados casos, predominante para cenas de desqualificação. Existe uma urgência de expansão dessas discussões com pautas atuais ligadas a negritude para que a promoção à saúde integral de pessoas negras seja, de fato, efetivada nos serviços de saúde.

Para a população LGBTQIAP+, também foram construídas medidas públicas para um cuidado integral e para o combate à LGBQIAP+fobia, como o programa federal “Brasil sem homofobia”, que visou ao combate das discriminações contra a população LGBT (sigla utilizada na época). Apesar da importância dessa pauta em 2004, hoje ela pode ser revista e atualizada, pois a utilização da homofobia para caracterizar a transfobia vivida pela população trans demonstra a fragilidade das discussões sobre identidade de gênero na época.

Além disso, destaco a Portaria n.º 2.836/2011, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2012). A portaria abarca temas importantes para a comunidade LGBTQIAP+, como a expansão do processo transexualizador para pessoas trans e travestis, além da saúde mental e do reconhecimento da desigualdade de acesso aos serviços de saúde por pessoas LGBTQIAP+. Os objetivos específicos da portaria são a qualificação dos profissionais que realizam atendimento de pessoas LGBTQIAP+.

a garantia do processo transexualizador, a redução de substâncias psicoativas, a garantia de direitos sexuais e reprodutivos, entre outros.

Apesar dos esforços para construção de portarias e materiais informativos sobre o atendimento e cuidado integral de pessoas LGBTQIAP+, ainda é possível e comum se deparar com relatos de experiências de discriminação em virtude da identidade de gênero, orientação sexual e expressão de gênero em serviços de saúde, o que revela uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde de efetivar um atendimento acolhedor e não discriminatório.

Por fim, torna-se importante demonstrar um dos símbolos mais importantes no combate ao HIV, a mandala da prevenção (Figura II). A mandala converge as possibilidades para diminuição de vulnerabilidade para infecção e demonstra às pessoas quais recursos podem ser utilizados.

Figura II: Mandala de prevenção



Fonte: BRASIL (2022b).

Apesar da importância da mandala da prevenção, também é preciso pensar em determinados tópicos urgentes para uma ampliação eficaz da prevenção combinada no Brasil:

1. Os aspectos estruturais precisam ser levados efetivamente em consideração, pois os fenômenos discriminatórios operam para que o conhecimento de prevenção e acesso a ela sejam dificultados, principalmente para os grupos marginalizados;
2. Profissionais de saúde respeitem e estejam de acordo com o conhecimento científico como aspecto que deve prevalecer em todos os seus atendimentos, não permitindo que concepções pessoais adentrem os atendimentos;
3. A necessidade de atendimento personalizado para adolescentes e jovens, dadas as especificidades do público, não sendo tratados como adultos, mas reconhecendo a necessidade de um acompanhamento no qual aspectos sociais, familiares e outros sejam sempre levados em consideração;
4. Por fim, que haja uma intersecção das intervenções comportamentais, estruturais e biomédicas. Que as mesmas não sejam identificadas isoladamente, mas que profissionais de saúde, gestores e governantes reconheçam e coloquem em prática a junção dessas intenções para que se possa, de fato, haver uma expansão da prevenção ao HIV e a outras ISTs.

OBJETIVOS

A partir do texto construído e das leituras científicas realizadas sobre prevenção ao HIV em adolescentes em jovens, esta dissertação tem como objetivos:

1. Analisar como os sistemas de opressões sociais (racismo, classismo, homo/bifobia, capacitismo) operam nas etapas do *continuum* do cuidado da PrEP de adolescentes e jovens gays/bissexuais com idade entre 15 e 19 anos.
2. Compreender como ocorrem as experiências de oferta de PrEP por profissionais de saúde e o impacto dos sistemas de opressões sociais no cuidado ofertado em saúde sexual e prevenção ao HIV.

SEGUNDO COMPRIMIDO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE: COMPREENDENDO OS CONCEITOS

A partir dos encontros realizados com a professora Márcia, um questionamento feito por ela me instigou a escrever esta seção. Em uma das reuniões que tivemos, ao decorrer da minha fala sobre a construção da minha dissertação, a professora me surpreende com a seguinte indagação: “*O que é adolescência e juventude para você?*” Assumo que, no momento, não vi sentido em tal questionamento, pois tomava essas categorias como universais e inerentes a todos os indivíduos e sociedades. Entretanto, apesar dessas concepções, elas não foram suficientes para que eu formulasse uma resposta para a pergunta, tida por mim, naquele momento, como “simples de ser respondida”.

Atualmente, após leituras sobre a temática, acredito que a ausência de resposta tenha sido, primeiro, pelo baixo conhecimento sobre o assunto e, segundo, pelo reconhecimento da fragilidade se de tomar, de forma abrupta, adolescência e juventude como experiências comuns a todos.

Diante dessas duas justificativas, me dediquei a estudar sobre a historicidade desses conceitos. Apesar dos dias debruçados sobre a temática, não fiz de forma exaustiva, mas com o intuito de ajudar a mim mesmo e os leitores a conhecerem de qual lugar parti para pensar adolescência, juventude e as problematizações atuais acerca do assunto.

No final do século XIX, o conceito de adolescência é desenvolvido pela cultura ocidental e tem como berço o contexto do romantismo alemão (movimento cultural e literário que, ao longo do século XX, ganhou força na Europa) (ARIÈS, 1981). A ideia comum e mais disseminada do termo adolescência, apesar dos tensionamentos atuais quanto a essa concepção, é como fase do desenvolvimento humano natural a qualquer indivíduo. O sentido dessa concepção alude ao significado da palavra que, de acordo com o dicionário etimológico Larousse (PECHON, 1964), advém do latim *adulescens* ou *adolescens*, que significa “crescer”.

No francês antigo, o conceito *adolescente* (masculino) é encontrado no século XVIII; já a palavra no gênero feminino (*adolescente*), somente no século XV (COUTINHO, 2009). A explicação pode estar na Antiguidade Romana, pois os homens jovens tinham palavras que descreviam essa passagem de estágios da vida.

Por exemplo, o termo *adulescents* resguardava o intermédio entre dois momentos da vida dos homens: o *puer* (menino) e o *juvenis* (homem novo), diferente das meninas, que passavam da condição *puella* (menina) para *uxor* (esposa) (COUTINHO, 2009).

De acordo com Coutinho (2009), os estudos antropológicos foram essenciais para observações e questionamentos a respeito da concepção da adolescência como fase inata do desenvolvimento de qualquer ser humano. A autora descreve que determinados comportamentos típicos de adolescentes estavam presentes na cultura ocidental moderna, mas não em outros contextos socioculturais, bem como não eram exclusivos a uma determinada fase cronológica da vida de um indivíduo.

Em consonância com o pensamento anterior, pode-se refletir que a adolescência é um produto ocidental, bem como as características atribuídas a esse momento. Não é incomum que determinados comportamentos (irreverência, comodismo, rebeldia, entre outros, por exemplo) sejam relacionados ao segmento e, muitas vezes, identificados como “crise da adolescência”. Ao questionar as concepções e os sentidos atribuídos à adolescência, indago-me: será que a adolescência existe em todas as sociedades? Se sim, será que a adolescência ocorre da mesma maneira?

Para aplacar a minha angústia quanto a essas dúvidas, retomo Coutinho (2009), que descreve que a adolescência, como vivemos na cultura ocidental, é um produto nosso e que outras sociedades podem experimentar essa vivência de outra forma. Além disso, a autora reitera que esse momento da vida pode inexistir em outras culturas/contextos históricos.

Os ritos de passagem na sociedade são mais abrangentes do que se costuma entender e são relacionados a qualquer momento de mudança de vida, ainda mais se tiverem relação com o ganho de algum saber em determinado aspecto (COUTINHO, 2009). Os rituais passam por três fases: *separação*, *margem* e *agregação*. Nos rituais iniciais, momento similar à adolescência ocidental, a *separação* é quando os jovens são segregados do meio familiar e preparados para iniciação. Em seguida, a *margem*, fase na qual eles se submetem a provas para aquisição de saberes, como uma dança, uma língua ou algo valorizado na sociedade à qual pertencem e que não deve ser transmitido ainda aos não iniciados. Por fim, a *agregação*, quando são encobertos por um novo *status* social e retornam para a convivência com os demais (COUTINHO, 2009).

A partir dessas reflexões antropológicas sobre os rituais de passagem, pode-se afirmar que a adolescência compreendida como fase de conflitos e crítica é uma atribuição da sociedade ocidental. Nas outras civilizações, não se há adolescência, mas uma transição de um *status* social com o intuito de ocupar uma nova fase em que a maturidade é identificada como uma característica de destaque.

Salienta-se, ao estudar os ritos de passagem, que esse momento da vida, identificado pelos ocidentais como adolescência, tem uma proximidade dos adultos com os jovens no intuito de ajudá-los nesse processo de mudança de *status* social. Diferente do que se identifica nas sociedades contemporâneas em que o adolescente passa por esse processo, muitas vezes, isoladamente e não tem apoio de familiares e instituições que os auxiliem a lidar com as mudanças decorrentes desse processo de vida (CALLIGARIS, 2000; COUTINHO, 2009).

Bourdieu (2019) destaca essa exclusão da adolescência em seu livro “Questões de Sociologia”, no qual, ao descrever o processo histórico desse segmento no século XIX, principalmente na zona rural, salienta que os adolescentes são colocados em uma posição de exclusão em relação ao meio onde vivem e que constroem sentidos sobre o “ser adolescente”.

No Brasil, o termo adolescência é mais utilizado a partir da década de 1980. Sua construção tem relação íntima com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (FREITAS, 2005) e tem sido material de estudo da pedagogia e da psicologia, pensado como uma fase de transição para a vida adulta; já a juventude, no campo da sociologia, é vista como o intervalo entre infância e vida adulta (GROPPO, 2000).

Após essa breve contextualização histórica sobre a adolescência e as mudanças, no decorrer do tempo, dos sentidos e das compreensões sobre o termo, identifiquei, agora, a necessidade de pensar sobre a *juventude*. Durante o processo de leitura sobre a temática, identifiquei similaridades desse termo com o sentido dado à adolescência. A leitura inicial para refletir sobre juventude foi indicada pela professora Ivia Maksud na minha qualificação, que me auxiliou grandemente nessa empreitada sobre a conceituação do termo: o texto de Bourdieu (2019), intitulado “A juventude é apenas uma palavra”.

O autor destaca em seu texto que a categoria *juventude*, assim como a *velhice* e a *adulterez*, não está circunscrita apenas nos limites etários, mas também nas representações simbólicas oriundas das sociedades nas quais o segmento está inserido (BOURDIEU, 2019; GROPPPO, 2000). A juventude é compreendida como

uma categoria social por consequência de expressar uma representação sociocultural e uma situação social da sociedade que atribui significados a esses jovens. Groppo (2000) descreveu a juventude como uma concepção:

A juventude é uma concepção, representação ou criação simbólica fabricada pelos grupos sociais ou pelos próprios indivíduos tidos como jovens, para significar uma série de comportamento e atitudes a ela atribuídos. Ao mesmo tempo, é uma situação vivida em comum em comum por certos indivíduos. (GROPPO, 2000 p. 8).

De acordo com Groppo (2000), dois elementos podem ser utilizados na definição da juventude: a *faixa etária* e os *aspectos socioculturais*. Para ele, ambos são essenciais na reflexão dessa categoria social que, frisando, não se limita somente ao fator etário. O primeiro elemento refere-se à puberdade e às mudanças corporais provenientes desse momento. O segundo está relacionado às atitudes, aos comportamentos, às experiências de vida, enfim, os marcos de início e fim desse período de acordo com o sistema econômico e sociocultural atuante. Logo, a juventude não está ligada somente à idade, mas também aos contextos sociais e culturais.

Para além das questões contextuais, determinadas características também constroem a particularidade no viver dos jovens, como, por exemplo, o gênero, o grupo étnico, a classe social, o local de moradia, entre outros (GROPPO, 2000). Por isso a reflexão sobre a necessidade de pluralizar a palavra “juventude” para “juventudes” é importante, já que leva em consideração aspectos individuais segundo a diversidade de experiências nesse momento transitório da vida, não somente em comparação com adultos e crianças, mas também em relação a outros grupos juvenis que podem vivê-la de diferentes maneiras (GROPPO, 2000).

As ciências médicas, psicologia/psicanálise/pedagogia e sociologia são capazes de olhar para o fenômeno da juventude de formas diferentes, mas ainda relevantes para compreensão dessa categoria social. Para as ciências médicas a juventude está relacionada à puberdade, interligando as mudanças corporais que configuram uma maturação dos aspectos físicos. Na psicologia, na psicanálise e na pedagogia, a juventude está ancorada na ideia de mudanças no comportamento e na personalidade do sujeito em processo de alcançar a vida adulta. Por fim, na

sociologia, o termo pauta-se nas funções sociais entre a infância e a vida adulta, envolvendo o papel desempenhado por essa pessoa na sociedade (GROPPO, 2000).

Em seus escritos, Margulis e Urresti (2008) salientam elementos importantes para a categoria *juventude*, sendo a *moratória social* e a *moratória vital*. Como moratória social, compreende-se o tempo que o sujeito está longe das responsabilidades de adulto, apesar de estar se preparando para realizá-las. Já a moratória vital é o excesso de energia, a sensação de invulnerabilidade e a relação de distanciamento da morte, como se não fosse possível ser atingido. Apesar da importância desses dois conceitos, esses aspectos não devem ser tomados como regras e aplicados a todos os jovens, pois isso descaracterizaria o que venho tentando expor das leituras realizadas sobre a temática, tanto da adolescência quanto da juventude, como categorias individuais a cada momento histórico e social.

A experiência da juventude não deve estar interligada a essa concepção simplista de preparação da vida adulta, como se o jovem tivesse como exclusiva finalidade alcançar o universo adulto e não passasse por questões individuais durante a juventude (FREITAS, 2005). Do mesmo modo, não se deve limitar essa categoria social a uma mera fase transitória, pois, como descreve Groppo (2000), a juventude também é uma situação social de extrema diversidade pelo marcador geração, porém pode se complexificar ainda mais ao interseccionar com classe, cor de pele, gênero e outros para construção da individualidade e de desfechos diversos sobre esse período da vida.

A partir dessa contextualização a respeito de ambas as categorias sociais (adolescentes e jovens) nesta dissertação, dadas as similaridades que ambos os conceitos carregam, adotarei os dois para me referir aos entrevistados do meu objeto de pesquisa. As elaborações finais desta seção caminham para um novo trilhar de reflexões, pois permitem pensar como os marcadores sociais da diferença operam nas experiências desses adolescentes e jovens no cotidiano.

MASCULINIDADES E INTERSECCIONALIDADE

Em 2019, iniciei a minha aproximação com os estudos sobre interseccionalidade a partir do convite da professora Marcia para compor o seu grupo de estudos sobre Saúde, Interseccionalidade e Marcadores Sociais da Diferença

(SIMAS)¹³, que reúne orientandos e ex-orientandos da professora, além de alunos e professores do departamento de saúde coletiva da FMUSP e de alunos e professores convidados de outros programas de pós-graduação.

No grupo ocorrem as mais diversas discussões sobre livros, artigos e outras publicações que abarquem as temáticas envolvendo interseccionalidade, saúde e marcadores sociais. A minha participação e a troca com outros docentes e discentes foi essencial para a ampliação sobre o conceito, tanto no aspecto acadêmico, quanto para reconhecimento dos atravessamentos dos marcadores sociais na minha experiência e nos contextos que vivencio, incluindo minha atuação no estudo PrEP1519.

Apesar do meu conhecimento sobre interseccionalidade ter iniciado no grupo de estudo, é inegável que ser um homem preto, gay e com expressão de gênero não normativa me permite contato diferenciado e íntimo com os conteúdos sobre interseccionalidade e masculinidades. Ainda que eu preserve a vigilância epistemológica como norteadora da minha atuação como pesquisador (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1999), os marcadores que me constituem me auxiliam a observar de forma íntima os tensionamentos e reflexões expressos pelas leituras realizadas ao longo do meu percurso acadêmico.

De forma breve, apenas para elucidar o que será destrinchado ao longo deste texto, as **masculinidades**, neste trabalho, são tomadas de forma articulada com o conceito de gênero enquanto construção social. A **interseccionalidade**, como lente analítica e ferramenta metodológica para compreensão dos entraves sociais a partir das categorias de diferenciação social (classe, gênero, geração, cor da pele e outros), propõe e opera o não estabelecimento de hierarquização entre os marcadores sociais, primando pelo reconhecimento da intersecção entre eles na produção de experiências singulares na vida das pessoas.

As sociedades classificaram homens e mulheres de formas diferentes ao longo da história. As concepções ocidentais sobre a distinção entre esses dois gêneros e o desenvolvimento dos seus sexos se ancoram nas construções filosóficas da Antiguidade (PINHEIRO; COUTO, 2008). Na cultura grega, acreditava-se que o desenvolvimento da genitália era em decorrência da absorção solar: os homens, por

¹³ Grupo de Estudos Saúde, Interseccionalidade e Marcadores sociais da diferença. Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/372672>. Acesso em: 24 ago. 2023.

terem recebido mais calor no período gestacional, tiveram seus órgãos exteriorizados, diferentes das mulheres, que, por ausência desse calor, tiveram seus órgãos genitais concebidos internamente (LAQUEUR, 2001).

Ao longo do tempo, outras concepções tomaram o discurso e destacaram diferenças entre homens e mulheres. No século XVIII, o modelo biomédico ganhou força e a sua concepção basal – divisão cartesiana corpo/mente – também. O corpo era identificado como uma máquina que necessitava de investigação e compreensão completa sobre o seu funcionamento; sendo assim, médicos se responsabilizaram por analisar e conhecer esse corpo, o que, na concepção de alguns profissionais, justifica o discurso do saber médico hegemônico que acredita ter capacidade de se responsabilizar unicamente pela definição de saúde, diagnóstico, prevenção e cura das enfermidades (PINHEIRO; COUTO, 2008)

No século XIX, o corpo masculino carregava atribuições de sentido ligadas à completude e à força, enquanto o feminino ocupava lugar oposto, restrito à ideia de incompletude e de fragilidade. Nessa lógica, o corpo da mulher torna-se objeto de medicalização, e as justificativas se ancoram, em um primeiro momento, na construção histórica desses corpos e dos significados impostos a eles; o corpo feminino é tido como algo que precisa ser contido e regulado; de beleza natural e para fins de procriação, mas não de prazer próprio (PINHEIRO; COUTO, 2008; ROHDEN, 2001). Num segundo momento, as mulheres que não cumpriam as expectativas sociais, como, por exemplo, obediência ao marido, eram identificadas como transgressoras por expressarem suas indignações com a subserviência exigida; não à toa, com os avanços das ciências biomédicas, “adoecimentos femininos” ganharam notoriedade, como a ninfomania e a histeria, pois a emancipação feminina perturbava a ordem patriarcal (GOMES, 2008; ROHDEN, 2001). Já num terceiro momento, devido à nova ordem capitalista, mulheres ganharam destaque em espaços antes não pensados para elas, como o trabalho, a política e em outras esferas, o que colocava à prova a estrutura burguesa e soberana dos homens (PINHEIRO; COUTO, 2008).

No final do século XX, as problematizações refletidas e propagadas sobre o papel das mulheres em diversas esferas da sociedade foram incorporadas nas instituições acadêmicas europeias e norte-americanas. O objetivo dessa inserção era desnaturalizar as desigualdades oriundas das diferenças entre homens e mulheres (PINHEIRO; COUTO, 2008). A partir da inserção dos pensamentos e da teoria feminista nos espaços acadêmicos, a apropriação do termo “gênero” passa a

incorporar os currículos para superar a concepção reducionista de “estudos sobre mulheres”. Os estudos sobre gênero subvertem o determinismo biológico e atribui notoriedade à construção histórico-cultural sobre a categoria *homem* e *mulher* e sobre as relações sociais emergentes dessas atribuições de sentido, gerando diferenças e/ou desigualdades no campo histórico-social (PINHEIRO; COUTO, 2008).

Com a inserção dos estudos feministas nas universidades e as reflexões geradas, o termo *masculinidades* surge em decorrência dos estudos sobre gênero e como um campo de investigação específico dessa área. Como apontado por estudiosos do tema, as produções de conhecimento sobre masculinidade se caracterizam da seguinte forma:

[...] estudos de masculinidades são aqueles que, embora desenvolvam reflexões específicas ao masculino, compreendem-se como tributários do campo teórico e metodológico da perspectiva de gênero feminista, construída fortemente como comparativa, histórica e construtivista” (COUTO; UNSAIN, 2022, p 38).

De acordo com Connell (1995, p. 35), “[...] a masculinidade é ao mesmo tempo a posição nas relações de gênero, as práticas pelas quais os homens e as mulheres se comprometem com essas posições de gênero e os efeitos destas práticas na existência corporal, na personalidade e na cultura”. A definição do termo está atrelada às expectativas sociais construídas a respeito de expressões, comportamento, crenças e interação social direcionada aos homens, que também estão inseridos em uma determinada cultura de um período histórico (COUTO; UNSAIN, 2022)

Apesar da importância dos estudos sobre masculinidades, Connell transborda em suas produções acadêmicas a categoria gênero e convida a refletirmos sobre o fato de que nos debruçar apenas nesse marcador social não é suficiente para compreensão das complexidades das masculinidades, destacando a importância da intersecção com cor da pele/raça, geração, sexualidade e classe social. A autora, em suas palavras, descreve da seguinte forma: “[...] para entender gênero, então, devemos ir constantemente além do próprio gênero. O mesmo se aplica inversamente. Não podemos entender nem classe, nem raça ou desigualdade global sem considerar constantemente gênero” (CONNELL, 1995, p35).

Diante dessa necessidade de expansão da compreensão do gênero para além do termo, a autora resgata a importância de se trabalhar com as relações de poder entre os homens por meio de duas concepções importantes de sua obra: *masculinidades hegemônicas* e *masculinidades subordinadas*.

A origem do termo *masculinidades hegemônicas* foi proposto em um estudo a respeito das desigualdades sociais nas escolas australianas. O objetivo era compreender a construção e as experiências dos corpos dos homens nesses espaços de sociabilidade. Os resultados do estudo destacaram a existência de múltiplas hierarquias entre os homens, tanto por consequência da expressão de gênero, quanto de classe social (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Os resultados descritos permitiram reconhecer essa hierarquização em diversas relações entre os homens. A diferenciação entre os homens heterossexuais e homossexuais é uma delas. As violências e o preconceito vividos pelos homens gays desvelam uma discrepância social entre os dois segmentos (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). A mesma pensadora denota masculinidades hegemônicas da seguinte forma: “*A masculinidade hegemônica foi entendida como um padrão de práticas (i.e., coisas feitas, não apenas uma série de papéis ou uma identidade) que possibilitou a dominação dos homens sobre as mulheres continuasse*” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 245).

Em consonância com a ideia anterior Gomes (2008) sintetiza as concepções basais interseccionadas à masculinidade hegemônica, expandindo-as para além da configuração de dominação feminina: 1. Não há relação direta com as pessoas economicamente abastadas, e sim com um tipo idealizado de masculinidade; 2. Está circunscrita na concepção de superioridade masculina pregada pelo patriarcado; 3. Considera uma análise estrutural, e não somente individual, importante intersecção com outros marcadores; 4. Naturaliza a hierarquia de gênero (mulheres subalternas aos homens); 5. Não é fixa ou perpétua e, sendo assim, se adequa à cultura e à situação contextual vigente; 6. É um sistema de opressão conquistado, não passado de indivíduo para outro.

Em contrapartida, as masculinidades subordinadas são aquelas que desfrutam parcialmente do privilégio de serem homens, pois há uma masculinidade dominante (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013) que não está vinculada somente ao gênero, mas também a uma cor de pele, classe social e identidade de gênero específica. As características descritas contribuem para o pensamento de superioridade dos

homens que se relacionam com a masculinidade hegemônica, e constrói a falsa ideia de que são inabaláveis, expondo a negligências quanto à própria saúde e ao próprio cuidado (GOMES, 2008).

Para a expansão do entendimento das experiências de masculinidades, é necessário, como já posto, ir além do gênero. A articulação dos marcadores sociais de diferença (classe social, gênero, cor da pele/raça, sexualidade, geração, por exemplo), também chamados de categorias de diferenciação social, é essencial para a compreensão da produção dos processos de opressão e dominação, sendo a interseccionalidade uma possibilidade conceitual e metodológica que questiona as interações relacionais por uma perspectiva individual e estrutural (DHAMOON, 2011).

A interseccionalidade é um termo cunhado em 1989 pela advogada e feminista negra estadunidense Kimberle Creschaw após defender mulheres negras que haviam sido discriminadas pela empresa General Motors nos EUA. A pensadora cunha o conceito com o objetivo de “[...] *capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação [...]*” (CRENSHAW, 2002, p. 177). Após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, em Durban, na África do Sul, em 2001, o termo se destaca e ganha extrema popularidade acadêmica, o que é reconhecido como importante para a propagação de uma compreensão mais ampliada a respeito das discriminações; entretanto, com o risco de sofrer um esvaziamento do seu real significado (AKOTIRENE, 2021).

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórica e metodológica para aspectos indissociáveis, como o racismo estrutural, o cisheteropatriarcado e o capitalismo, produtores de desigualdade social que inserem grupos populacionais (como mulheres negras, que são atingidas pela intersecção de classe, gênero e raça) em lugares de subalternidade, sendo vistos como desviantes, a partir de uma lógica hegemônica sobre quem são os indivíduos valorizáveis (AKOTIRENE, 2021).

Apesar do compartilhamento sobre a conceituação da interseccionalidade, outros autores(as), tal qual a própria Kimberle Creschaw, consideram que, anterior à formulação desse conceito, já se havia uma preocupação de outras mulheres negras em articular eixos e categorias de diferença social (AKOTIRENE, 2021; BRAH;

PHOENIX, 2004), sendo impossível descartar as escrituras¹⁴ de pensadoras negras como Conceição Evaristo ou Lélia Gonzáles, pelo simples fato de o termo *interseccionalidade* ainda não ter sido cunhado quando discutiam sobre o tema.

A intersecção entre marcadores sociais da diferença e saúde é recente, sobretudo em estudos que trabalhem com ambos os conceitos (COUTO; UNSAIN, 2022). Apesar dos avanços dos estudos na última década, ainda pode-se notar uma fragilidade conceitual, além da necessidade de desenvolvimento teórico mais elaborado sobre sexo, corporificação, equidade, igualdade e gênero (COUTO; UNSAIN, 2022). As autoras destacam que, ao se ter um rigor conceitual elevado quanto a esses conceitos, as pesquisas são aprimoradas, pois melhoram a comunicação entre pesquisadores das grandes áreas, como da Saúde, além de estreitar laços com as Ciências Sociais (HANKIVSKY, 2012).

Hankivky (2012) descreve a importância e o poder da interseccionalidade nas pesquisas sobre gênero e saúde. O termo é potente para rever os modelos e métodos de pesquisa, assim como políticas e práticas de saúde (COUTO; UNSAIN, 2022). Porém, a autora destaca algo essencial para quem se interessa em utilizar a interseccionalidade como metodologia no campo da saúde: trata-se da inviabilidade de se eleger, dentre os marcadores sociais, o gênero como protagonista em relação aos outros. A interseccionalidade é como uma ferramenta que auxilia nas análises, mas não há um marcador social que seja, de início, principal. Elencar gênero como o marcador norteador pode resultar na falência dos estudos sobre homens, mulheres e saúde por limitar as suas experiências a uma única categoria (COUTO; UNSAIN, 2022; HANKIVSKY, 2012). Não é sobre atribuir o mesmo peso para todos os marcadores para que assim permaneçam valorizados de forma igual, e sim sobre reconhecer que a intersecção entre eles constrói uma lógica complexa sobre exclusão e dominação social (HANKIVSKY, 2012). Existe importante urgência dessa interação entre os marcadores sociais da diferença, das masculinidades e da saúde, visto que a articulação das masculinidades com outros marcadores sociais, para além do gênero, enriquecem as elaborações e os resultados dos estudos.

¹⁴ Termo cunhado pela escritora negra Conceição Evaristo: “Escrever significa, nesse sentido, contar histórias absolutamente particulares, mas que remetem a outras experiências coletivizadas, uma vez que se compreende existir um comum constituinte entre autor/a e protagonista, quer seja por características compartilhadas através de marcadores sociais, quer seja pela experiência vivenciada, ainda que de posições distintas” (SOARES; MACHADO, 2017, p. 206).

Sendo assim, cabe ressaltar a respeito da epidemia do HIV e do papel tanto dos homens adultos, quanto dos adolescentes e jovens atingidos pela epidemia. Como descrito ao longo desta dissertação, o segmento de homens gays adultos foi atingido severamente pela epidemia da aids a ponto de serem relacionados como dissipadores do vírus (PARKER; AGGLETON, 2001). As concepções dessa associação dificultaram a vida desse segmento, que sofria pelas mortes ocasionadas pela doença, mas também pelo processo de estigma e desvalorização tanto das suas práticas sexuais, como também das relações de afeto construídas (GOFFMAN, 2004; PARKER; AGGLETON, 2001).

No acontecimento histórico da epidemia, e a partir de uma lente que observa a confluência e articulação entre gênero e geração, é possível identificarmos novos sujeitos sendo atingidos pelo HIV, como, por exemplo, os jovens e adolescentes homossexuais. A relevância da lente analítica interseccional é desvelar como essas categorias interagem e trazem para a cena um novo segmento: as particularidades de suas expressões no contexto da epidemia.

Os fatores que contribuem para novas infecções de adolescentes e jovens não estão relacionados somente à ausência de práticas preventivas, mas também a fatores sociais que fomentam novas infecções do HIV. A heteronormatividade compulsória determina sobre haver apenas uma forma limitada de se viver a sexualidade, nesse caso, de maneira heterossexual, transformando as outras orientações sexuais em desviantes (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015). Ao passo que se constrói uma norma social que circunscreve a forma “correta” de se estar no mundo, adolescentes e jovens com orientação homossexual, bissexual e outras que se relacionam com homens são acometidos por culpa, o que pode ter relação com a homofobia internalizada (BLAIS; GERVAIS; HÉBERT, 2014), gerando isolamento social, depressão, suicídio e infecção às ISTs (STRONSKI HUWILER; REMAFEDI, 1998; TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012).

Em um estudo realizado com adolescentes e jovens gays e heterossexuais, quanto aos aspectos relacionados à homofobia intrafamiliar, não faltaram experiências de cenas de discriminação de pais e outros familiares, de descrédito ou de vergonha em relação à orientação sexual do filho. Na medida em que o acolhimento familiar é desnutrido, os adolescentes e jovens falam sobre laços de afetos com outros grupos, relacionam-se com outros meninos gays e veem-se, em

certa medida, reproduzindo práticas sexuais que sabem que os colocam em maior vulnerabilidade à infecção (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

Para me encaminhar para o final das minhas reflexões, nota-se que, ao se considerar as categorias de diferenciação social, as masculinidades ganham contextos diversos (COURTENAY, 2000). Evidenciar que o segmento dos adolescentes e jovens tem cores, situação econômica e expressão de gênero diferentes é reconhecer que essas diferenças devem ser consideradas no campo das políticas públicas respeitando as suas vulnerabilidades e individualidades (COUTO *et al.*, 2018; LEAL; KNAUTH; COUTO, 2015).

TERCEIRO COMPRIMIDO

METODOLOGIA

ESTUDO DEMONSTRATIVO PrEP1519

O Projeto Demonstrativo PrEP1519 é um estudo de coorte financiado pela Unitaid e apoiado pelo Ministério da Saúde. Está em campo desde janeiro de 2019 e foi desenvolvido em três capitais brasileiras – Salvador (BA), Belo Horizonte (BH) e São Paulo (SP) –, com o **objetivo geral** de estimar a efetividade da profilaxia pré-exposição (PrEP) na população que se autodeclara travesti ou mulher transexual (TrMT) ou homem cis que fazem sexo com homens (HSH), com idade entre 15 e 19 anos. Já os **objetivos secundários** são: 1. gerar conhecimento sobre os locais de sociabilidade e conhecer características dos adolescentes e jovens TrMT e HSH; 2. conhecer os equipamentos relacionados à saúde, à educação, ao lazer e a outros que pudessem contribuir para colaboração da promoção da prevenção combinada ao HIV; 3. analisar facilitadores, barreiras e aceitabilidade de diferentes estratégias de recrutamento para oferta de métodos preventivos ao HIV e a outras ISTs em intervenções comunitárias; 4. reconhecer facilitadores e barreiras para o acesso à PrEP por parte dos adolescentes e jovens HSH e TrMT; 5. estimar a prevalência de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C; 6. avaliar a aceitabilidade e o uso do autoteste; e 7. Avaliar o custo-efetividade da PrEP entre adolescentes HSH¹⁵.

Como utilizei somente os dados qualitativos de São Paulo, atendo-me a descrever de forma mais detalhada os aspectos metodológicos da pesquisa nesse sítio. A priori, a ideia era que os adolescentes e jovens inclusos no sítio de São Paulo fossem moradores ou frequentadores do território central da cidade¹⁶; porém, no decorrer dos atendimentos clínicos foi percebido pelos profissionais de saúde contratados que deveria ocorrer uma ampliação dos atendimentos para outros adolescentes e jovens que morassem em outras regiões e que tivessem acesso mínimo ao centro. Sendo assim, ocorreu uma alteração no fluxo de trabalho, sendo

¹⁵ As informações desta seção foram retiradas do projeto: Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e das estratégias de captação e vinculação para o HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais com risco substancial de infecção pelo HIV no Brasil (Estudo PrEP1519).

¹⁶ Utilizou-se como delimitação da região central a área descrita pela Coordenadoria Regional de Saúde do Centro da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/crs_sp_pr_munic.pdf. Acesso em: 11 jul. 2023.

expandido para todos os adolescentes e jovens que conseguissem cumprir com a aparição nas consultas, coletas dos exames e outras atividades propostas pelo projeto.

O Estudo PrEP1519 conteve, na sua primeira fase, seis componentes norteadores para o trabalho de todos da equipe, descritos como: 1. pesquisa formativa; 2. estratégias de captação e vinculação às estratégias de prevenção combinada, desenvolvidas na pesquisa; 3. estratégia de prevenção combinada para adolescentes com risco acrescido para infecção ao HIV e que não escolheram a PrEP; 4. avaliação do uso do autoteste para HIV; 5. estudo demonstrativo da efetividade da PrEP; e 6. incidência de HIV a partir dos dados de prevalência.

Os componentes eram norteadores para o trabalho dos profissionais de saúde, construção de fichas e instrumentos utilizados pela equipe, além do sistema (SISPREP) construído para armazenamento dos dados obtidos dos participantes. De forma breve, os componentes podem ser compreendidos a partir das seguintes definições:

Componente 1 – Pesquisa formativa: esse componente visou caracterizar e mapear os locais de sociabilidade dos participantes com perfil para a pesquisa PrEP1519, e foi útil para compreensão das experiências vividas por adolescentes e jovens HSH e TrMT. Também foi essencial para construção e planejamento de aspectos como, por exemplo, a organização do serviço distribuidor de PrEP (pensando no que deveria, na concepção dos adolescentes e jovens com perfil para a pesquisa, ter em um serviço de saúde voltado para esse segmento social) e para formação do corpo clínico dos profissionais contratados pela pesquisa para prestarem atendimento aos participantes.

O mapeamento ocorreu entre maio e setembro de 2018, buscando encontrar locais com alta circulação de pessoas com perfil para a pesquisa. O ambiente virtual foi utilizado como uma importante ferramenta de observação participante para conseguir consolidar os nomes dos espaços nos quais os adolescentes e jovens tinham interesse em estar. Em agosto de 2018 e janeiro 2019, pessoas com perfil para a pesquisa e frequentadoras dos espaços de socialização (bares, festas, parques) foram convidadas a serem informantes-chave e participarem dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas (MARTINS *et al.*, 2023).

Os grupos com meninos cisgêneros foram conduzidos por um pesquisador homem cisgênero, enquanto o grupo com as meninas trans e travestis foi conduzido por uma pesquisadora mulher cisgênero, ambos devidamente treinados. No total, ocorreu a participação, no componente formativo, de 22 adolescentes, em que cinco participaram tanto do grupo focal quanto das entrevistas individuais que ocorreram em salas privativas com duração de 90 até 120 minutos (MARTINS *et al.*, 2023).

O conteúdo das entrevistas versou sobre espaços de socialização, gênero/orientação sexual/identidade de gênero/expressão de gênero, vulnerabilidade ao HIV, discriminação, motivação para uso da PrEP e autoteste, bem como a percepção deles e delas para as estratégias traçadas pela pesquisa para serem utilizadas no recrutamento (MARTINS *et al.*, 2023).

A pesquisa formativa foi elemento importante para o início da pesquisa, sendo lembrada até hoje pelos profissionais que estão no estudo desde o início, e que costumavam, dentro das possibilidades, realizar contato com os pesquisadores qualitativos para obter informações provenientes dos grupos focais e entrevistas que pudessem auxiliar no processo de condução dos atendimentos com os participantes.

Componente 2 – Estratégias de captação e vinculação às estratégias de prevenção combinada desenvolvidas no projeto: foram divididas em três grandes áreas, tendo a primeira uma subdivisão.

2.1 Intervenções comunitárias: atuação em locais de sociabilidade ou em organizações não governamentais (ONGs), com atuação direta com adolescentes e jovens HSH e TrMT, com idade entre 15 e 19 anos, e abordagem ativa, por parte dos profissionais do projeto, para oferta de informações sobre prevenção ao HIV, PrEP, aconselhamento e testagem para HIV e outras ISTs.

2.1.1 Captação por oferta de informação, insumos de prevenção e testagem em locais de sociabilidade: ocorreram algumas tentativas de testagens em locais de sociabilidade durante o primeiro trimestre de 2019. Na época, a equipe de recrutamento era composta por quatro educadores pares homens cis e uma coordenadora de recrutamento, que utilizaram das informações obtidas nos grupos focais e entrevistas do componente formativo para traçarem a atuação do recrutamento nos locais de sociabilidade. Para realização das testagens houve uma aproximação com a ONG de HIV/aids BARONG, que emprestou a van para realização do aconselhamento, testagem e insumos preventivos. Infelizmente, os resultados não foram animadores,

pois as pessoas com perfil para o projeto não se interessavam ou se sentiam constrangidas em se aproximar, apesar da abordagem descontraída dos educadores pares da pesquisa. Em virtude desse cenário pouco promissor, as ações no Vão do MASP, na Rua Peixoto Gomide e na Praça Roosevelt não foram continuadas. Na época, a coordenadora de recrutamento registrava em um diário de campo essas experiências e compartilhava com a equipe em reunião; em virtude disso, foi possível resgatar esses acontecimentos.

2.1.2 Captação por aconselhamento em testagem em ONG: a ONG escolhida pelo projeto para atuação foi a Casa 1, que existe desde 2017 e atua como centro cultural, casa de acolhida e clínica social voltada para a comunidade LGBTQIAPN+ no centro da cidade de São Paulo. O trabalho do projeto na ONG iniciou-se em outubro de 2019 e contava com dois profissionais de saúde (um enfermeiro e um psicólogo), que prestavam assistência para retirada de dúvidas sobre PrEP, prevenção combinada ao HIV/ISTs, explicação sobre o projeto e agendamento de consulta de pessoas com perfil para ingressar no estudo e que moravam na ONG ou transitavam por ela. Apesar de o recrutamento ocorrer na Casa 1, os atendimentos eram realizados no serviço de saúde em que o projeto estava inserido, pois havia a necessidade de a PrEP ser prescrita exclusivamente por profissionais médicos. Ainda que houvesse inexpressividade dos dados quantitativos das pessoas captadas pela Casa 1, é imprescindível destacar que os sujeitos acessados por essa modalidade de recrutamento tinham perfil de risco acrescido ao HIV e outras vulnerabilidades, como ausência de moradia, ausência de emprego, uso prejudicial de substâncias psicoativas e falta de vínculo familiar, quando comparados com as pessoas acessadas pelo serviço de saúde do projeto.

2.2 **Captação por intervenções nas redes sociais:** em 2019, foram testadas diversas redes sociais, mas destaco que essa modalidade de recrutamento ganhou notoriedade com a chegada da pandemia em 2020, em virtude das restrições para que a população se mantivesse em casa. Em 2020, a equipe de recrutamento havia passado por mudanças e tinha, em sua composição, mulheres trans/travestis, um homem trans e homens cisgêneros. Cada educador(a) era responsável por uma plataforma digital, entre elas: Grindr, Scruff, Badoo, Hornet, Facebook e Instagram. Em virtude de o celular da pesquisa ser compartilhado pelos educadores e pelas educadoras, era comum o desaparecimento de conversas, o bloqueio de conta e outras adversidades que dificultavam o processo de recrutamento. Todos os perfis

eram fictícios e os(as) educadores(as) não eram estimulados(as) a usarem as contas pessoais. Todos(as) os(as) educadores(as), a princípio, trabalharam de casa, mas, posteriormente, foi solicitado que retornassem ao local de serviço de saúde da pesquisa, respeitando as devidas medidas de segurança necessárias para que não houvesse infecção pela COVID-19. A estratégia virtual precisou de inúmeras capacitações para os(as) educadores(as) par, pois era uma atuação inusitada para eles/elas, que conduziam os perfis dentro do aplicativo, como também para os usuários da plataforma que nunca haviam sido abordados nessas circunstâncias. No decorrer do tempo, com as melhorias do processo de trabalho e com o entendimento de quais tipos de abordagens e assuntos funcionavam para captação do público de interesse, foi possível reconhecer quais aplicativos deveriam se manter atuantes, sendo os escolhidos, a partir dos resultados, Instagram, Facebook e Grindr.

2.3 Captação por rede de saúde, escola e usuários de PrEP:

o trabalho de mapeamento resultou na construção de uma rede de referência e contratransferência entre determinados serviços de saúde e a instituição na qual o projeto estava inserido. Com as escolas, o recrutamento foi mais precário, devido à dificuldade de se falar sobre saúde sexual, ainda mais voltada para a população LGBTQIAPN+. Já nos serviços de saúde, a entrada foi menos dificultada, tendo ocorrido articulações, das quais eu participei, com gerentes de Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipes do consultório na rua, e até uma capacitação com agentes comunitários para que conhecessem o projeto, os métodos preventivos ao HIV e a outras ISTs. Apesar dos esforços dos profissionais, encaminhamentos de outras unidades para a que estávamos eram difíceis, sendo mais comum a aparição por demanda espontânea (por exemplo, o adolescente ou jovem buscou por testagem e descobriu que, na unidade, havia PrEP para menores de idade).

Com as diversas estratégias de recrutamento utilizadas no sítio de São Paulo entre janeiro de 2019 e março de 2021, 458 adolescentes e jovens travestis, mulheres trans e HSH foram recrutados, sendo 354 direcionados para o Braço PrEP e 104 para o Braço Não-PrEP¹⁷.

¹⁷ Os dados relacionados à quantidade de pessoas recrutadas em São Paulo e inseridas no componente 3 e 5 foram retirados do SISPREP (sistema criado para o Projeto PrEP1519).

Componente 3 – Estratégia de prevenção combinada para adolescentes e jovens com risco acrescido de HIV que não escolheram PrEP (Braço Não-PrEP): todos os adolescentes localizados pelas diversas estratégias de recrutamento e com risco acrescido para o HIV foram convidados para participação no projeto. No caso dos Não-PrEP, eles eram o segmento que não poderia utilizar a profilaxia em virtude de alguma questão clínica ou que não desejavam a ingestão do comprimido. Entretanto, apesar da escolha pelo não uso ou da impossibilidade de uso da PrEP, essa pessoa estava coberta por outros métodos, por exemplo: Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), teste rápido (no serviço), autoteste de HIV (retirada no projeto), preservativo externo/interno e tratamento de ISTs.

Para os casos dos adolescentes e jovens que não estavam fazendo uso da profilaxia por uma questão de escolha, era explicado que a mudança de componente era facultativa, podendo ocorrer alteração quando desejado, deixando o componente 3 e migrando para o componente 5 (uso de PrEP).

O Braço Não-PrEP era bastante trabalhoso, pois, muitas vezes, era difícil realizar o acompanhamento desses adolescentes e jovens que não tinham a necessidade frequente de estar no serviço de saúde, já que não havia compromisso de retirada de medicação, a não ser que houvesse alguma exposição ou para busca de métodos e estratégias preventivas. Se não houvesse esse cenário, esse grupo ficava meses sem comparecer na unidade, o que dificultava a vinculação, que ficava restrita ao virtual (ligação e mensagens).

Componente 4 – Estudo de avaliação de autoteste: ocorreram ofertas do autoteste por meio de três modalidades. **1. Captação por oferta de informação, insumos de prevenção e testagem em locais de sociabilidade:** os insumos foram ofertados pelos educadores pares nos locais de sociabilidade para as pessoas com perfil, bem como para os parceiros sexuais, com finalidade de vincular essas pessoas à pesquisa. Caso a pessoa desejasse, ela poderia fazer a retirada no serviço, independentemente de ser participante ou não (mas cumprindo os requisitos de perfil). **2. Promoção do diagnóstico e apoio a estratégias preventivas:** a retirada do kit por meio de plataformas digitais, por exemplo, Instagram. A pessoa acessava um link, preenchia e recebia um kit preventivo em casa, sem PrEP (em virtude da necessidade da realização de protocolo clínico e exames iniciais), mas com preservativos externos/internos, gel lubrificante e autoteste. **3. Monitoramento da**

infecção pelo HIV: As pessoas que não escolheram iniciar PrEP (componente 3) eram convidadas a retirar o autoteste no serviço ou em ações de testagem do projeto. A ideia era facilitar a vida do participante, não o obrigando a vir ao serviço de saúde para realizar a testagem, mas podendo acessar o insumo em locais de sociabilidade e realizar depois em um ambiente onde se sentisse seguro. A equipe de saúde do projeto sempre se colocava à disposição para contato por mensagem ou ligação caso surgissem dúvidas ou o caso o resultado do autoteste de HIV fosse reagente (positivo).

Componente 5 – Estudo demonstrativo da efetividade da PrEP: a distribuição de PrEP, na fase inicial do estudo, ocorreu em um Centro de Testagem e Aconselhamento no centro da cidade de São Paulo, conhecido como CTA HENFIL. A instituição é vinculada à Secretaria da Saúde e foi o primeiro CTA inaugurado na cidade de São Paulo, fazendo uma homenagem ao cartunista Henrique de Souza Filho, apelidado como Henfil, que faleceu em virtude da aids em 1988. No ano de 2017, esse serviço de testagem e aconselhamento realizou 12 mil sorologias com taxa de positividade para 4,8%¹⁸. Além disso, realiza testes de HIV, sífilis, hepatite B e C. Grande parte das pessoas atendidas nesse serviço são homens que fazem sexo com homens (HSH) (75%), dos quais 4% (250 pessoas) são adolescentes. O serviço conta com aconselhores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionista e profissionais administrativos. Para a atuação do projeto no serviço, houve reestruturação física para que a unidade ficasse mais acolhedora para os adolescentes e jovens. No decorrer da pesquisa, o ambiente físico foi elogiado diversas vezes pelos usuários do serviço, independentemente do perfil para a pesquisa.

No decorrer do recrutamento, os educadores direcionavam as pessoas captadas para o CTA Henfil e, lá, realizavam a recepção desse(a) novo(a) participante. O fluxo clínico de atendimento dos participantes será contemplado nesta dissertação nos resultados dos profissionais de saúde. Aqui, cabe dizer que todos(as)

¹⁸ Dados retirados do “Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e das estratégias de captação e vinculação para o HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais com risco substancial de infecção pelo HIV no Brasil (Estudo PrEP1519)”.

¹⁸ Utilizou-se como delimitação da região.

os(as) participantes eram informados(as) dos benefícios e acompanhamentos disponíveis, caso necessitassem da equipe do projeto.

Componente 6 – Estimação da incidência de HIV a partir de dados de prevalência: Todas as pessoas agendadas para a primeira consulta eram submetidas à realização da testagem de HIV ao chegarem ao CTA HENFIL. Caso o resultado fosse positivo, elas eram encaminhadas para tratamento em algum Serviço de Assistência Especializado (SAE) do município. Apesar de o fluxo de atendimento de pessoas com HIV ocorrer em até 15 dias, foram encontradas algumas dificuldades em determinados serviços do município para que o tratamento ocorresse de forma imediata e, por isso, o projeto permanecia ofertando os antirretrovirais para essa pessoa recém-diagnosticada, até que ela conseguisse passar na primeira consulta no serviço escolhido por ela.

PROJETO DE VINCULAÇÃO PREP1519: PESQUISA QUALITATIVA

As informações desta seção foram retiradas do Relatório Científico realizado após finalização das entrevistas e análise das experiências compartilhadas pelos adolescentes, jovens e profissionais de saúde, bem como das reuniões realizadas no âmbito do projeto. O relatório científico foi escrito pelos pesquisadores que compuseram a equipe qualitativa do Estudo PrEP1519 em Salvador e em São Paulo.

Entre o final de 2018 e o início de 2019, realizaram-se encontros remotos entre os sítios participantes da pesquisa qualitativa (São Paulo e Salvador) para tomada de decisões, construção do cronograma de trabalho e início do protocolo. A escolha pelo mês de agosto de 2019 para iniciar a pesquisa qualitativa se deu em consequência de já haver 7 meses desde que o projeto demonstrativo estava em percurso, já contendo perfis diversos de participantes para realização das entrevistas semiestruturadas.

Realizou-se, em junho de 2019, uma oficina na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) de quatro dias com equipes de São Paulo e Salvador, visando, agora de forma presencial, os ajustes no roteiro das entrevistas e na agenda, além do interesse nas publicações. Em virtude da minha atração pelo campo qualitativo, fui convidado pela professora Eliana Zucchi a participar da oficina,

que foi bastante proveitosa para me apropriar da elaboração de um protocolo qualitativo.

Apesar do meu interesse pela pesquisa qualitativa, não entrevistei nenhum dos participantes ou profissionais de saúde. Os pesquisadores e as pesquisadoras responsáveis pela condução das entrevistas tinham experiência nesse campo e, ainda assim, foram devidamente treinados e treinadas para execução do trabalho. Com as participantes TrMT, as responsáveis foram as pesquisadoras Isa Sorrentino e Paola Alves. Para realização das entrevistas com os HSH, o pesquisador foi Luís Fábio Alves, enquanto a pesquisadora Ayra Rodrigues conduziu com os profissionais de saúde.

A respeito dos aspectos éticos, o protocolo do Estudo PrEP1519 foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo *status* aprovado por meio do Parecer 3.082.360 (Anexo A). O Estudo PrEP1519 também atendeu às resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (466/2012 e 510/2016). Todos os participantes maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Anexo B). Mediante autorização judicial, adolescentes com idade entre 15 e 17 anos participaram do estudo com assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

ENTREVISTAS COM OS PARTICIPANTES HSH

A coleta de dados de São Paulo ocorreu em três fases e, inicialmente, com o segmento HSH.

Fase I: entrevista com adolescentes e jovens dos braços PrEP (participantes da pesquisa com uso da profilaxia), Não-PrEP (participantes da pesquisa, mas que optaram pelo não uso da profilaxia) e Incidência (participantes que se descobriram HIV+ na primeira testagem com o projeto).

Fase II: entrevista com adolescentes e jovens, alguns já entrevistados na primeira etapa, com o objetivo de compreender o contexto da pandemia de COVID-19 e as repercussões na vida dos entrevistados.

Fase III: entrevista com adolescentes e jovens abordados pelas diversas estratégias de recrutamento, mas não inseridos em algum braço da pesquisa (PrEP, Não-PrEP e Incidência).

A primeira etapa iniciou-se em agosto de 2019. Os pesquisadores qualitativos realizaram contato com os profissionais de saúde da pesquisa para que indicassem participantes em períodos diversos no projeto para serem entrevistados. Em relação aos participantes do braço PrEP, acordou-se que as entrevistas seriam feitas com indivíduos que estivessem sendo acompanhados há mais de um mês.

Na fase I, foram identificados e convidados 49 participantes e realizadas 26 entrevistas. A equipe de saúde do projeto PrEP1519 ficou responsável por realizar o primeiro contato, dado o vínculo com os participantes, e por explicar, brevemente, sobre a entrevista qualitativa, avisando que um pesquisador do projeto faria contato para agendar data, local e hora para entrevista. Os contatos telefônicos só eram compartilhados com os entrevistadores mediante a autorização do participante. O meu contato de maior proximidade ocorreu com o pesquisador Fábio, pois estava direcionado a entrevistar os HSH, grupo com o qual eu tinha grande familiaridade e que respondia com frequência; por isso, precisávamos nos manter em constante interação.

O roteiro das entrevistas para os HSH em uso de PrEP explorou diversos aspectos dos entrevistados. Inicialmente, características quanto à constituição dos sujeitos (geração, raça/cor, gênero/orientação sexual, situação econômica, por exemplo), chegada até o Projeto PrEP1519 (estratégia, contexto, percurso), motivações para participar da pesquisa (interesse, características pessoais que facilitaram ou dificultaram o início na pesquisa), motivações para continuar no projeto, experiência do uso da PrEP, revelação sobre uso da PrEP, mudanças ou não da vida sexual, entre outros aspectos. O roteiro das entrevistas com HSH pode ser visto no Anexo C.

As recusas da fase I ocorreram por meio de mensagens e ligações não respondidas, e aconteceram, grande parte das vezes, por participantes que apresentaram alguma dificuldade para aderir à PrEP e comparecer às consultas. O não interesse tinha aspectos diversos, passando por questões familiares, não interesse e outras motivações. Na Figura III, está a lista de pessoas entrevistadas nas fases I e II.

Figura III: Lista de pessoas entrevistadas

Entrevistas realizadas PrEP 1519				
Em uso de PrEP	Pedro		Fase I	
	Fernando			
	Nicolau			
	Benjamin*			
	Juliano			
	Theo*			
	Jackson			
	Miguel			
	Bernardo			
	Jorge			
	Hugo*			
	Luiz			
	Thiago			
	"Em observação" e Desistência			Oscar
Jonathan*				
Renato*				
Luciano				
Não PrEP	Renato*	duas tomadas p/ conclusão entrevista	Fase I	
	Hilton			
	Guilherme			
	Renan			
Incidência	Salim		Fase I	
	Yousef			
	Samir			duas tomadas p/ conclusão entrevista
	Naif *			
	Habib			
Quarentena	Naif*		Fase II	
	Benjamin*			
	Theo*			
	Hugo*			
	Jonathan*			
	Renato*			

* jovens entrevistados em mais de uma vez (diferentes objetivos)

Fonte: Relatório científico da Pesquisa Qualitativa – PrEP1519. Vinculação.

Os locais das entrevistas foram os mais variados, tendo corrido no CTA HENFIL, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e na Casa 1. As entrevistas na faculdade eram mais difíceis, pois havia necessidade de, previamente, ocorrer agendamento da sala e, por se tratar de adolescentes e jovens, comumente, as confirmações para realização das entrevistas aconteciam no mesmo dia de disponibilidade, o que gerava uma flexibilização dos entrevistadores de tentarem negociar locais para realização da atividade. Na Casa 1 e no CTA HENFIL, por se tratar de um espaço no qual o projeto já estava inserido, era mais viável achar uma sala para realização das entrevistas, não havendo grandes dificuldades, a não ser que estivesse ocorrendo algum atendimento; nesses casos, a equipe de saúde tinha prioridade em relação às entrevistas qualitativas.

A média de tempo das entrevistas era em torno de uma hora a uma hora e meia. Além dos aspectos descritos, questões do contexto dos adolescentes e jovens foram dificultadoras para realização das entrevistas, acarretando mudanças

repentinamente de data, cancelamentos, confirmações próximas do horário agendado para realização do procedimento e atrasos.

ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROJETO

As entrevistas realizadas com os profissionais de saúde tiveram como objetivo compreender as práticas, a organização do processo de trabalho e as percepções sobre atuar no Projeto PrEP1519. Disponho, no Anexo D, o roteiro da entrevista com os profissionais de saúde, que foi dividido nas seguintes seções:

Atuação profissional – foram abordados aspectos como chegada ao projeto e rotina no CTA, por exemplo.

Perfil dos jovens, sexualidade e prevenção – os profissionais foram convidados a descreverem o perfil dos participantes na pesquisa, como era trabalhar com adolescentes e jovens no projeto, dificuldade de acesso ao serviço, conhecimento dos adolescentes sobre prevenção a partir da percepção dos profissionais, entre outros aspectos relacionados.

Acesso e vinculação – como era o vínculo dos adolescentes com a pesquisa e com os profissionais de saúde e de que forma os profissionais trabalhavam para melhoria dos vínculos fragilizados, entre outros aspectos relacionados.

Uso e adesão à PrEP – os facilitadores e barreiras para acesso à PrEP, se houve mudanças nas práticas sexuais observadas pelos profissionais de saúde por parte dos adolescentes que faziam uso da profilaxia, entre outros aspectos relacionados.

No total, foram realizadas 8 entrevistas, havendo como profissionais: um médico e uma médica infectologista (prescritores de PrEP), um médico ginecologista (prescritor de PrEP), um psicólogo e uma psicóloga (retentores), um psicólogo (vinculador), um técnico de enfermagem e uma biomédica (coordenadora). Dois profissionais que não estavam mais na pesquisa, mas que contribuíram para o processo de trabalho, foram convidados para serem entrevistados, mas não aceitaram. Os profissionais haviam trabalhado como enfermeira e médico infectologista da pesquisa. O motivo para recusa foi ausência de tempo para participar da entrevista. Isso não comprometeu os resultados alcançados no componente qualitativo, mas ambos foram importantes na atuação inicial da pesquisa de campo, visão interessante de ser compartilhada. Com o médico infectologista, os

participantes tinham grande proximidade e isso apareceu na entrevista com a médica Antonela, que o substituiu, como preocupação para alguns adolescentes, pois haviam construído um vínculo com o profissional anterior. Com a enfermeira, o vínculo era mais fragilizado, pois, quando ela estava na pesquisa, ainda estava sendo criado o fluxo de vinculação, e ela estava se adaptando a esse processo.

As entrevistas em profundidade ocorreram ao longo de 2020. Em virtude da pandemia de COVID-19 instalada, todas as entrevistas foram realizadas de forma remota, por videochamada. As entrevistas realizadas de forma virtual tinham o prejuízo, em alguns momentos, de instabilidade de acesso da internet, seja da entrevistadora ou do profissional de saúde entrevistado, o que dificultou a atividade nesses casos, tornando-a moroso. As entrevistas tiveram uma média de uma hora a uma hora e meia. Todos os profissionais do projeto foram chamados para participar das entrevistas.

ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS QUE COMPÕEM A DISSERTAÇÃO

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2012), pode ser compreendida a partir de um conjunto de substantivos cujos sentidos são capazes de se complementar e produzir conhecimento. Esses substantivos são a *experiência*, a *vivência*, o *senso comum* e a *ação*. Cabe destacar a forma como são interpretadas essas palavras, pois serão elementos importantes e contemplados ao longo de todo o meu trabalho, de forma implícita ou não. A **experiência** é expressa por meio da linguagem e está em constante interlocução sendo formada na/pela cultura. Já a **vivência** é a interpretação pessoal da experiência. A experiência pode ser a mesma para todos; porém, sua vivência se dará sempre no campo singular, visto que está pautada na participação da pessoa na história, de sua personalidade e de seu olhar sobre o fenômeno. Ainda que tenha, em sua grande parte, aspectos individuais, a vivência tem como suporte o coletivo e o social, pois a trama ocorre em algum tempo, espaço e local. A autoria classifica o **senso comum** como o “*chão da pesquisa qualitativa*” [sic], pois a sua expressão também se dá pela linguagem, e demonstra as experiências e vivências pelas quais o sujeito passou e a forma como as relata e interpreta. Por fim, a **ação** pode ser identificada como humana (individual) ou social (coletiva) das instituições, do grupo e dos sujeitos na construção da vida e da cultura a partir da realidade em que estão inseridos (MINAYO, 2012).

Gadamer (1999) destaca veementemente que o verbo da pesquisa qualitativa é o **compreender**, pois é o exercício, segundo seus escritos, capaz de ser realizado pelo ser humano, sem deixar de reconhecer as singularidades das pessoas e a subjetividade da própria existência, vivência e experiência. Apesar dessa reflexão, tendo a não concordar completamente com essa afirmação, pois, para mim, é impossível o ser humano conseguir se colocar de forma integral no lugar de outra pessoa. Sendo assim, o trabalho do pesquisador, ou seja, o meu trabalho nesta dissertação foi de oportunizar e amplificar as vivências e experiências de profissionais de saúde e adolescentes/jovens no campo da prevenção ao HIV. Apesar de muitos entrevistados serem negros e compartilharem cenas de discriminação racial, a minha negritude não dá conta de compreender todas as experiências das pessoas pretas, a ponto de conseguir vivê-las de forma igual. Posso sentir as reverberações do racismo, pois todas as pessoas negras sofrem isso, mas, no íntimo e individualmente, cada qual somente poderá atribuir sentido frente a essa opressão social.

Retomo Minayo (2011) para destacar a importância da fase de impregnação que ocorreu por meio de conversa com os pesquisadores no campo qualitativo, bem como da participação das reuniões e de minha atuação no Projeto Demonstrativo PrEP1519, o que me auxiliou a ter mais domínio sobre o campo de atuação no qual as entrevistas semiestruturadas seriam aplicadas. Apesar de não ter realizado as entrevistas com os adolescentes, ter esse vínculo com muitas pessoas entrevistadas me permitiu ler os depoimentos de forma mais próxima e correlacionando-os com narrativas compartilhadas comigo quando era vinculador.

No total, foram lidas 16 entrevistas com HSH do sítio de São Paulo e 8 entrevistas com profissionais de saúde¹⁹ do mesmo sítio. A leitura flutuante (MINAYO, 2012) me permitiu extrair as experiências que fossem além da PrEP, reconhecendo que opressões sociais (racismo, classismo, homofobia/bifobia, capacitismo) estavam afetando o *continuum* de PrEP desses adolescentes e jovens. As leituras das entrevistas dos profissionais de saúde foram feitas reconhecendo que essa prescrição/oferta de PrEP estava sendo circunscrita em um terreno interseccional, e que isso precisava ser explorado e compartilhado para contribuição com a pesquisa acadêmica qualitativa e prevenção contra o HIV.

¹⁹ O pesquisador desta dissertação foi um dos profissionais de saúde entrevistado.

Na análise e interpretação, adotou-se uma categorização interativa temática (NEALE, 2016) com sensibilidade interseccional (COUTO *et al.*, 2019), baseada nos pressupostos de Hancock (HANCOCK, 2007) de que análises empíricas interseccionais devem considerar os marcadores sociais relevantes que emergem do empírico e as relações variáveis entre eles. Nesses termos, as intersecções entre os marcadores sociais não são uma simples soma de partes, e nem o peso de cada um deles pode ser considerado *a priori*. A análise deve considerar as dinâmicas entre fatores individuais, institucionais e estruturais.

Após a leitura dessas entrevistas, foi construída uma planilha com as informações abaixo relacionadas a cada HSH, com trechos dos seus depoimentos:

- **Caracterização dos entrevistados:** data da entrevista, codinome, orientação sexual, identidade de gênero, cor da pele, idade, escolaridade e tempo de uso de PrEP.
- **Identidade:** como é o reconhecimento de si – jovem, adolescente ou adulto, experiência com a cor da pele identificada, experiência quanto a classe social/condição financeira pertencente, experiências em virtude da própria orientação sexual.
- **Prevenção:** cuidados tomados com a saúde sexual e geral (antes do projeto), percepção de risco do HIV.
- **Serviço de saúde:** percepção quanto aos profissionais de saúde da pesquisa, experiência em serviços de saúde que não fossem o da pesquisa e relação com serviços de testagem às IST.
- **PrEP:** motivações e barreiras para permanecer no projeto, aquisição de conhecimento sobre PrEP, significado da PrEP, facilitadores e barreiras para uso da PrEP.

Em relação aos profissionais de saúde, também foi construída uma planilha para organização e sistematização dos trechos dos depoimentos:

- **Caracterização dos entrevistados:** data da entrevista, codinome, orientação sexual, identidade de gênero, cor da pele, idade e escolaridade, tempo no projeto, cargo, chegada na pesquisa, rotina de trabalho e histórico laboral no campo da prevenção ao HIV.
- **Percepção do trabalho com adolescentes:** trabalho com os adolescentes e jovens da pesquisa, vulnerabilidades reconhecidas nessa população, diferenciação no atendimento de adolescentes maiores e menores de idade.

- **Percepção sobre o perfil e demanda de PrEP:** demandas relacionadas à sexualidade, saúde mental e prevenção, manejo das demandas citadas.
- **Percepção sobre a prevenção dos adolescentes e jovens:** conhecimento sobre prevenção ao HIV e outras ISTs, capacidade de autonomia dos participantes, capacidade de autonomia dos jovens e adolescentes menores de idade.
- **Acesso ao serviço de saúde e PrEP:** acesso à instituição de saúde dos participantes, vínculo dos participantes com os profissionais do projeto, condução e cuidado dos participantes em uso de PrEP, facilitadores e barreias para uso da PrEP.
- **Marcadores sociais e atendimento:** percepção de classe, identidade de gênero e orientação sexual influenciar ou não no atendimento dos adolescentes e jovens em uso de PrEP.

A partir dessa sistematização, consegui enxergar o material que eu tinha e escolher com quais categorias iria trabalhar e apresentar nos resultados e na discussão.

POR QUE LANÇAR MÃO DE PRESSUPOSTOS DA AUTOETNOGRAFIA?

A ideia de utilização de pressupostos de uma autoetnografia para compor a interpretação dos meus resultados não havia sido pensada por mim antes; porém, a partir da minha qualificação e atuação no PrEP1519, com a sugestão da banca e em conversa com a minha orientadora, reconheci que a minha experiência (memórias, lembranças, anotações, participações em reunião, construção de fluxo de trabalho e outros) no projeto PrEP1519 poderia ser utilizada como complemento para o que foi observado e extraído das entrevistas qualitativas.

Passado o exame de qualificação, resolvi me dedicar a compreender melhor a metodologia da autoetnografia e de qual forma ela poderia contribuir para o enriquecimento da minha dissertação. Ao longo das minhas leituras, me deparo com uma reflexão importante e que me auxilia no início da construção dessa trajetória. O pesquisador, ao olhar para a sua experiência pregressa na construção de algum fenômeno, se permite, em certa medida, se distanciar do “sujeito da experiência adquirida” para ocupar o lugar de “objeto de observação” (SANTOS, 2017). Para mim, a importância dessas duas ideias me permitiu olhar criticamente não somente os participantes que atendi ou que foram entrevistados, mas também os profissionais de

saúde contratados pela pesquisa, e revisitar reuniões, discussões de caso que foram essenciais para eu ler as entrevistas e localizar a narrativa do profissional ou do participante em um tempo/situação/espço.

A autoetnografia é uma metodologia sustentada por uma tríade sendo: 1. Orientação metodológica (base etnográfica e analítica); 2. Orientação cultural: interpretação das memórias, relação pesquisador e sujeitos; e 3. Orientação do conteúdo em que autobiografia ocorre, a partir de um caráter reflexivo a respeito de uma situação vivida (SANTOS, 2017). A metodologia autoetnográfica pode ser utilizada desde o início da pesquisa, tanto para o processo de definição do tema de estudo, quanto do desenvolvimento da pesquisa. No meu caso, utilizei-a para me auxiliar na interpretação dos resultados, pois, por trabalhar com os profissionais de saúde e participantes, eu conseguia enxergar facilitadores e barreiras relacionados à pesquisa, tanto da instituição de saúde onde estávamos inseridos, quanto dos aspectos individuais de cada participante e profissional de saúde.

O autor tem papel fundamental na autoetnografia, pois não está somente observando a história ser escrita como, ao mesmo tempo, também a escreve. As narrativas ganham ainda mais forças, pois elas estão sendo analisadas por quem está dentro da situação e tem informações privilegiadas que, em determinados casos, podem não aparecer nas entrevistas. Além disso, o pesquisador que utiliza essa metodologia precisa ter reconhecimento de que sua análise sistemática da experiência acessa o campo pessoal (cenas relatadas) com objetivo de compreender a experiência cultural do fenômeno estudado (SANTOS, 2017).

A metodologia autoetnográfica me auxiliou a refinar minha análise no que diz respeito à subjetividade e a refinar minha condução como pesquisador qualitativo. Para mim, algo surpreendente foi reconhecer como essa metodologia é capaz de ampliar o fenômeno do estudo, principalmente aqueles que estão ligados, por exemplo, a opressões sociais como racismo, homofobia, classismo e outros, permitindo que sejam alcançados significados individuais desses aspectos a partir das observações, da escuta e das entrevistas. Volto a destacar a importância do autor, que é tido como um *insider*, alguém que tem o privilégio de olhar o fenômeno de dentro. Ao mesmo tempo, percebi que precisei me resguardar para que não me deixasse ter as minhas anotações como única fonte de observação, mas sempre priorizando a integração das fontes (entrevistas e anotações).

QUARTO COMPRIMIDO

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTRUTURA DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO PREP1519

Os resultados referentes ao conjunto das entrevistas com os adolescentes e jovens foram divididos da seguinte forma: 1. Inicialmente, apresento a caracterização quanto à cor da pele, à idade, ao tempo no projeto, à orientação sexual e à identidade de gênero; 2. Na sequência, traço uma síntese narrativa dos 16 adolescentes a partir das entrevistas. O recorte dessa síntese abarca: vida sexual, experiência em serviços de saúde, informação sobre PrEP, chegada no estudo, relação com profissionais de saúde inseridos na pesquisa e com os serviços de saúde do SUS. 3. A seguir, busco situar a percepção identitária dos entrevistados, compreendendo como se identificam a partir das categorias de adolescente, jovem e adulto. 4. Na sequência, dedico-me a correlacionar o *continuum* de cuidado de PrEP com as opressões sociais (racismo, homofobia, classismo e outras). Nesse momento, eu me coloco a refletir sobre como essas violências operam para dificultar o conhecimento dos adolescentes sobre PrEP. 5. Na sessão seguinte, penso a respeito do acesso ao serviço de saúde distribuidor de PrEP e da realização de testagem de IST desses adolescentes e jovens, correlacionando isso com as opressões sociais. Aspectos como dificuldades na vinculação com os serviços de saúde e de que forma isso se expressa no cotidiano dessa população também são considerados. 6. Por fim, em relação aos adolescentes e jovens, trago reflexões sobre quais são os entraves para que consigam permanecer no serviço de saúde e, conseqüentemente, em uso da PrEP. Quais fatores se tornam barreiras e facilitadores para que consigam frequentar o serviço e fazer uso adequado do comprimido.

DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os nomes utilizados nas entrevistas são fictícios e os 16 entrevistados se identificavam – até o momento da entrevista – como homens cis. A respeito da orientação sexual, 13 são gays, 2 bissexuais e 1 pansexual. Quanto às idades foram 5 com 20 anos, 4 com 18 anos, 4 com 17 anos e 3 com 19 anos. A cor da pele foi identificada da seguinte forma: 11 negros e 5 brancos. A respeito da escolaridade: 13

cursando o Ensino Médio, 2 com Ensino Médio completo e 1 com Ensino Médio incompleto. Em uso de PrEP/tempo no projeto: 1 pessoa há 9 meses, 3 pessoas há 3 meses, 5 pessoas há 2 meses, 2 pessoas há 1 mês, 2 pessoas há 6 meses, 1 pessoa há 5 meses, 1 há 8 meses e 1 pessoa há 4 meses.

O Quadro I sintetiza as informações descritas nesta subseção. Vale ressaltar que o dado informado a respeito de orientação sexual foi autodeclarado. Em relação à cor da pele, os entrevistados que se identificaram como pardos e pretos tiveram a nomenclatura mudada para negro, dado que essa categoria, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), está contemplada na categoria de negro.

Quadro I – Dados sociodemográficos e tempo de uso de PrEP dos adolescentes e jovens

Codônimo	Idade (anos completos)	Cor da pele	Orientação sexual	Identidade de gênero	Escolaridade	Tempo de uso de PrEP
Benjamin	18	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio completo	9 meses
Bernardo	17	Branca	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio cursando	3 meses
Fernando	17	Branca	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio cursando	2 meses
Hugo	20	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio cursando	2 meses
Jackson	17	Negra	Pansexual	Homem cisgênero	Ensino Médio cursando	2 meses
Jonathan	19	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	3 meses
Nicolau	17	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio cursando	1 mês
Jorge	18	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	2 meses
Pedro	19	Branca	Gay	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	2 meses
Theo	18	Branca	Bissexual	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	3 meses
Oscar	20	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	6 meses

Miguel	20	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	5 meses
Luiz	20	Negra	Bissexual	Homem cisgênero	Ensino Superior cursando	8 meses
Juliano	20	Branca	Gay	Homem cisgênero	Ensino Superior incompleto	4 meses
Renato	19	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio completo	1 mês
Thiago	18	Negra	Gay	Homem cisgênero	Ensino Médio cursando	6 meses

Fonte: Elaborado pelo autor.

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A síntese das entrevistas tem como premissa aproximar o leitor das experiências cotidianas dos entrevistados. Para que o objetivo fosse alcançado, dediquei-me a escrever sobre os seguintes contextos dos adolescentes e jovens entrevistados: 1. Breve histórico de vida (relação com familiares, relação com a orientação sexual, amizades); 2. Primeira experiência sexual; 3. Experiência em serviço de saúde geral e para testagem de ISTs; 4. Aquisição de conhecimento sobre PrEP e início no projeto; e 5. Relação com os profissionais de saúde contratados pela pesquisa.

Benjamin

Identificou-se como um homem preto, gay, 18 anos e o caçula de duas irmãs. O entrevistado descreveu que mora, desde os quatro anos, em um bairro periférico de uma cidade próxima da capital paulista. No terreno onde a casa está, há mais outras duas casas, e o rapaz destaca que a moradia é pequena. Antes, viviam ele, a mãe e as duas irmãs; com a saída das irmãs, atualmente, moram ele e a mãe. Benjamin apontou que a relação com a mãe não é próxima, por ela ser evangélica e discordar de orientação sexual dele, então a estratégia que ele utiliza é não falar sobre o assunto com ela. O pai não aceita também, mas, por não viverem juntos, não opina sobre a vida de Benjamin.

A respeito da vida sexual, descreveu que a sua primeira relação sexual ocorreu aos 17 anos, com um homem de 37 anos, e que foi “pacote completo” [*sic*], pois não

havia tido nenhuma prática sexual antes dessa primeira vez, nem sequer beijado. Benjamin mentiu a sua idade, dizendo que era maior de idade para que pudesse transar com o rapaz.

Quanto à vivência em serviços de saúde e a rede especializada em HIV/aids, Benjamin salientou que desde os 16 anos marca suas consultas sozinho, pois sua mãe sempre foi muito atarefada, e que costuma realizar testagem de HIV e outras ISTs de 4 em 4 meses em virtude de não utilizar preservativo nas suas transas. O entrevistado informou que as testagens sempre foram feitas em serviço público e que, apesar de algumas vezes, por conta da demanda de usuários no serviço, o atendimento demorar, sempre foi bem tratado.

Benjamin já tinha informações sobre PrEP colhidas pelas redes sociais e já era acostumado a realizar testagem no serviço em que o Projeto PrEP1519 funcionava. Quando passou em atendimento para o recebimento do resultado dos exames das ISTs, o profissional explicou sobre a pesquisa, e ele se interessou. Para ele, a PrEP já aparecia como uma possibilidade em virtude de exposições passadas, cujos desfechos eram sempre de muita preocupação e dúvida sobre ter ou não se infectado com HIV.

A relação com os profissionais de saúde do projeto é descrita como um privilégio, por ser sempre bem tratado e acolhido nas suas demandas. Além disso, destacou que fazer parte da pesquisa agilizou o seu início na PrEP e que tem amigos que estão há meses na fila de PrEP, mas sem previsão de serem chamados. Apontou como negativo uma experiência em que a recepcionista do serviço – a profissional da recepção é uma funcionária pública, e não alguém contratada pela pesquisa –, em sua primeira consulta, afirmou que ele não tinha agendamento e desconhecia a médica Antonella, que ele buscava. A conduta fez com que Benjamin fosse embora e retornasse no outro dia para ser atendido.

Bernardo

Na sua autodeclaração, ele se descreveu como um homem gay, branco, 17 anos, procurando seu primeiro emprego. Bernardo gosta bastante de sair com os amigos, beber e dançar. Na sua entrevista, contou que costuma beber para ficar mais solto – por exemplo, dançar sem preocupação com o que dirão –, que seus amigos já o gravaram dançando bêbado e que ficou bastante envergonhado. Os amigos costumam ser mais velhos – entre 20 e 26 anos – e são oriundos de uma família

LGBTQIAP+²⁰ da qual faz parte. A busca pela família foi em virtude de ter poucos amigos da sigla e de desejar ir para festas, mas não ter com quem contar.

Quanto à vida sexual, nem todas as relações sexuais eram com exposição. Ele reconheceu sua pouca informação sobre prevenção; disse que não sabia que sexo oral transmitia ISTs e que só descobriu sobre essa questão após entrada no projeto.

Bernardo descreveu que não tinha nenhuma informação sobre PrEP, sendo que a primeira vez que ouviu sobre a profilaxia foi quando o representante da família de que faz parte contou sobre o contato do Projeto PrEP1519 para explicar sobre a pesquisa e marcar uma visita dos adolescentes e jovens ao serviço de testagem e aconselhamento em que o projeto atuava. O entrevistado descreveu surpresa na descoberta da informação sobre PrEP, de existir um comprimido capaz de evitar a transmissão de HIV, e que isso o motivou a iniciar o uso.

Em relação às experiências em serviço de testagem, Bernardo mencionou que havia ido uma vez a um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), mas que não foi atendido pela médica da mesma forma como no Projeto PrEP1519. Na entrevista, preferiu que a atuação de Antonella foi muito boa e que fez perguntas sobre aspectos cotidianos e em relação à saúde, mas que não houve problemas para responder. Destacou boa relação com a equipe de saúde e facilidade em abordar aspectos pessoais e tirar dúvidas.

Fernando

Identificou-se como um homem, gay, branco, com 17 anos. Quando realizou a entrevista, morava com os avós e um tio. Os pais são do interior e ambos têm ciência sobre a sua orientação sexual, tendo o pai acolhido logo de início e a mãe sido mais resistente justificando que a sua sexualidade tinha relação com o afastamento dele da igreja. Segundo Bernardo, atualmente ela aceita a sua sexualidade.

O entrevistado disse que fazia estágio de Jovem Aprendiz na parte da tarde e estudava de manhã, não havendo comprometimento da sua assiduidade na escola. Descreveu ser alguém que gosta de sair no final de semana com os amigos, tanto para “rolê” no centro de São Paulo, quanto na casa de amigos, onde todos se reúnem

²⁰ As famílias LGBTQIAP+ funcionam como um grupo de acolhida e de trocas de experiências sobre as vivências de pessoas que fazem parte da comunidade LGBTQIAP+. Há um/uma pai/mãe que se configura como o representante e auxilia os adolescentes e jovens nos processos cotidianos da vida, como descoberta sexual, violência, discriminação e outros aspectos. Há famílias LGBTQIAP+ em todas as regiões de São Paulo, e elas são referências positivas nos territórios que habitam.

para beber e dançar. Apesar de Fernando ser gay, seu grupo de amigos tem pessoas de orientações sexuais diversas, como, por exemplo, heterossexuais.

A respeito da vida sexual, mencionou que os rapazes com quem costuma sair têm, em média, 30 anos e são descobertos nos “aplicativos de pegação”, como Grindr e Hornet. A escolha pelos aplicativos se deu por ser mais fácil conseguir sexo, pois, por não ser maior de idade, é difícil frequentar as mesmas baladas e buscar parceria sexual por lá. Em relação à sua primeira transa, ocorreu em setembro de 2018, com um rapaz entre 20 e 22 anos. A experiência foi ruim, pois Fernando não contou que era virgem. Houve brutalidade durante o ato, e Fernando não foi respeitado quando pediu para parar.

Quanto às experiências em serviço de saúde, antes da ida da mãe para o interior, era ela a responsável por agendar consultas e levá-lo ao médico quando precisava. Desde que ela foi morar em outra cidade, Fernando não agendou suas consultas. O entrevistado descreveu uma ocasião em que precisou ir com a sua tia a um serviço de saúde, pois a profissional disse que, por ser menor de idade, ele teria que ligar para os responsáveis. A ligação não foi realizada, pois ele voltou ao serviço com sua tia. Para ele, foi ruim essa situação, pois há assuntos da sua saúde que preferia que a tia ou os familiares não ficassem sabendo. Fernando não contou sobre o uso de serviços especializados de HIV/aids.

Quando foi recrutado pelo Projeto PrEP1519, já tinha conhecimento sobre PrEP, pois um rapaz que conheceu nos aplicativos fazia uso da profilaxia e explicou como funcionava; entretanto, Fernando não sabia como ou onde conseguir e, por isso, apesar do interesse, não levou adiante a busca pelo comprimido. Segundo o entrevistado, o preservativo costumava machucar e, por isso, evitava transas com penetração, mas, após o início da PrEP, por se sentir mais seguro, deixou de usar camisinha.

A chegada no projeto se deu por amigos que foram a uma festa na Casa 1, onde divulgaram sobre a pesquisa nas redes sociais. Fernando fez contato com os amigos, que compartilharam o celular de um dos profissionais do projeto que atuava na Casa 1, e, a partir disso, foi apresentado à pesquisa e iniciou o acompanhamento.

Descreveu a relação com os profissionais do projeto como possibilidade de compartilhar informações complexas sobre prevenção de forma simples e usual no seu cotidiano. A transmissão das informações contribuiu para que ele conhecesse formas de conseguir se proteger das ISTs e os tratamentos disponíveis.

Hugo

Na entrevista, identificou-se como homem, preto, homossexual e com 20 anos. Explicou sobre quando morava com os seus pais e as facilidades geradas em virtude disso. Sempre teve interesse em estudar Medicina e contou que morava em uma cidade no interior e que seus pais pagaram para que fosse morar na capital para realizar cursinho pré-vestibular. Após ser aprovado em um dos vestibulares, veio morar em São Paulo. A cidade contribuiu para sua maturidade e liberdade, algo que sempre buscou dos pais; entretanto, por ser estudante, ainda dependia financeiramente deles, que custeavam sua moradia, sua alimentação e seu transporte. Os pais não sabem sobre sua orientação sexual, e ele sempre foi bastante discreto quanto à sua sexualidade em virtude de ser de uma família extremamente religiosa.

Suas relações sexuais costumam ocorrer com homens que encontra nos próprios “aplicativos de pegação”. Descreveu seu curso de graduação como um ambiente com poucos homens gays e bissexuais e, por isso, costuma encontrar menos pessoas para se relacionar por lá. A sua primeira experiência sexual para além de sexo oral ocorreu em São Paulo. Hugo descreveu que já havia realizado sexo oral, mas sexo anal, não. Conheceu o rapaz com quem perdeu a virgindade por uma rede social, e ele tinha 29 anos. Os dois ficaram por cinco meses, mas, após uma briga, romperam o relacionamento; atualmente, após reconciliação, são amigos.

Ao relatar sobre a sua experiência de uso de serviço de saúde, destacou que, quando morava com seus pais, sua mãe costumava tomar a frente de marcar as consultas médicas e o levava para os atendimentos. Sempre teve apoio da mãe para qualquer questão de saúde que tivesse. Em São Paulo, voltou a ter plano de saúde, e isso facilitou o acesso, segundo ele, a bons hospitais. A realização do agendamento e a logística para ida à consulta se tornou responsabilidade sua. Quanto a experiências no campo do HIV/aids, mencionou que já havia realizado testagem no vão do Museu de Arte de São Paulo (MASP), mas que, após entrada no Projeto PrEP1519, realiza as testagens apenas no projeto, assim como para pegar insumos de prevenção.

O conhecimento sobre PrEP veio ao longo da graduação, em uma disciplina em que precisou acompanhar um médico que realizou uma roda de conversa sobre prevenção ao HIV e a outras ISTs e falou sobre PrEP e PEP. Após aprender sobre

esses métodos, Hugo fez contato com um professor de sua confiança, que contou sobre o Projeto PrEP1519 e o local onde o estudo acontecia. O entrevistado fez contato pelo número de celular disponibilizado pelo professor do projeto e agendou a primeira consulta.

A relação com os profissionais de saúde da pesquisa sempre foi de proximidade, tanto que relatou sobre o não início do comprimido por ainda estar planejando se iria ou não a uma sauna, curiosidade sua pela qual tinha bastante interesse. A facilidade do diálogo com os profissionais permitiu que Hugo se abrisse e tivesse as informações adequadas não somente sobre prevenção, mas também sobre as saunas para as quais desejava ir.

Jackson

Descreveu-se como um homem, negro, pansexual e com 17 anos. Jackson é estudante do Ensino Médio e faz técnico de meio ambiente. Em virtude da exigente rotina de estudo e do pouco tempo de lazer, costumava sair com a mãe ou com o namorado, mas para locais que ajudassem a espairecer, como parques e avenida Paulista, por exemplo. Não é adepto de ir a baladas, mas festas na casa de amigos ocorrem com frequência. O perfil dos amigos é de pessoas LGBTQIAP+.

Inicialmente, identificava-se como gay, mas, com o passar do tempo e buscando informações, assumiu-se para a família como bissexual. Por se aproximar cada vez mais da sigla LGBTQIAP+, acabou percebendo, a partir de suas experiências sexuais e afetivas, que se identificava como um homem pansexual. A repercussão foi negativa com o pai, que sempre teve uma postura agressiva com Jackson, com a mãe e as filhas. Ele declarou que não tinha filho e rompeu com seu Jackson. Já a sua mãe teve postura contrária e foi acolhedora com o filho.

Sobre a sua vida sexual, a primeira relação sexual ocorreu entre os 11 e 12 anos, com uma menina de 15 anos. A sua segunda vez ocorreu aos 12 anos, com um rapaz da mesma idade. Em ambas as situações, Jackson mencionou que não sabia o que estava fazendo e que se baseou no que absorveu dos filmes pornôs.

Quanto às vivências em serviço de saúde, o adolescente descreveu que desde os 15 anos realizava testagem de IST. A sua primeira ida foi a um posto de saúde próximo de sua casa, estando acompanhado de sua irmã para fazer o procedimento. Deste então, costuma realizar de quatro em quatro meses os testes de ISTs.

O conhecimento sobre PrEP e PEP se deu por meio de um youtuber que falou sobre o assunto em um vídeo, fazendo Jackson buscar mais informações sobre as profilaxias. O interesse por PrEP iniciou a partir dessa busca, realizando contato com uma ONG LGBTQIAP+ que compartilhou a informação sobre a distribuição do medicamento em CTA. Ele fez contato com o serviço no qual o Projeto PrEP1519 estava inserido e agendou. Além do contato telefônico, houve a interação com a Amanda Selfie (chatbot do projeto), que ele descreveu como uma conversa engraçada e bem parecida com as que ocorrem entre pessoas da comunidade LGBTQIAP+ (com gírias específicas).

O participante relatou que a relação com os profissionais sempre foi de muita franqueza e acolhimento, sendo bem recepcionado e tratado todas as vezes em que foi até o serviço de saúde. Descreveu que o acompanhamento que recebeu no projeto sempre foi de qualidade e que sempre se sentiu cuidado desde a sala de coleta até o atendimento com a médica.

Jonathan

Homem, gay, negro, homossexual e 19 anos. Estudante de graduação e gosta de sair com os amigos, costuma fazer encontro na casa dos colegas para conversar e beber. Na universidade onde estuda, frequenta o “rolê LGBTQIAP+”, que ocorre em uma das praças da instituição. Além disso, mencionou que vive com depressão e transtorno alimentar e que sempre teve acompanhamento psicológico para lidar com essas questões. A orientação sexual, segundo Jonathan, nunca foi um aspecto negativo para a família, apesar de reconhecer comportamentos homofóbicos.

Na entrevista, destacou que seus encontros ocorrem por aplicativos, sendo os mais comuns Tinder e Grindr. Descreve uma distinção entre os dois, sendo o Grindr para sexo e o Tinder para encontros, mas reconhece que já aconteceu encontros e amizades oriundas do Grindr. A periodicidade dos encontros do Grindr costuma ser, em média, três por semana com homens diferentes.

O início da vida sexual se deu por volta de 15 e 16 anos, com um rapaz que conheceu pelo Grindr e com idade entre 22 e 24 anos. Entretanto, descreve que as suas relações sexuais costumam ocorrer com homens mais velhos, com idade entre 35 e 40 anos.

A experiência em serviço de saúde de testagem/HIV/aids ocorreu quando teve uma exposição e resolveu ir ao serviço realizar teste de HIV. Segundo ele, a situação

foi desconfortável, pois estava temeroso de ter se infectado com HIV. Pensou em como seria sua vida se o diagnóstico fosse positivo. A segunda vez em que se testou foi com um ex-namorado para atualização dos testes.

Sobre PrEP, disse que já tinha a informação, mas não se lembrava de como conseguiu. Achou a abordagem no Grindr engraçada, pois não imaginava que seria convidado a participar de uma pesquisa de prevenção ao HIV dentro do aplicativo. Como sempre teve interesse no uso da profilaxia, aproveitou a oportunidade ofertada.

A respeito da pesquisa, achou que o questionário aplicado aos participantes do Projeto PrEP1519 tinha certa ambiguidade. Quanto aos profissionais, ficou encantado com o atendimento da médica e com a forma como ela abordou um assunto tão delicado como a prevenção ao HIV. Na sua concepção, nunca havia vivido uma experiência em um serviço de saúde com uma médica que atendesse tão bem.

Nicolau

Identificou-se como homem, negro, gay, com 17 anos. Quando realizou a entrevista, morava com a prima e cogitava mudar de local, pois sofria homofobia por parte do namorado dela. Antes, morava com a mãe, em uma cidade do litoral paulista. Relatou diversas cenas de discriminação por consequência da sua orientação sexual quando morou com o pai. Já a mãe teve uma postura acolhedora, e ele não sofreu nenhuma violência por parte dela. Seu círculo de amizade é composto, majoritariamente, por gays também.

Costuma achar seus parceiros sexuais por meio de festas que ocorrem na rua Augusta, na rua Peixoto Gomide, no Helipa LGBTQIAP+ e, também, por meio dos “aplicativos de pegação”. Nicolau costuma se relacionar com homens mais velhos, na faixa dos 25 anos. Não há uma predileção entre procurar parceiros nas festas ou nos aplicativos, sendo as duas formas possibilidades de conhecer alguém. A primeira relação sexual ocorreu aos 16 anos, com um rapaz de 26 anos. Estava muito nervoso e ansioso por não saber como seria.

As idas aos serviços de saúde sempre se deram por conta própria, sendo responsável por agendar consultas e comparecer. Descreveu que costumava ir ao posto de saúde para tomar suas vacinas sozinho. Em relação ao serviço de testagem, a primeira ida foi por sintomas de IST, situação em que ficou muito nervoso, chorando de preocupação pela possibilidade de estar com HIV. No fim, houve confirmação

diagnóstica para outra IST, e isso foi vivido por ele de uma forma muito ruim: viu-se como errado e foi humilhado por uma enfermeira por conta do diagnóstico; em compensação, foi muito bem atendido pelo médico.

A informação sobre PrEP ocorreu depois da entrada na pesquisa: antes, ele não tinha conhecimento dessa possibilidade de prevenção. Nicolau foi captado em uma festa em que ele e o projeto estavam. Segundo o entrevistado, depois da conversa que teve com a equipe no dia, interessou-se pela profilaxia, buscou saber mais e fez o agendamento com a pesquisa.

A relação com a equipe é boa. Apesar do medo da primeira consulta por não saber o que iria acontecer e não conhecer nenhum dos profissionais. Ao final, Nicolau gostou bastante de todo o processo e da abordagem dos profissionais, sentindo-se acolhido durante todo o atendimento. Ele destacou que a equipe se mostrou disponível em ajudar mesmo após a consulta, tirando dúvidas sobre o uso da profilaxia, os efeitos adversos e outros aspectos que pudessem contribuir como barreira para continuidade da PrEP.

Jorge

Identificou-se como homem, homossexual, negro, de 18 anos. Quando foi entrevistado, estava na graduação e contou que costumava sair para uma festa específica para pessoas negras, que ocorre da cidade de São Paulo. Os seus amigos costumam acompanhá-lo nessa festa. Passou a ter mais amigos LGBTQIAP+ após se assumir como gay. A sua família descobriu a sua sexualidade aos 16 anos, quando um parente expôs suas conversas para os demais membros. Foram tempos difíceis, a família não aceitava por conta da igreja que frequentavam.

A respeito da chegada no projeto, Jorge foi captado pelas ações presenciais: ele e amigos estavam na virada cultural quando foram abordados pela pesquisa. Antes de ser comunicado sobre a existência de PrEP, nunca havia ouvido falar que PrEP existia. Depois que o projeto compartilhou essa informação, ele buscou informações a respeito em vídeos no YouTube e se apropriou mais dessa profilaxia.

A respeito da experiência em serviço de saúde, diz que nunca havia sido bem atendido como na pesquisa. Para o adolescente, o “postinho” próximo de sua casa não dava conta das suas demandas. Além disso, foi por meio do projeto que fez uso de autoteste de HIV e, apesar da experiência difícil que viveu com o medo do diagnóstico de HIV, conseguiu utilizar esse método preventivo.

Para ele, a equipe sempre o auxiliou a entender sobre prevenção e ajudou quando descobriu uma IST, pois foi um momento delicado, dada a pouca informação que ele tinha sobre o diagnóstico.

Juliano

Identificou-se como homem, homossexual, branco, de 20 anos. Sua descoberta sexual ocorreu de forma gradual, tendo se identificado como bissexual de início por sentir atração pelo gênero masculino e feminino, mas, com o decorrer do tempo, a partir das experiências com os meninos, reconheceu-se como gay. De início, para sua família, foi algo vivido com muita dificuldade devido ao contexto religioso, que não permitia que outras orientações sexuais fossem reconhecidas como legítimas, o que gerou muita confusão e discussão entre ele, pai, irmão e mãe. A partir da ampliação do círculo de amizade, construindo vínculo com outros jovens gays e bissexuais, normalizou a sua sexualidade e se permitiu ir a festas LGBTQIAP+.

Por volta dos 16 anos, Juliano teve sua primeira experiência de sexo oral com um garoto e ficou preocupado de ter se infectado com HIV. Ele sabia da possibilidade de buscar um serviço de testagem, mas não o fez por achar que precisaria da autorização dos pais para realização do exame. Quanto aos parceiros sexuais casuais e fixo, costumam ser identificados tanto nas redes sociais e nos “aplicativos de pegação”, como em festas ou reuniões com os amigos.

Em relação ao serviço de saúde, descreveu que os pais costumavam levá-lo ao hospital apenas se estivesse com sintomas graves, porque, senão, compravam remédio na farmácia, e ele fazia uso ao longo dos dias. Com o tempo, após assumir a sua sexualidade, tomou para si a responsabilidade de cuidar da saúde, pois precisava ir aos serviços para realização de testagem. Juliano buscou os serviços na internet e salientou que essa transição de responsabilidade – dos pais para ele – foi difícil, pois não sabia, a princípio, como achar os locais onde poderia realizar testagem/tratar alguma IST.

A respeito de conhecimento sobre PrEP, ele havia conversado sobre com um profissional de saúde, mas o próprio Juliano não viu sentido na inserção da profilaxia em sua rotina. Após a entrada no projeto, reconheceu a importância de tomar o comprimido dadas as suas práticas sexuais. Juliano iniciou na pesquisa após uma ida ao serviço de saúde no qual o projeto está inserido e ser apresentado para o estudo.

A relação com a equipe é de muita cumplicidade, havendo facilidade para tocar em assuntos sobre os quais ele tem dúvida. Juliano salientou que se sente tranquilo ao falar com a equipe sobre as suas dificuldades e facilidade para experiência de uso de PrEP.

Luiz

Na entrevista, ele se identificou como homem, negro, bissexual e com 20 anos. O participante morava com os pais e a irmã mais nova e estava cursando graduação em Saúde Pública. Segundo ele, seus pais sempre souberam da sua sexualidade e nunca houve uma conversa de revelação. Luiz compartilhou sobre os meninos com quem se relacionou e, apesar de os pais não concordarem com a sua orientação, nunca houve discriminação por parte deles. De início, para o próprio entrevistado, lidar com a descoberta do interesse por homens foi difícil por achar que estava cometendo um erro.

A respeito da vida sexual, descreveu a primeira relação sexual com uma mulher por volta de 10 e 11 anos. Era sua prima e costumavam tocar um o corpo do outro, e isso desencadeou o ato sexual. A primeira relação sexual com homem ocorreu entre 12 e 13 anos, também com um primo, e seguiu a mesma dinâmica de interesse pelo corpo, sendo o desdobramento o ato sexual. Não houve, em ambas as situações, o uso de qualquer método preventivo para ISTs em virtude do desconhecimento das possibilidades existentes. Atualmente, a busca pelas parcerias sexuais, principalmente masculinas, ocorre por meio do uso de “aplicativos de pegação”, como Grindr, Hornet e Tinder.

A respeito do acesso aos serviços de saúde, mencionou que sempre, desde pequeno, foi acompanhado pelos pais e que, a partir dos 17 anos, começou a agendar as próprias consultas e comparecer sem os pais. A ida aos serviços de testagem se intensificou quando as transas se tornaram mais frequentes, indo com periodicidade por um temor de se infectar com HIV.

O conhecimento sobre PrEP já existia antes do projeto, sendo a pesquisa uma facilitadora para o acesso à profilaxia. Luiz identificou, na oportunidade de testagem, a possibilidade de iniciar com os comprimidos preventivos, pois já era do seu interesse por conta da intermitência do uso de preservativo e das “paranoias” [sic] geradas pelas relações sexuais sem proteção.

Nas suas experiências pelos serviços de saúde, diz que houve interação com profissionais mais conservadores no sistema público e que isso era um impedor para conseguir falar sobre si. Na pesquisa, sempre teve boa relação com os profissionais, sendo acolhido e podendo falar e tirar suas dúvidas.

Miguel

Homem, cis, 20 anos, gay, negro. O entrevistado conta como tem sido a sua adolescência sendo um rapaz negro, gay e com expressão de gênero não heteronormativa, o que ele nomeia como “afeminado” [sic]. As repercussões na vida sexual e afetiva são inúmeras, sendo marginalizado quando não expressa uma conduta comportamental esperada socialmente, como voz grossa, sem “gesticulação afeminada”, “postura de homem”.

As idas ao serviço de saúde sempre foram poucas antes do início no projeto. Antes de iniciar na pesquisa, relatou ter ido com 15 anos e, depois, não mais. A justificativa era que ficava doente com pouca frequência e tinha medo de agulha. Na pesquisa, era a segunda vez que realizava um exame com retirada de sangue, pois sempre evitou esse tipo de atividade por conta de seu temor.

Quanto às testagens, descreveu cenas de constrangimento ao ir a um serviço especializado e ter experiências negativas com a recepção e enfermeira, não havendo acolhimento diante do medo de ter se infectado com alguma IST (apresentava, na região íntima, uma lesão). Em virtude do tratamento nesse serviço, o entrevistado buscou outro serviço de testagem mais próximo do seu serviço e descobriu sobre o Projeto PrEP1519.

Miguel não tinha conhecimento sobre PrEP. Quando lhe foi explicado o que era e para o que funcionava, ele decidiu fazer uso em virtude do aumento de parceiros sexuais. Segundo o deponente, sempre fez uso intermitente do preservativo. No início da vida sexual, sempre utilizava, mas, com o passar do tempo, a depender de com quem se relacionasse sexualmente, não fazia uso de nenhum método; isso não significava despreocupação, e sim falta de conhecimento sobre possibilidades preventivas das quais pudesse fazer uso.

A relação com a equipe de saúde do projeto era de bastante proximidade. Miguel costumava entrar em contato com frequência com os profissionais para tirar dúvidas sobre o medicamento, efeitos colaterais no longo prazo, busca por estratégias para tomada do comprimido, entre outros aspectos.

Oscar

Homem, cis, homossexual, 20 anos, negro. Por não ser de São Paulo, descreveu que já morou em várias regiões da cidade e, no momento da entrevista, estava dividindo a moradia com um amigo. A decisão de mudança da sua cidade de origem para São Paulo foi em virtude da relação ruim com a mãe e da ausência de um círculo de amizade, que fazia falta para Oscar. A relação com a mãe sempre foi afetada por bastante homofobia, não permitindo que, em casa, ele falasse sobre a orientação sexual ou utilizasse gírias próprias da comunidade gay.

A respeito da vida sexual, considerou que seu início foi aos 13 anos, com um garoto da escola que tinha por volta de 14 anos. Atualmente, os seus parceiros sexuais são encontrados por meio dos aplicativos de cunho sexual e nas festas LGBTQIAP+ que frequenta.

A primeira experiência de testagem ocorreu quando tinha 16 anos. Ele foi ao serviço em virtude das relações sem preservativo e por preocupação de sintomas que acreditava serem decorrentes de alguma IST. A preocupação colaborou para buscar o serviço e efetivar a realização das testagens. Descreveu esse primeiro teste como bastante difícil por consequência do medo de testar positivo para alguma IST, principalmente o HIV.

Anteriormente à chegada no projeto, Oscar não tinha conhecimento sobre PrEP, nem sabia a diferença entre PEP e PrEP. A pesquisa o ajudou a distinguir as duas, o que o fez decidir pelo uso da PrEP em virtude do número de parceiros, mas também do uso intermitente do preservativo. O entrevistado mencionou de forma enfática o quanto a PrEP era importante para sua prevenção, pois esse novo método permitia que ele se sentisse seguro de que não se infectaria com o HIV.

A relação com os profissionais de saúde sempre foi de muita proximidade, principalmente com a retentora Valentina, figura com a qual construiu um vínculo inicial e que auxiliou na confiança e permanência no projeto. Valentina realizou alguns atendimentos individuais com o participante, principalmente no período em que precisou voltar para cidade de origem, com o temor de voltar a sofrer homofobia por parte dos familiares. O laço construído entre Valentina e Oscar foi expandido para os outros profissionais, fazendo com que o rapaz se sentisse acolhido para compartilhar suas dúvidas, dificuldades no uso da PrEP e outros aspectos com qualquer profissional do projeto.

Pedro

Homem, gay, branco e 19 anos. Descreveu que está na graduação e que pratica *rugby* em um time LGBTQIAP+. A descoberta desse time se deu por um convite de um rapaz do Grindr, que passou a conta do time no Instagram; Pedro se interessou e deu início a essa trajetória esportiva. O *rugby* ajudou no seu processo de socialização e amizade. Quanto à sua orientação sexual, contou para os pais e não houve nenhuma discriminação por parte deles.

A respeito da primeira relação sexual, ele considerou a que ocorreu após conhecer um rapaz no aplicativo. Não houve sexo anal, apenas sexo oral, mas essa experiência foi importante, pois foi a primeira vez que ficou com alguém do mesmo gênero. Os parceiros costumam ser encontrados no Grindr, Hornet e Tinder.

Ao precisar de atendimento clínico, sempre fez uso do serviço público, o que acontecia quando precisava de insumos de prevenção como, por exemplo, gel lubrificante, preservativo, autoteste, busca no serviço de testagem mais próximo da sua casa, não tendo problemas para ter acesso a esses métodos de prevenção. Porém, as consultas em serviço de saúde geral eram responsabilidades da mãe, sendo que Pedro costumava marcar somente as consultas relacionadas às ISTs, já que é algo mais íntimo.

A forma de abordagem no Grindr chamou sua atenção, pois ele não imaginava esse tipo de interação. Descreveu que o contato foi direto explicando sobre PrEP e o local onde conseguiria ter acesso para fazer uso, e, a partir disso, ele marcou a primeira consulta, interessado pela medicação. O que o fez iniciar a PrEP foi justamente uma maior cobertura preventiva para além das que já fazia uso.

A relação com os profissionais de saúde da pesquisa era muito boa, principalmente com Antonella, médica do projeto, sentindo-se à vontade para tirar dúvidas sobre uso da PrEP, tratamento de ISTs, efeitos adversos da medicação entre outros.

Renato

Homem, negro, homossexual e 19 anos. O entrevistado falou sobre a dúvida quanto ao uso da PrEP, que não sabia se conseguiria arcar com a responsabilidade de tomar a pílula todos os dias, o que o preocupava, pois gostaria de fazer o esquema diário de forma correta. De início, preocupava-se em ser associado a profissionais do

sexo por fazer uso da profilaxia, e isso o fazia mediar a sua decisão. A decisão pela PrEP se deu pela ausência do uso do preservativo, reconhecendo que estava em possibilidade de se infectar, optando pelo uso do comprimido para sua própria prevenção.

O uso de PrEP por Renato é intermitente: a dificuldade de encaixar o medicamento na rotina fez com que parasse por um período. Ele demonstrou preocupação sobre como seria recepcionado na pesquisa por não estar em seguimento da profilaxia: a preocupação do adolescente era de que os profissionais o recusassem por não estar cumprindo com o uso diário; entretanto, houve outra abordagem dos profissionais ao compartilhar e realizar uma intersecção entre a sua situação de saúde mental e o uso de PrEP. O acolhimento e o manejo da equipe foram essenciais para a sua continuidade na pesquisa e no uso de PrEP. Importante destacar que, no início, ele era contrário à PrEP, além de o namorado não o apoiar inicialmente na decisão de uso do comprimido. Porém, ele decidiu usar mesmo assim.

Por não fazer uso correto do medicamento, realizou PEP algumas vezes, já que as exposições continuavam. Renato sempre teve uma relação aberta com a equipe para contar as situações de risco que viveu e como poderiam ser manejadas para mantê-lo protegido.

A relação com a equipe sempre foi de muita proximidade e diálogo, o que viabilizou o apoio dos profissionais de saúde quando houvesse necessidade. O vínculo estabelecido com quem o atendia permitiu que ele pudesse compartilhar e descrever os momentos difíceis pelos quais passava para que fosse ajudado.

Theo

Homem, branco, bissexual, 18 anos. De início, Theo contou sobre a sua depressão e como foi o diagnóstico, e o quanto foi importante para que tomasse a medicação e a dosagem correta para se manter estável. Além disso, realizava psicoterapia para poder lidar com as adversidades vividas. Quanto à sua sexualidade, a bissexualidade foi sendo reconhecida ao sentir desejo tanto por homens quanto por mulheres ao longo do período escolar. A sua orientação sexual sempre foi vivida pelos pais de forma muito negativa, não havendo apoio, e sim discriminação, tratando-se de pais conservadores. A religião evangélica contribuiu para que olhassem a sexualidade do filho de forma ruim.

Na entrevista, estava namorando e havia conhecido sua namorada no Grindr, apesar de dizer que não utilizava os aplicativos de sexo e encontro com frequência. A sua namorada era uma mulher trans, e ele sempre teve medo de que ela sofresse alguma discriminação, estando juntos ou separados. Theo destacou que a transfobia impossibilita que ela tenha uma vida com direitos assegurados.

A primeira experiência sexual de Theo ocorreu aos 18 anos com um homem de 22 anos que ele havia conhecido no aplicativo. Não foi algo planejado. Segundo ele, a relação sexual ocorreu de forma repentina, e ele não imaginava que perderia a virgindade dessa forma.

Referente ao cuidado de saúde, antes dos 18 anos, eram os pais os responsáveis por marcar suas consultas e levar aos atendimentos. Theo mencionou que, após a maioridade, houve uma mudança nessa dinâmica, passando a se tornar responsável por marcar suas próprias consultas e a se organizar para comparecer nelas. Os serviços que agendava eram particulares, e sua relação com o serviço público era mais para busca de vacina.

A sua descoberta sobre o projeto se deu por ter procurado um serviço de testagem da rede pública, mas o resultado demorou um mês por ser teste convencional, e não testagem rápida. Após o ocorrido, buscou outro serviço de testagem público, chegando ao que o projeto estava inserido – ainda sem saber sobre a existência da pesquisa PrEP para adolescentes. No serviço, conversou com os profissionais de saúde, e o conhecimento sobre PrEP ocorreu a partir da sua inserção na pesquisa, quando conseguiu entender o que era e para que funcionava.

A relação com os profissionais de saúde da pesquisa sempre foi de diálogo e facilidade para o acesso aos insumos, retirada de dúvidas e compartilhamento de problemas pessoais. Além disso, descreveu a importância do apoio do profissional de saúde para conseguir fazer uso diário do comprimido.

Thiago

Homem, negro, homossexual, 18 anos. O relacionamento difícil com a mãe, a dificuldade para achar emprego, o uso prejudicial de substâncias psicoativas e a dificuldade para sair de casa tornam a vida de Thiago mais difícil. Além disso, foi diagnosticado, há quatro anos, com depressão e vem tratando para conseguir retomar a sua vida e voltar a sair de casa. O diagnóstico e as adversidades cotidianas contribuíram para os pensamentos, o planejamento e a tentativa de suicídio. Apesar

dos entraves com a mãe, a sua orientação sexual nunca gerou conflitos, tendo a mãe lidado bem com a homossexualidade do filho. Thiago contou que não era mais tão comum, mas que fazia programas para conseguir dinheiro.

A primeira relação sexual conta que ocorreu aos 10 anos com um homem entre 50 e 60 anos, e que isso gerou uma repercussão ao contar para a família. Foi feito boletim de ocorrência e o caso precisou ser levado para a instância jurídica. Thiago descreveu que a primeira vez que transou com seu consentimento foi aos 15 anos de idade com um rapaz de 14 anos, e que se relacionaram por um ano até que houve o término.

A sua primeira testagem ocorreu aos 16 anos em um CTA, e ele não gostou do que vivenciou: descreveu que a recepcionista havia sido ríspida com ele, além de o ambiente físico não ter sido acolhedor. Em virtude dessa situação, ficou sem realizar novos testes de IST, acreditando que, em todo lugar, passaria por episódios iguais a esse.

O participante faz parte de uma família LGBTQIAP+. Houve uma atividade em conjunto do projeto PrEP1519 com essa família, para que os integrantes fossem ao serviço de testagem em que a pesquisa estava inserida, para relações de teste, retirada de dúvidas sobre ISTs e tratamento, além de explicarem o que é a PrEP e para que funciona. Nesse dia, ele foi diagnosticado com uma IST e foi acolhido pela mãe ao chegar em casa e contar sobre o corrido. Thiago ficou bastante entristecido com a descoberta.

Esse participante precisou muito da equipe, principalmente de Valentina, psicóloga e retentora do projeto, pois foram realizados diversos atendimentos individuais para ajudar a lidar com a questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas, do uso de PrEP e da relação conflituosa com a mãe.

JOVEM, ADOLESCENTE OU ADULTO?

Esta seção surgiu no decorrer da leitura das entrevistas e, principalmente, por uma inquietude minha em querer dar destaque para uma pergunta realizada no protocolo qualitativo e que, na minha opinião, é de suma importância para compreensão identitária dos entrevistados em relação à dimensão geracional. Cabe salientar que, na pesquisa epidemiológica, os participantes são reconhecidos pelo termo *adolescentes* em virtude de se pautarem na delimitação da Organização

Mundial da Saúde (OMS), que considera que a adolescência ocorre entre os 15 e os 19 anos (BRASIL, 2007).

Entretanto, durante a imersão nas narrativas produzidas pelos adolescentes e jovens, foi possível reconhecer que há justificativas diversas para a forma como se autodenominam. Eles levam em consideração aspectos como responsabilidade para o pagamento das próprias contas, administração do próprio dinheiro, se há ou não vínculo empregatício, entre outros, para se reconhecerem como *adultos*, *adolescentes* ou *jovens*. No questionário, as possibilidades de identificação eram as três descritas anteriormente, mas houve uma nova categorização, emergente a partir dos próprios participantes no componente qualitativo: *jovem-adulto*.

É reconhecido que há uma definição temporal para adolescência, como mencionei no primeiro parágrafo desta seção, mas não desejo que a adolescência/juventude, nesta dissertação, seja reconhecida como meramente um período do desenvolvimento com características pré-definidas, e sim como uma *experiência* única e individual.

Na narrativa de Thiago, pude reconhecer uma ambivalência, pois ele, *a priori*, diz que é o mais velho dos amigos de São Paulo, como se isso atribuísse a ele uma responsabilidade maior; porém, ele também se autodescreve como **adolescente** por ter um certo “*dom natural de fazer merda*” [sic].

Thiago: Eu sou mais velho da turma, pelo menos dos amigos de São Paulo. Aí, em outros momentos, eu me sinto adolescente. Porque eu tenho atitudes tão dignas de **adolescente**. Tão inconsequente, tão irresponsáveis. Tipo o dom natural de fazer merda, então. Ex: Calma. Ah, faltar muito na escola, por preguiça pura. Isso é o auge.

A irresponsabilidade e a inconsequência são características tidas como comuns da adolescência, segundo Thiago. Ao longo da minha atuação no Projeto PrEP1519, apesar da experiência do entrevistado, percebi que muitos dos participantes eram pessoas que precisavam de ajuda para organização da rotina, principalmente para o uso da PrEP e para o comparecimento nas consultas. Ao contrário de Thiago, que restringiu essas características aos adolescentes, eu ampliaria para outros participantes que podem ou não se identificar da mesma forma,

mas que precisam desse auxílio externo para construção e consolidação da própria rotina.

Em contrapartida, se a adolescência é tida como momento de irresponsabilidade, **ser jovem** é diferente, pois foi reconhecido como uma experiência de muita responsabilidade, ainda que não igual à dos adultos, como descrito por Luiz:

Luiz: Ser jovem, em si, demanda muitas outras, acho que questões de responsabilidades, né? Obviamente tem **responsabilidades, não em demasia como a vida adulta**, por exemplo, pagar boleto né? [ambos dão risada] Acho que isso é um **grande marco**, né? Onde as necessidades, elas vêm e tem que fazer acontecer, né? No mundo capitalista é pagar, basicamente, né? No mundo capitalista é isso, é pagar. Mas, assim, a questão de responsabilidade com outras pessoas, com obrigações econômicas, no caso, acho que é um grande marco.

A fala descreveu um “*grande marco*” entre a vida adulta e a juventude, que o entrevistado indicou ser o *pagamento de contas*. A ideia de arcar com os próprios custos pode colaborar para concepção de maturidade, pois a pessoa trabalha e banca os gastos realizados, não dependendo financeiramente de outra pessoa.

O depoimento de Nicolau ilustra ainda mais quais são as outras responsabilidades reconhecidas por ele sendo uma pessoa “*jovem*”:

Nicolau: Ah, por causa que eu tô vendo, tipo, agora que eu sou jovem, né? Ai, nossa. Eu tenho que ter mais **responsabilidade**, né? Essas coisas. E, às vezes... É isso aí mesmo. Não. Tipo, é um pouco, é um pouco legal. Só que, agora, que tem 17 anos, tem que ter responsabilidade, **tem estudo, tem que correr atrás de serviço**. Tem um monte de coisa pra fazer, entendeu?

O emprego e o estudo aparecem como áreas que necessitam de grande investimento por parte dos entrevistados, sendo muito importantes, como salienta Nicolau.

As narrativas destacaram o aspecto da responsabilidade que a juventude carrega nesse momento da vida, porém Jackson descreveu outra forma de se viver esse período e enfatizou a “*curtição*” e os estudos, pois a responsabilidade, para ele,

é tida como algo da vida adulta. Outro aspecto importante dessa fala é a forma como ele dá significado para os adultos, sendo que os que têm dinheiro podem aproveitar a vida, enquanto aqueles com menor condição financeira têm uma vida mais monótona.

Jackson: Ah, ser jovem pra mim é, tipo, **curtir a vida, estudar... Aproveitar, tipo, o máximo que a gente pode, sabe?** Porque, creio eu, que daqui algum tempo, quando eu tiver morando **sozinho e tiver todas aquelas responsabilidades**, tipo questão de **pagar conta, trabalhar**, a vida vai ficar muito monótona, sabe? Tipo, eu só vou ter o final de semana e olhe lá, se eu não tiver cansado, e é muito... Assim, é muito melhor do que se eu fosse adulto, sabe? Porque eu já tô entrando, né? Na maioridade. Mas é isso. **Porque eu acho que a vida de adulto é muito, muito fechada, sabe?** A coisa muito parada, assim. Pelo menos não, não... Tipo, não a vida, assim, a vida das pessoas adultas, tipo, que são melhor estabilizadas financeiramente. **Mas, assim, a vida das pessoas que são mais pobres financeiramente.** E acho que é muito parada. Eu vejo isso pela minha mãe, assim. Tipo, ela não sai, ela quase não gosta de sair. E ela é muito tranquila, sabe? E, sei lá, eu não acho isso muito legal. Acho que isso acaba deixando as pessoas meio depressivas e tristes, sei lá.

A descrição da vida adulta por Jackson desvelou duas formas de se viver esse momento: aqueles com mais dinheiro teriam um acesso maior e mais facilitado a educação, saúde, cultura, lazer e outros; já as pessoas adultas pobres ou com uma condição econômica desfavorecida teriam mais dificuldade para acessar o mínimo dos direitos básicos para qualquer indivíduo. A pobreza no Brasil não é algo atual, e sua existência é uma construção histórica e consequência da extrema desigualdade social do país. O sistema social e econômico é excludente e concentrador, marginalizando as pessoas pobres e permitindo que os ricos continuem detendo a maior parte do dinheiro e realizando a manutenção dessa desigualdade para que não percam o seu lugar de destaque e nem o que foi conquistado ao longo dos anos (CAETANO; CASTRO, 2021). A desigualdade implícita descrita pelo entrevistado mostra, de forma sutil, como ele reconhece que há diferenciação no “aproveitar a vida” entre pessoas pobres e pessoas com dinheiro, relacionando as pessoas pobres a

uma tristeza profunda por não terem como utilizar o dinheiro para o lazer, por exemplo.

Fernando amplia o diálogo sobre a sua autodenominação de jovem ao trazer a dimensão da sexualidade, e apresenta uma comparação entre ser um jovem gay atualmente e há alguns anos, pontuando discussões que não aconteciam no passado, mas que hoje são comuns e que ajudam a comunidade gay jovem a se questionar e desnaturalizar aspectos que antes eram naturalizados, por exemplo, a dificuldade em assumir a própria orientação sexual.

Fernando: Acho que, hoje em dia, eu acho que tá mais fácil. Porque antigamente era muito difícil ser jovem gay, não poder se assumir. Talvez se eu não pudesse me assumir, eu não sei como eu taria hoje. Eu acho que eu taria muito mal, eu acho que meu psicológico ia ser horrível, eu ia ser uma pessoa muito desanimada, muito triste, eu não ia querer sair para lugar nenhum, não ia conseguir ser eu, não ia conseguir viver, entende? Eu acho que hoje em dia isso é muito mais fácil. Eu ter conseguido me assumir também e ter uma família que não me julga por isso, eu também acho que facilitou muito.

A juventude foi reconhecida por Jhonatan como passageira, e a transição do *status* de jovem para adulto pode trazer perdas importantes para quem valoriza a juventude. Para ele, o medo da adultez é em virtude de não ser mais cobiçado por homens mais velhos, público pelo qual costuma ter mais interesse e que, na concepção dele, busca sempre meninos mais jovens:

Jhonatan: Como jovem. Mas é triste porque o meu maior medo é envelhecer, assim. Quando eu fizer 20 anos, eu vou chorar, tenho certeza. Porque eu tenho muito medo de envelhecer. Assim, eu não quero... Tipo, não sei se você já viu aquele meme *I'm not getting old, I'm going to kill myself at my thirties*. É Tipo isso assim, sabe? Eu não estou ficando velho, eu vou me matar nos meus 30 anos, porque eu não quero ficar velho. Porque eu não me imagino. Tipo, sei lá, eu sempre imaginei como jovem, tipo, sabe? Eu fiz dezenove anos. Eu sempre tive essa coisa de apelo sexual por ser novinho. E, tipo, isso tá acabando. E não fico com homens mais novos que eu. Isso vai, tipo, piorando a cada ano assim. Então, tipo, Nossa Senhora, eu não

consigo ter uma visão de futuro de eu velho assim. Não consigo. Mas acho que eu me identifico como jovem, né? Não como adolescente.

Apesar da pergunta sobre a forma como se identificam dar possibilidades de respostas diretas – jovem, adulto ou adolescente – Pedro se reconheceu em um processo de transição que, a princípio, era como jovem, mas buscando depois um termo que expressasse a sua experiência por estar entre a vida adulta e a juventude:

Pedro: Como adulto, né? Já tô com 19 anos, jovem não tenho, adolescente também não. Então acho que seria... Tem um termo aí entre o **adulto**, saindo do jovem e entrando no adulto? [entrevistador ri] Acho que tem, mas eu não lembro. **[quando questionado sobre o que muda entre a adolescência e vida adulta, responde da seguinte forma:** Ah, sei lá, a **responsabilidade**, eu acho. A gente tem que ter bastante nessa transição. Eu falo, porque antes eu não tinha nenhuma, né?

Oscar também reconhece o amadurecimento como algo construído, mas não se reconheceu como “adulto maduro” por não conter, na concepção dele, as características necessárias para se identificar dessa forma:

Oscar: “Ah, porque eu acho que ainda de fato estou amadurecendo, né? Então, eu acho que é um aprendizado constante. Então, ainda **não sou** de fato **adulto maduro**”.

Ao ser questionado sobre o que falta para ser um adulto maduro, o participante responde da seguinte forma:

Oscar: “Ser um pouco mais introvertido. Mudança de comportamento, resumidamente eu acho faltava isso e uma maior, uma tomada de decisão mais que abranja também... **Que eu saiba melhor como tomar cada decisão.**”

As narrativas permitiram reconhecer que não há um jeito certo de identificar as experiências geracionais vividas pelos participantes. É importante destacar que cada

um vive esse momento de forma única, tendo pontos em comum ou não entre as falas, ou até mesmo dando significados diferentes para as mesmas experiências, como pudemos perceber ao longo desta seção.

Para a compreensão dos sentidos atribuídos pelos participantes para o ser adulto, adolescente, jovem adulto e jovem, retomo o conceito de representação social (MOSCOVICI, 2009). A teoria das representações sociais ocorre a partir das interações e relações sociais estabelecidas e que operam para construção e imagens mentais sobre determinado fenômeno (BANCHS, 2000). A relevância dessa teoria se dá pela imagem mental que os entrevistados da pesquisa construíram a respeito de palavras que utilizaram para se descrever. Esse movimento de significado não se conclui apenas por aspectos individuais, mas por interações deles com a sociedade em que estão inseridos. Atribuir à adolescência a característica de irresponsabilidade desvela a imagem mental e social relacionada a esse período da vida, entendendo adolescentes sempre como pessoas que pouco sabem e que precisam de orientação e auxílio constante para não fazerem escolhas ruins. O mesmo processo pode ser pensado para o caso dos jovens, jovens adultos e adultos, aos quais os entrevistados associaram enfaticamente uma responsabilidade inerente a essa fase, ligada ao pagamento de contas, aos filhos, ao cuidado com a casa, entre outros.

A imagem mental descrita pelos entrevistados demonstra a forma como enxergam a adultez, a adolescência e a juventude, e como se percebem em interação com essas próprias atribuições de sentido que vão tecendo ao longo da vida, ora se vendo em falta de responsabilidade e, por isso, denominados como adolescentes, ora se reconhecendo com responsabilidades em excesso e se identificando como jovens e adultos.

A INTERSECÇÃO DAS OPRESSÕES SOCIAIS NO *CONTINUUM* DE CUIDADO DE PREP

As opressões sociais – aqui referidas ao racismo, classismo, capacitismo, homofobia/bifobia – atuam de forma negativa na vida dos indivíduos e acarretam descréditos e violações de direitos, gerados pela não reprodução das normas sociais impostas e pela subversão da lógica cisbrancaheteronormativa vigente na sociedade. As repercussões resultantes desses tensionamentos são diversas; entretanto, nesta seção, me restrinjo a refletir e discutir a respeito dos desdobramentos das opressões

sociais na vida dos adolescentes e jovens na esfera da saúde, em especial da saúde sexual e da prevenção contra ISTs e HIV.

O que está por vir é o trabalho árduo em reconhecer como as opressões sociais afetam as etapas do *continuum* do cuidado de PrEP (conhecimento, acesso e permanência) no serviço de saúde, de que forma essas opressões se expressam durante o processo (desde o trajeto até a unidade de saúde, bem como quando conseguem chegar), analisando as experiências de desconforto contribuidoras para o rechaço desses adolescentes e jovens nos espaços de cuidado e efetivação do uso da PrEP.

A OBTENÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PREP

No decorrer da leitura das entrevistas, o conhecimento sobre PrEP para os adolescentes foi acessado de forma distinta. O que chamou atenção é que havia um marcador social modulador na obtenção da informação sobre a profilaxia: cor da pele. O relato descrito por Benjamin, negro, 18 anos, demonstra a forma como soube sobre PrEP:

Benjamin: [...] Acho que um tempo depois de eu começar a fazer sexo, eu já começava a fazer os testes e tudo mais. E sempre quando eu fazia o teste, eu ficava preocupadíssimo, parecia que o coração ia sair pela boca. Que eu sempre falava: “Ai meu Deus do céu será? Eu **comecei a entrar em contato com mais canais (youtube/sites) e pessoas que falavam sobre saúde sexual**, sabe? Com certeza **eu fiquei sabendo da PrEP com alguma pessoa que eu saí**, sabe tipo assim? [...]

É possível observar que, ao iniciar a vida sexual, Benjamin também começa a realizar testagem para ISTs, o que gera angústia pela possibilidade de um resultado positivo. Apesar das diversas idas ao serviço de saúde por conta das exposições, descobre sobre a PrEP por meio de parceria. Somado a isso, ressalta que a educação sexual se deu por mídias digitais.

Diferente de Hugo, 20 anos, branco e universitário do curso de Medicina, que conhece sobre o método preventivo durante as aulas e com profissionais de saúde:

Hugo: Foi quando nós fomos no estágio da faculdade... já que nós estávamos tipo no primeiro mês da faculdade, obviamente não seria nenhuma visita que já ia falar de doença, mas teve uma mesa redonda que abordou muito tema sexual e falou da PrEP e da PEP [profilaxia pós-exposição sexual ao HIV].

Fernando, branco, 17 anos, apesar de obter conhecimento nos “aplicativos de pegação”, também não teve esse contato com qualquer leigo, e sim com um pesquisador que trabalha com PrEP e compartilha as informações para ele:

Fernando: [...] Eu saí uma vez com um cara do Grindr, que ele meio que trabalhava com a PrEP, só que na parte de pesquisa da PrEP mesmo, do próprio remédio. Aí ele me contou um pouco do que era e como funcionava, e eu havia me interessado [...]

A percepção de incompletude das informações, sobretudo quanto às formas de utilização, frequência do uso dos comprimidos e dúvidas no manejo de potenciais efeitos adversos motivaram os adolescentes negros a buscarem mais informações em *sites* da internet e outras mídias. A carência de informação de qualidade encaminha adolescentes e jovens negros a se aventurarem buscando conhecimento, o que os coloca em risco de se depararem com inverdades sobre a PrEP e de serem expostos à infecção ao HIV.

Recente estudo brasileiro realizado com jovens de minorias sexuais usuários de PrEP (SANTOS *et al.*, 2023), aponta como, dentre esses, as pessoas pretas e pobres são mais prejudicadas no acesso ao conhecimento em decorrência da intersecção dos eixos de opressão pautados no racismo e na homofobia. Em estudo com jovens negros de Toronto (no Canadá), a interseccionalidade também serviu como respaldo teórico-metodológico na análise da intersecção de raça e classe na produção do estigma da PrEP e nas barreiras de acesso ao conhecimento sobre PrEP na população negra (LEE-FOON *et al.*, 2022).

Em um estudo qualitativo realizado com adolescentes e jovens, foi demonstrado o baixo conhecimento sobre PrEP desse público, além de, como visto nas entrevistas lidas, o seu conhecimento se dar pelas mídias sociais e pela internet, por exemplo (ZUCCHI *et al.*, 2021).

O intuito desta seção é demonstrar que não são todos os adolescentes e jovens que adquirem esse tipo de informação nas redes sociais, mas que há um recorte de cor da pele que interfere na aquisição de conhecimento da profilaxia e que isso impacta severamente nas infecções que ocorrem entre adolescentes e jovens negros e brancos.

OS ENTRAVES SOCIAIS NO ACESSO PARA PREP

Para se pensar o acesso à PrEP, não restringi a análise das entrevistas somente ao que ocorre dentro do serviço de saúde, mas expandi para experiências cotidianas em outros contextos que podem, eventualmente, atrapalhar o trajeto desses adolescentes e jovens para acesso à unidade de testagem às ISTs e PrEP.

Jorge, 18 anos, negro, trouxe um relato relevante e que expressa como o racismo, a desigualdade de classe e a homofobia em intersecção constroem receios na população que está sob essa comunidade:

Jorge: [...] Se eu tô andando com um cara na rua, de mão dada, vem um homofóbico, vem me bater... Então, acho que não consigo pensar no futuro por causa disso e pelo fato de eu ser negro também. Na madrugada da noite aí, eu posso morrer com um policial racista [...]

O medo de adolescentes e jovens negros da polícia é em virtude de diversos casos de abordagens violentas com agressões físicas, verbais e psicológicas, algumas resultando em morte (ANUNCIÇÃO; TRAD; FERREIRA, 2020; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017) O imaginário social de adolescentes negros como perigosos e supostos ladrões/bandidos constrói a ideia de que precisam ser abatidos e contidos para se manter a ordem social (KILOMBA, 2019). Ainda em consonância com o pensamento anterior, Grada Kilomba (2019) refletiu sobre essa atribuição de características negativas ao povo preto como forma, a partir da perspectiva psicanalítica, de a branquitude escapar da sua historicidade de opressão e violência, dirigindo ao Outro – nesse caso, aos jovens negros – a incivilização, animalização e primitivização, sendo reconhecidos como algo a que não são devidos direitos e nem humanização.

Além dos aspectos citados, a homofobia, quando interseccionada com o racismo, dificulta ainda mais a vida desses adolescentes, dado que, para uma sociedade conservadora e pautada em uma heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2015), é inadmissível que dois homens possam se apaixonar e subverter a ideia limitada de haver somente uma forma de expressar a sexualidade.

O relato anterior, apesar de não estar relacionado com o trajeto ao serviço de saúde, ainda é relevante para se pensar nesse contexto de saúde, pois desvela a lógica racista e homofóbica que adolescentes pretos e gays vivem e precisam considerar ao cogitarem sair de casa e buscar formas de não serem alvejados por conta da sua cor da pele e orientação sexual. É no trânsito para o serviço de saúde que cenas como as descritas por Jorge podem ser reproduzidas e impossibilitar sua chegada à instituição de saúde; ainda, somente pensar nessa possibilidade já é um potencial fator impeditivo para tentar chegar à unidade.

Ambas as opressões sociais (racismo e homofobia) constroem um ambiente de medo e de marginalização desse público. Ou seja, quando conseguem superar o desconhecimento sobre a PrEP, precisam construir estratégias para chegarem vivos aos serviços de saúde.

Em contrapartida, Theo, 18 anos, branco, descreveu que nunca relativizou acessar ou não um serviço de saúde em virtude da sua cor de pele. Para o entrevistado, a pele não foi vista como fator impeditivo para o estabelecimento de relações sociais em geral, nem tampouco para seu acesso e uso da PrEP. Ademais, sua boa condição social, expressa em possuir convênio médico, amplifica diferenças de experiência, em termos de privilégios, em relação aos adolescentes negros:

Theo: Antes desse ano [antes de completar 18 anos] eram os meus pais. Aí, a partir desse ano, eu tenho mais liberdade, né? Pra usar o cartão do convênio e quem marca meus médicos sou eu. [...] Acho que isso [cor da pele] não afeta a minha vida em nada.

Benjamin, 18 anos, negro e com uma boa condição socioeconômica, apesar de vivenciar a facilidade de conseguir acessar um serviço de saúde, revelou que isso não o isenta de ser perseguido no mercado caso esteja sozinho, bem como ressalta a crítica de pessoas negras não conseguirem acessar lugares facilmente explorados por pessoas brancas:

Benjamin: [...] Porque, principalmente, algumas políticas públicas não incluem essa população [população negra]. E que normalmente é invisibilizada e que não consegue ter acesso a um número de coisas que uma pessoa de classe média que vive em outros ambientes ou tem outras perspectivas [...] Eu me considero privilegiado, porque eu consigo acessar lugares onde a maioria das pessoas que eu conheço nunca acessaram.

Bernardo, branco, 17 anos descreveu evitar sair de casa por ter medo de sofrer algum tipo de discriminação em virtude da sua orientação sexual. O entrevistado também mencionou que, dias antes de sua entrevista, um amigo havia sido violentado por conta de homofobia. Já Nicolau, 17 anos, preto, relatou experiência parecida com a de Bernardo, ao compartilhar a situação vivida pelo seu vizinho por conta da sexualidade, bem como os xingamentos que já ouviu por ser gay:

Bernardo: Ficam. Agora, tem gente que mexe com gente na rua, essas coisas. **Aí pode ser, tipo, uma dificuldade de não sair de casa pelo fato da orientação sexual mesmo.** Pelo fato do preconceito das ruas. Sim. Esses dias teve um amigo que sofreu preconceito na rua. Ele postou fotos e tal...

Nicolau: Eu já vi um... Tem um cara lá que bateu no meu vizinho, por causa que ele é gay, né? E outros me xingando também. Me discriminando na rua. Só por causa que eu era gay. Esse que era o meu medo.

A homofobia afeta a negociação da participação ou não dos espaços públicos, gerando medo de agressão por conta da orientação sexual. Não somente as próprias experiências individuais de discriminação contribuem para esse afastamento social, como também as situações homofóbicas vividas por amigos e colegas geram preocupação. A violência homofóbica pode ser manifestada de diversas formas e por isso é tão difícil de ser combatida. Essa violência não necessariamente precisa ocorrer com a pessoa, podendo ser assimilada por relatos de amigos e por notícias de jornal ou televisionadas. A principal mensagem absorvida por quem sofre com ela é a de que não são bem-vindos socialmente, e isso gera medo.

A homofobia, tal qual outras opressões sociais, tem caráter limitador da vida do outro, não somente na decisão de deixar viver ou morrer, mas, também, na esfera de não permitir que sejam realizadas tarefas cotidianas (por exemplo, ir ao mercado, voltar da escola ou ir até uma festa) sem a preocupação ou a insegurança de ser agredido fisicamente, verbalmente. É essa estimulação homofóbica que constrói a ideia de medo vivida por Bernardo e Nicolau, que se reconhecem sempre a perigo de serem violentados (SILVA *et al.*, 2021).

Apesar de não ter sido relatado, cabe destacar que gays com *performance* de gênero não normativa são os mais visados e propensos a sofrer homofobia. Quando digo isso, retomo falas de adolescentes e jovens que participaram de grupos realizados pelo projeto e que disseram que a “bicha” sempre apanha primeiro. A bicha, segundo eles, é aquela que não tem medo de sair na rua de short curto, unha pintada, cabelo colorido e falar gírias próprias da comunidade LGBTQIAP+. Nesse caso, a bicha se torna alvo predileto dos homofóbicos, pois transcende de forma voraz a macheza exigida pelo papéis sociais de gênero e tensiona a imposição da masculinidade ser expressa unicamente nos moldes heterocisnormativos (BUTLER, 2015). A performance da bicha questiona e impõe uma discussão – cotidianamente escondida –, que é a masculinidade (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013; CONRADO; RIBEIRO, 2017) para além do estereótipo de força, potência, mas podendo ser vivida de inúmeras formas, inclusive com roupa curta, *cropped* e unha pintada, o que gera um custo não somente na maior exposição de violências que estão impostas, mas também sendo colocadas como lugar de menor valor e de ausência de afeto (HILÁRIO; PEREIRA, 2020; TAVARES, 2021).

Diante dessa variedade de exposições em virtude da consonância entre as opressões sociais, é possível reconhecer que o processo de chegada até o serviço não está relacionado somente a aspectos individuais – ausência de vontade de buscar PrEP –, mas que passa por diversas camadas que, quando interseccionadas constroem, para determinados segmentos, um temor e preocupação do que pode ocorrer no trajeto para o serviço de saúde.

A PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE PREP

Os adolescentes e jovens demonstraram gratidão pela participação no projeto, sobretudo por conta dos profissionais de saúde da pesquisa que serão descritos nas

seções posteriores. Em virtude disso, foi difícil acessar os entraves – por meio das narrativas – que aconteciam entre os entrevistados e os profissionais de saúde. Porém, em decorrência da minha insistência e das releituras feitas das entrevistas, foram, aos poucos, sendo notados aspectos relevantes para se pensar no processo de permanência no serviço de saúde. Benjamin, 18 anos, negro disse:

Benjamin: [...] **Todo mundo gosta de ser tratado bem e de ser tratado.** E eu vendo isso acontecendo, eu vejo que eu tô cuidando da minha saúde, sabe? Então eu gosto disso porque eu vejo que eu estou cuidando da minha saúde, que eu estou preocupado com isso. **E, principalmente, com serviço daqui, eu me sinto muito, muito, muito... Tanto à vontade, quanto privilegiado.** Porque eu tenho amigos que estão na fila do PrEP, tipo, há mais de um ano esperando, sabe? E eles ficam ansiosos porque eles até me perguntam: “Ai, meu Deus, o que que você disse na sua entrevista, com [inaudível], fazendo PrEP?” Eu falo “Gente, não sei de nada, sabe? Porque eu caí de balão aqui.” Então é isso, eu gosto muito [...]

A sutileza e a relevância desse relato demonstram aquilo que se espera e aquilo que é ofertado dentro de um serviço de saúde pelos profissionais de saúde. Desde 2011, existe a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2012), que versa sobre o atendimento não discriminatório à população LGBT e sobre quais são os direitos já preconizados ao segmento, como, por exemplo, no caso de pessoas transexuais e travestis, o uso do nome social. Entretanto, apesar de haver um documento que deveria ser norteador para o atendimento a essa população, ainda nos deparamos com falas como a de Benjamin, que, ao ser atendido de forma adequada e reconhecendo-o como sujeito com direitos, sente tamanha surpresa por não experienciar esse tratamento com frequência. Logo, o que deveria ser regra – atendimento não discriminatório que respeita a orientação sexual, a expressão de gênero e as práticas sexuais – é identificado como exceção, e o profissional é identificado como especial.

É inegável que a Política Nacional de Saúde para População LGBT (PNSI LGBT) deve ser atualizada, pois, desde a sua publicação, a discussão sobre o público LGBTQIAP+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis/transexuais, *queer*, intersexo, agêneros e pansexuais) – assim como a própria sigla – mudou e trouxe novos debates

relacionados às identidades de gênero, expressões de gênero e orientações sexuais. Apesar da não atualização da PNSI LGBT, ainda é possível consultar o material como forma de ampliar o atendimento e a percepção a respeito da população LGBT. Pesquisas mostram dificuldades por parte dos profissionais em colocar em prática aquilo que está descrito na PNSI, e como isso se desdobra em diversos dificultadores para essa população se manter nos serviços de saúde, além de contribuir para discriminações institucionais que replicam, nesse caso, dentro das unidades de saúde, a LGBTQIAP+fobia posta na sociedade (SILVA *et al.*, 2020).

A recepção apareceu como um entrave para a permanência no serviço: a desinformação sobre a existência do projeto associada, segundo o relato de Benjamin, a um certo desinteresse da recepcionista em buscar a informação sobre o atendimento dele culminou na partida do serviço para retorno no dia seguinte:

Benjamin: [...] Tipo, na primeira vez que eu vim, eu tinha uma consulta com a doutora Antonela e aí a moça falou assim: “Não. Você não tem consulta com ninguém. Tipo, não tem ninguém chamado com esse nome aqui.” Foi bem no início da transição, sabe? Quando, tipo, ainda tava reformando aqui e, tipo, tava na transição de começar a ter a PrEP aqui embaixo, sabe? Então acho que o pessoal não sabia o nome da doutora e tudo mais. Daí, foi um dia que eu perdi a consulta e eu vim no outro dia. Então foi mais por isso. Porque falaram assim: “Ai, não tem ninguém aqui esse horário.” Tipo, era uma consulta marcada ao meio-dia. Eu falei: “Não. Eu conversei com ela. Eu marquei com ela. Tipo, é meio-dia.” Ela: “Não. Não tem ninguém.” Mas foi uma vez, só. Foi, tipo, no início do PrEP. Então foi muito pontual [...]

Retomo a recepção como um lugar importante e que deve ser gerador de acolhimento e compartilhamento de informação; entretanto, na unidade em que o projeto de campo foi desenvolvido, havia, frequentemente, mudança das pessoas responsáveis pela recepção, sendo comum que psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais da unidade assumissem essa função por ausência de alguém designada a essa atividade. Além disso, era comum os fluxos de atendimento mudarem, e a recepção, por muitas vezes, não participar da reunião geral do serviço e ficar à margem de informações importantes. Apesar dessa breve contextualização, posso afirmar que os profissionais de saúde e outros profissionais do serviço de testagem e aconselhamento sabiam da existência da pesquisa, pois foram, no início

do processo, realizadas reuniões por equipe da unidade (enfermeiros, recepção, aconselhores e outros) para apresentação do projeto.

Não é incomum que a recepção – porta de entrada de qualquer serviço – contribua, em determinados momentos, para o afastamento dos usuários da unidade, colocando-os em vulnerabilidade. Por exemplo, Benjamin poderia ter vivido uma situação de exposição ao HIV no dia em que não houve a consulta e ter se infectado. Exemplos como esses parecem irrealistas, mas são importantes para pensar que a infecção (nesse caso, de adolescentes e jovens) não está apenas na esfera individual; há uma articulação social para que esse público seja mais atingido pela epidemia do vírus. A recepção é sempre identificada como um lugar que precisa estar com fluxos e informações atualizados para poder orientar o usuário da melhor maneira. Porém, estudos demonstram o quanto a recepção se torna um obstáculo para se conseguir efetuar o atendimento e o quanto esse desencontro de informações prejudica o usuário e faz com que se descredibilize o serviço de saúde, vendo-o como desorganizado e omissos quanto às necessidades de quem o procura (SCHIMITH *et al.*, 2019).

Jackson, 17 anos, preto, contou sobre a sua experiência passando em aconselhamento – processo de entrega dos resultados dos exames de ISTs e compartilhamento de informações sobre métodos preventivos e tratamento de ISTs – com uma profissional do serviço no qual o projeto estava inserido:

Jackson: Não. Nunca. Nunca. E aí... A questão dos profissionais que você acabou perguntando, que eu passei antes, eu passei por uma... Na verdade, eu passei primeiro com o Eduardo mesmo. Eu conversei primeiro com ele e, depois, eu fui e conversar com uma moça lá e, depois, eu voltei pra conversar com o Eduardo. E na questão dessa senhora que eu acabei conversando com ela, eu acho que, tipo, que ela... **Não sei, assim, não vou criticar o serviço dela, mas pelo fato dela ser uma mulher mais velha, eu acho que ela tem uma cabeça um pouco mais fechada, ela acabou fazendo alguns comentários meio desagradáveis, tipo em questão a PrEP, sabe? Tipo, ela tava trabalhando no CTA e ela acabou criticando a PrEP pra mim, sabe? Ela: “Ah, mas eu não vejo necessidade de um moço tão jovem tomar isso. É só usar camisinha, não sei o que.” E aí eu “Tá bom. Mas eu não quero saber disso. Eu quero tomar o remédio e ponto final.**

No estudo Demonstrativo PrEP1519 (MAGNO *et al.*, 2023), 68% dos participantes são pretos e pardos, o que é algo extremamente significativo por demonstrar que as estratégias de recrutamento e criação de demanda utilizadas na pesquisa são eficazes para acessar populações em maior grau de vulnerabilidade, pois a epidemia de HIV ainda afeta, de forma avassaladora, a população negra. De acordo com o último boletim epidemiológico (BRASIL, 2022^a), houve uma mudança no cenário da epidemia quanto à cor da pele, pois, a princípio, as pessoas brancas eram as mais afetadas, mas desde 2014 pessoas pretas são mais acometidas pelo vírus. Em números, os últimos dados mostram que homens brancos e negros abarcam 32% e 60,6%, respectivamente, bem como mulheres brancas e negras, 33% e 59,8%, respectivamente (BRASIL, 2022^a). O que agrava ainda mais o depoimento do participante é que o boletim epidemiológico também descreve um crescimento de novas infecções entre jovens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2022^a).

O cenário, em consonância com o relato de Jackson, demonstra que essa despreocupação da profissional ao não reconhecer o crescimento de casos de HIV na população negra e em jovens coloca o entrevistado em uma situação de maior vulnerabilidade à infecção. A prescrição de PrEP não deve passar pelo campo individual – se o profissional concorda com ou discorda do uso da profilaxia –, mas sim identificar as práticas sexuais dessa pessoa para realizar a melhor orientação quanto aos métodos preventivos existentes. A não intersecção entre os marcadores cor da pele e juventude contribuiu para uma desvalorização da necessidade do usuário e um retorno a uma prevenção pautada exclusivamente no preservativo, que, como já reconhecido, pode ser ineficaz, já que diversas esferas contribuem para o seu não uso adequado (tesão, estar sob efeito de substância psicoativa, esquecimento e outros) (LANNES; GONZAGA, 2018). Posturas como a dessa profissional devem ser extintas, pois contribuem para a propagação da desinformação, do medo e do caos social.

ESTRUTURA DA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTUDO PREP1519

A análise dos resultados será apresentada da seguinte maneira: a primeira subseção é dedicada a descrever quem são os profissionais de saúde do Estudo

PrEP1519 a partir de dados sociodemográfico [pseudônimo, idade, cor da pele, orientação sexual, identidade de gênero, tempo na pesquisa (em meses) e atividade desenvolvida]. Em seguida, na segunda e na terceira subseções, dediquei-me a contar sobre o fluxo de trabalho dos profissionais de saúde por uma perspectiva clínica e por vinculação, respectivamente. Na quarta subseção, abordei sobre o processo formativo desses profissionais de saúde, pois, apesar de alguns não terem na sua trajetória profissional experiências relacionadas com prevenção combinada, o estudo inseriu, a partir das reivindicações da equipe de saúde, um processo formativo para melhoria dos atendimentos com os adolescentes e jovens, bem como para melhoria das relações entre os profissionais. Na quinta subseção, caracterizei o perfil dos profissionais por meio das seguintes informações: trajetória de trabalho no campo do HIV/aids, atuação com adolescentes/jovens, descoberta/início na pesquisa e função desempenhada. Na sexta subseção, eu me dediquei a analisar a atuação dos profissionais de saúde e quais recursos utilizam para garantir a integralidade do cuidado de adolescentes e jovens no estudo (por exemplo, por meio da linguagem e formas de falar com os participantes). Por fim, realizei uma análise das narrativas dos profissionais de saúde em articulação com a oferta da escuta, que propiciava reconhecer os marcadores sociais da diferença (cor da pele/raça, orientação sexual, expressão de gênero/gênero e classe), refletindo como as opressões sociais operam no *continuum* de cuidado de PrEP, quais etapas desse modelo esquemático são afetadas por classismo, homofobia, racismo e outros, e como esse impacto ocorre.

Todas as subseções contidas nos resultados para além das informações extraídas das entrevistas foram complementadas com memórias e anotações realizadas por mim ao longo do meu trabalho no PrEP1519.

DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROJETO PREP1519

Todos os nomes são fictícios. Dos 8 profissionais entrevistados, 3 são mulheres cis e 5 homens cis. Em relação à cor da pele, 4 são negros e 4 são brancos. Quanto às orientações sexuais, os entrevistados se declararam da seguinte forma: 6 homossexuais/gays e 2 heterossexuais. A faixa etária de idade está entre 25 e 52 anos.

A respeito de moradia, 7 moravam em São Paulo (capital) e somente 1 profissional morava em outra cidade, mas ainda no estado de São Paulo. Sobre escolarização: 7 tinham nível superior e 1, nível técnico. Dos com ensino superior, 2 tinham pós-graduação e 1 doutorado completo.

As funções desenvolvidas eram de 2 retentores, 3 prescritos de PrEP, 1 técnico de enfermagem, 1 vinculador e 1 assistente de coordenação.

O quadro II sintetiza as informações descritas nesta subseção. Vale ressaltar que os dados informados a respeito de cor da pele, orientação sexual e identidade de gênero foram autodeclarados.

Quadro II – Características sociodemográficas e tempo de atuação no Estudo PrEP1519 dos profissionais de saúde

Codinome	Idade (anos completos)	Cor da pele	Orientação sexual	Identidade de gênero	Formação	Atuação no Projeto PrEP1519	Tempo de atuação no Projeto PrEP1519
Valentina	43	Negra	Heterossexual	Mulher cis	Psicóloga	Retentora	12 meses
Sofia	52	Branca	Heterossexual	Mulher cis	Biomédica	Assistente de coordenação do serviço de saúde	8 meses
Romeo	29	Branco	Homossexual	Homem cis	Psicólogo	Retentor	4 meses
Matteo	35	Negra	Homossexual	Homem cis	Médico	Prescritor de PrEP	6 meses
Enzo	27	Branco	Homossexual	Homem cis	Médico	Prescritor de PrEP	3 meses
Enrico	25	Negro	Homossexual	Homem cis	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem	21 meses
Antonela	34	Branca	Homossexual	Mulher cis	Médica	Prescritor de PrEP	27 meses
Dante	26	Negro	Homossexual	Homem cis	Psicólogo	Vinculador	19 meses

Fonte: Elaborado pelo autor.

PERCEPÇÕES DO PESQUISADOR A RESPEITO DAS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE E O PROJETO PrEP1519

A organização do serviço estava estruturada tendo uma assistente de coordenação que realizava a condução das reuniões, bem como a organização do processo de trabalho da equipe – vinculadores, retentores, médicos, assistentes de

pesquisa e técnico de enfermagem – no intuito de contribuir e agilizar o atendimento dos adolescentes e jovens.

O fluxo de trabalho construído passou por diversas reformulações em virtude da entrada e saída de profissionais, tornando necessárias mudanças imediatas do processo de trabalho ou uma substituição ágil de quem havia deixado o cargo. Além disso, por se tratar de um estudo, novos instrumentos eram inseridos ou atualizados na rotina de trabalho, resultando, cotidianamente, na necessidade de realinhamento dos combinados.

O Estudo PrEP1519, como destacado diversas vezes, estava dentro de um serviço de testagem e aconselhamento; sendo assim, os fluxos da pesquisa sempre eram produzidos em consonância com os profissionais de saúde do serviço em que atuávamos, com o objetivo de aproximar ambas as equipes e unificar o processo de trabalho.

Apesar dos esforços da pesquisa em agregar ambas as equipes, alguns fatores contribuíram para um rompimento da participação dos profissionais de saúde do serviço nas reuniões de construção do processo de trabalho da pesquisa: 1. Mudança de gerência para alguém com menos disponibilidade em ouvir as demandas da pesquisa, em virtude de estar sobrecarregada por coordenar uma equipe poliqueixosa e precisar colocar em prática inúmeras exigências da coordenação de IST/aids do município; 2. Aposentadoria de profissionais de saúde da unidade, que, apesar de não participarem das reuniões do projeto, absorviam algumas demandas, sendo que sua não substituição gerou aumento na carga de trabalho dos profissionais do serviço que participavam das reuniões da pesquisa, que, por isso, tinham que priorizar o trabalho do serviço de saúde; 3. Indisponibilidade de outros profissionais de saúde da unidade em se aproximarem – apesar do convite – do estudo; 4. Os profissionais de saúde estavam exauridos por conta de suas funções, e estar nas reuniões da pesquisa se mostrava mais um compromisso que contribuía para esse cansaço, de modo que, quando possível, eles não compareciam.

A partir do cenário relatado, consigo reconhecer que os profissionais de saúde da pesquisa também começaram a se distanciar, profissionalmente, dos servidores da unidade de testagem e aconselhamento. Com o tempo, ocorreu uma cisão entre profissionais da pesquisa e do serviço de saúde, não havendo mais a integração do início e, também, principalmente, uma indisponibilidade de ambas as partes de retomar essa proximidade.

O afastamento foi na esfera profissional, uma vez que a equipe da pesquisa, sempre que possível, era convidada para eventos diversos dentro e fora da unidade de saúde, como, por exemplo, *happy hour*. Assim, o distanciamento era somente no campo laboral, pois as relações externas ao trabalho se mantiveram, mas não foram o suficiente para religar profissionalmente essas equipes.

FLUXO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS – EIXO CLÍNICO

Os percalços descritos dificultaram, mas não impediram que fluxos fossem criados e atualizados ao longo de toda permanência do estudo no serviço de saúde. Nesta seção, descrevo o trajeto vivido pelo participante recém-inserido na pesquisa. *A priori*, a pessoa era captada pelas ações de recrutamento do projeto, agendada e recepcionada pela secretária da unidade do serviço de saúde. Na recepção, o adolescente ou jovem descrevia ser a primeira consulta com o estudo, preenchia a ficha da unidade de saúde e a ficha de recrutamento e, em seguida, era encaminhado para realização do teste rápido (TR) de sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV com o técnico de enfermagem contratado pelo estudo. Nesse momento, era comum o captado ficar nervoso/preocupado tanto com a forma de coleta do sangue, bem como com o resultado da testagem; porém, o atendimento acolhedor do técnico – no uso de memes/gírias da comunidade LGBTQIAP+, retiradas de dúvidas sobre PrEP e conversas descontraídas – contribuíam para uma mitigação das preocupações.

Após a coleta e o resultado dos exames, o captado era direcionado para o aconselhamento, onde era informado sobre seu *status* sorológico pelo aconselhador da pesquisa. Sendo resultado positivo para HIV, era acolhido e direcionado para um serviço da rede especializada no tratamento de HIV/aids. Se negativo, era explicado sobre o Estudo PrEP1519, as vantagens de fazer parte da pesquisa, as retiradas de dúvidas e o acolhimento de aspectos que transbordavam questões relacionadas à prevenção combinada às ISTs, como demandas de saúde mental, por exemplo. Além disso, nesse momento, era preenchida a ficha de elegibilidade do estudo. Se a pessoa tivesse interesse, ela era encaminhada para o assistente de pesquisa. Se não tivesse interesse, eram dados os contatos do projeto (WhatsApp, Instagram e página do Facebook).

É importante destacar que foi tentado, por diversas vezes, que os aconselhadores do serviço de saúde também realizassem os atendimentos com os

adolescentes e jovens, mas, na prática, essa demanda era direcionada para o aconselhador do estudo. Reconheço nessa conduta algumas **vantagens**: 1. O aconselhador da pesquisa tinha conhecimento dos instrumentos da pesquisa; 2. Melhor trato com demandas de adolescentes; e 3. Maior integração com a equipe do projeto. Em relação às **desvantagens**, temos: 1. Perda de os profissionais da unidade refinarem o manejo técnico com adolescentes e jovens; 2. Distanciamento dos profissionais de saúde da unidade do processo de trabalho da pesquisa; 3. Contribuição para o desconhecimento da equipe da unidade sobre o projeto (principalmente sobre as atualizações); e 4. Perda da integração entre equipe de saúde da unidade e do projeto, algo precioso e desenhado para acontecer.

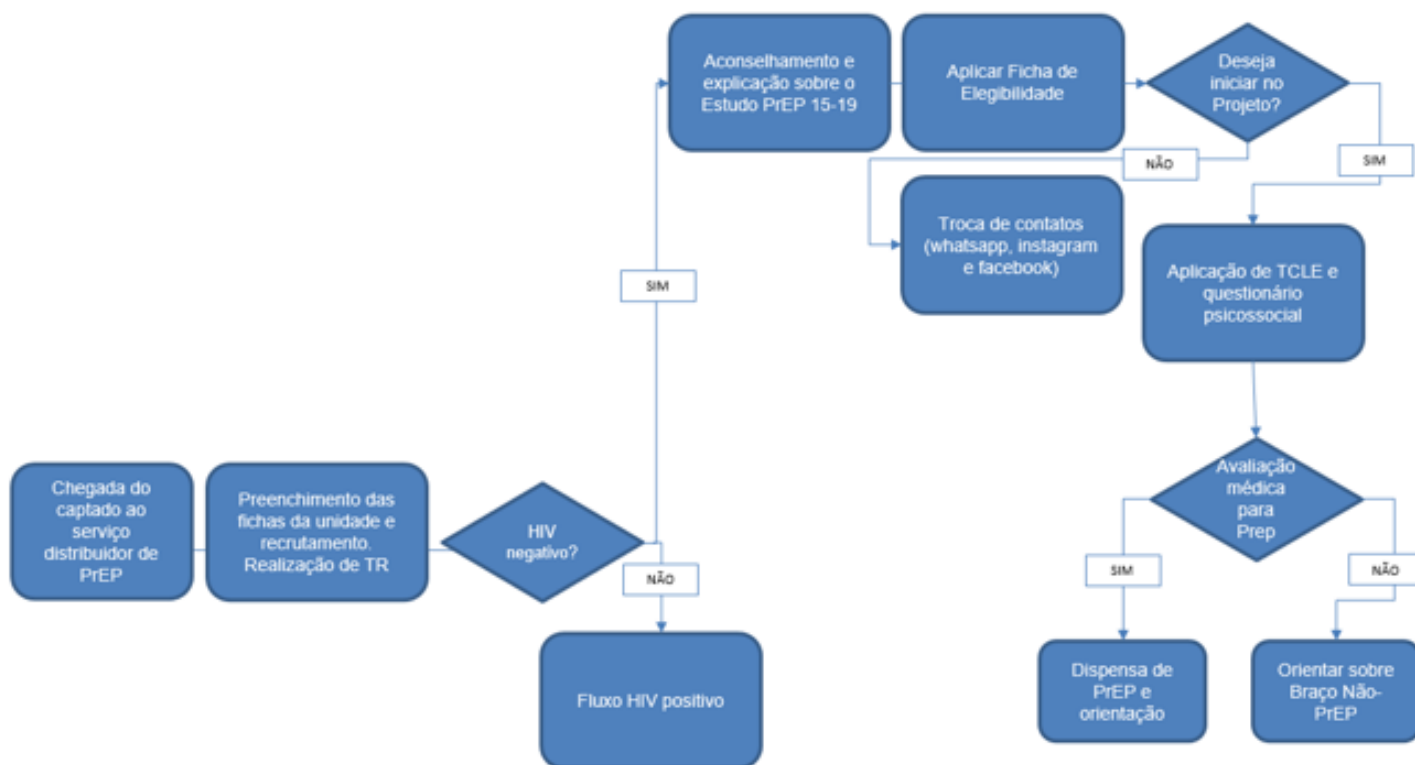
A etapa após a realização do aconselhamento era a leitura e a explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aplicação do questionário psicossocial²¹, realizado pelo assistente de pesquisa. Por ser um questionário com perguntas ligadas à intimidade dos participantes, ele necessitava de uma condução cautelosa para que o participante pudesse responder o mais condizente com a sua realidade.

Por fim, a última etapa consistia no atendimento médico, em que o profissional realizava exames físicos, aplicação da escala de depressão e retiradas de dúvidas sobre prevenção combinada às ISTs. Nesse momento, cabia ao profissional explicar sobre o braço desejado pelo participante - PrEP ou Não-PrEP – assim como avaliar os riscos à infecção a partir da narrativa do adolescente ou jovem. Não tendo indicação para PrEP, o médico descrevia quais recursos esse participante teria à sua disposição. Se com perfil para uso da profilaxia, o médico dispensava um frasco (30 comprimidos) e agendava o primeiro retorno para 30 dias da primeira consulta.

A Figura IV ilustra o que eu descrevi ao longo do texto sobre o fluxo de trabalho no Estudo PrEP1519:

²¹ Questionário psicossocial: perguntas sobre práticas sexuais, prevenção combinada, conhecimento sobre modalidades preventivas, cenas de violência e outros aspectos.

Figura IV – Fluxograma de atendimento dos participantes do Estudo PrEP1519



Fonte: Elaborado pelo autor.

FLUXO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS – EIXO VINCULAÇÃO

A princípio, é indispensável que haja a distinção entre vinculação e vínculo, para que ambas as palavras não sejam tomadas como sinônimos. A primeira trata de um fluxo de trabalho construído pela pesquisa e essencial tanto para os profissionais de saúde do Estudo PrEP1519, quanto para os participantes. Para os profissionais de saúde, esse processo de trabalho ajuda a saber *quando, como e o que* devem abordar com os participantes. Já para os adolescentes e jovens, a vinculação é reconhecida como manutenção para o uso diário da PrEP, bem como um espaço para compartilhar outros contextos, como término de namoro, violência, medo da descoberta da orientação sexual pelos pais e outros aspectos relevantes.

Apesar do cerne dessa dissertação não ser a construção do vínculo entre profissionais de saúde e participantes, ele perpassou as falas e a convivência entre os adolescentes e profissionais ao longo de todo o estudo e, por isso, deve ser

destacado. Recorro à psicanálise como forma de respaldar a concepção escolhida por mim para conceituá-lo:

“Vínculo é a realidade psíquica inconsciente específica construída pelo encontro de dois ou mais sujeitos. Essa definição pelo *conteúdo* põe a ênfase na realidade psíquica inconsciente, objeto constitutivo da psicanálise. Ela fica mais precisa com uma abordagem em termos de *processo*: **o vínculo é o movimento mais ou menos estável dos investimentos, das representações e das ações que associam dois ou mais sujeitos para a realização de alguns de seus desejos.**”
(KAËS, 2011, p. 159)

De antemão, é necessário compreender que a realidade psíquica se refere à realidade interna do indivíduo mediada pela externa, o que permite que as pessoas consigam assimilar as representações do mundo exterior e correlacioná-las com seus conteúdos internos (LEANDRO; COUTO; LANNA, 2013). Na prática, o conceito se apresenta da seguinte forma: os sentidos atribuídos pelos adolescentes e jovens aos profissionais de saúde e ao projeto são resultado tanto do que eles esperavam da atuação dos profissionais de saúde (como, por exemplo, respeito ao nome social, não desvalorização das suas vivências, reconhecimento da sua produtividade, entre outros), bem como do quanto tiveram essa aspiração efetivada na realidade, deparando-se com profissionais de saúde que não deslegitimassem suas vivências. A partir disso, o vínculo é construído e utilizado no cuidado desse segmento social.

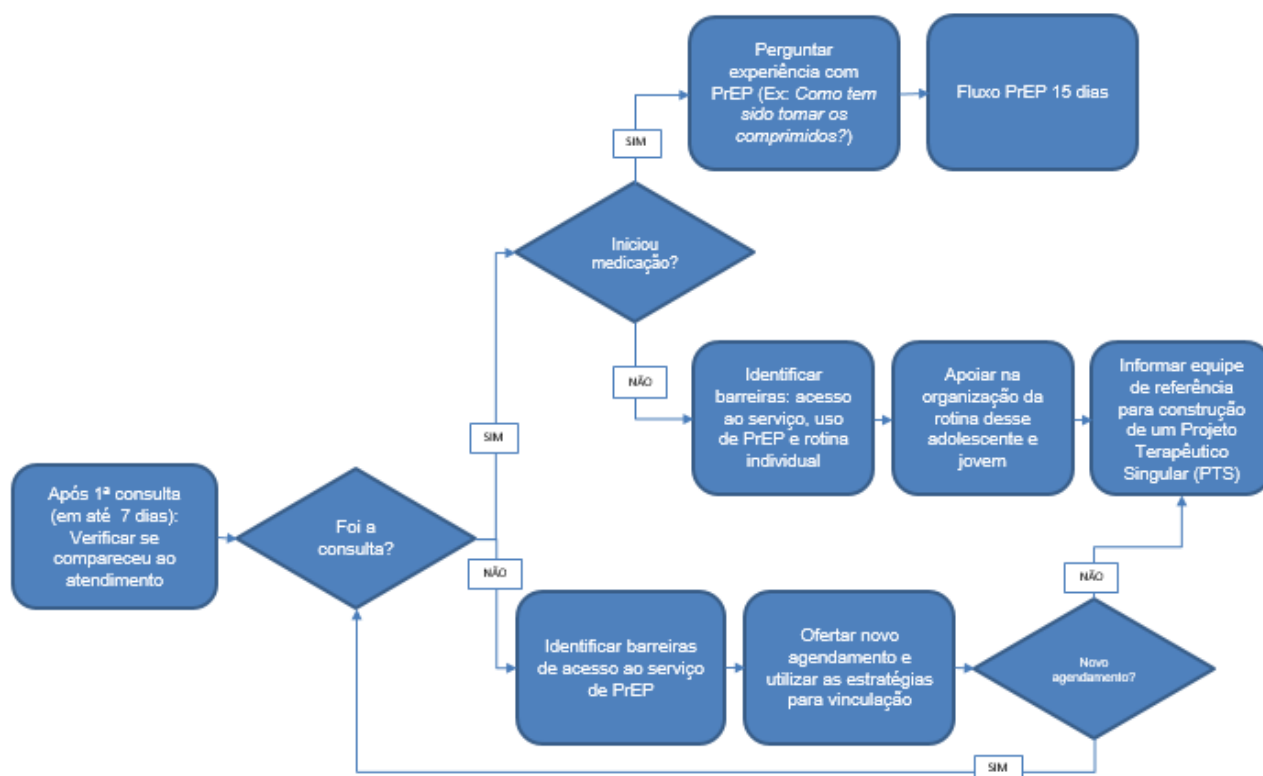
O fluxo de trabalho da vinculação foi desempenhado pelos vinculadores e retentores. Os vinculadores ficavam responsáveis pelos contatos realizados nos primeiros 30 dias de uso de PrEP (da primeira consulta ao primeiro retorno). O primeiro contato era feito em até 7 dias da data da primeira consulta para verificar se a pessoa havia comparecido. Se não, o vinculador retomava o contato para reagendar. Se sim, a conversa era iniciada com o objetivo de saber como havia sido a experiência dentro do serviço e se havia iniciado o uso da PrEP.

Se a pessoa tivesse iniciado a tomada dos comprimidos, o vinculador tinha como objetivo compreender como estava sendo a experiência nesse primeiro momento e se a pessoa apresentava alguma dificuldade na ingestão da PrEP, bem como fatores contextuais associados (racismo, homofobia, classismo e outros) que

contribuíssem negativamente para experiência do uso. Caso o participante não tivesse iniciado a medicação, o vinculador era responsável por identificar e ajudar na superação das barreiras classificadas, como: 1. Acesso ao serviço (por exemplo, horário do serviço incompatível com a rotina do adolescente ou jovem); 2. Uso da PrEP (por exemplo, receio de efeitos adversos); e 3. Rotina individual (por exemplo, acreditar que PrEP não é para si). A partir desse levantamento de dados, o profissional de saúde, junto à equipe do estudo e ao participante, construía um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (KINOSHITA *et al.*, 2020), na intenção de sanar o problema identificado para que a pessoa iniciasse o uso do comprimido. O PTS também era utilizado para as pessoas que não compareciam à primeira consulta, mas mantinham contatos virtuais com o vinculador.

A figura V ilustra o que descrevi sobre o fluxo de vinculação dos primeiros 7 dias:

Figura V: Fluxo de trabalho da vinculação (7 dias)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a realização do primeiro contato (7 dias), o vinculador, pelo fluxo estabelecido, fazia um novo contato 15 dias após o primeiro. O propósito era acompanhar a experiência de uso da PrEP, verificando se o adolescente ou jovem havia interrompido o uso do comprimido ou permanecido. Para os casos dos participantes que tinham interrompido, o profissional identificava qual barreira contribuiu para o não uso do comprimido, para realizar conduta adequada. Para essas situações, eram comuns fazerem atendimento com o vinculador.

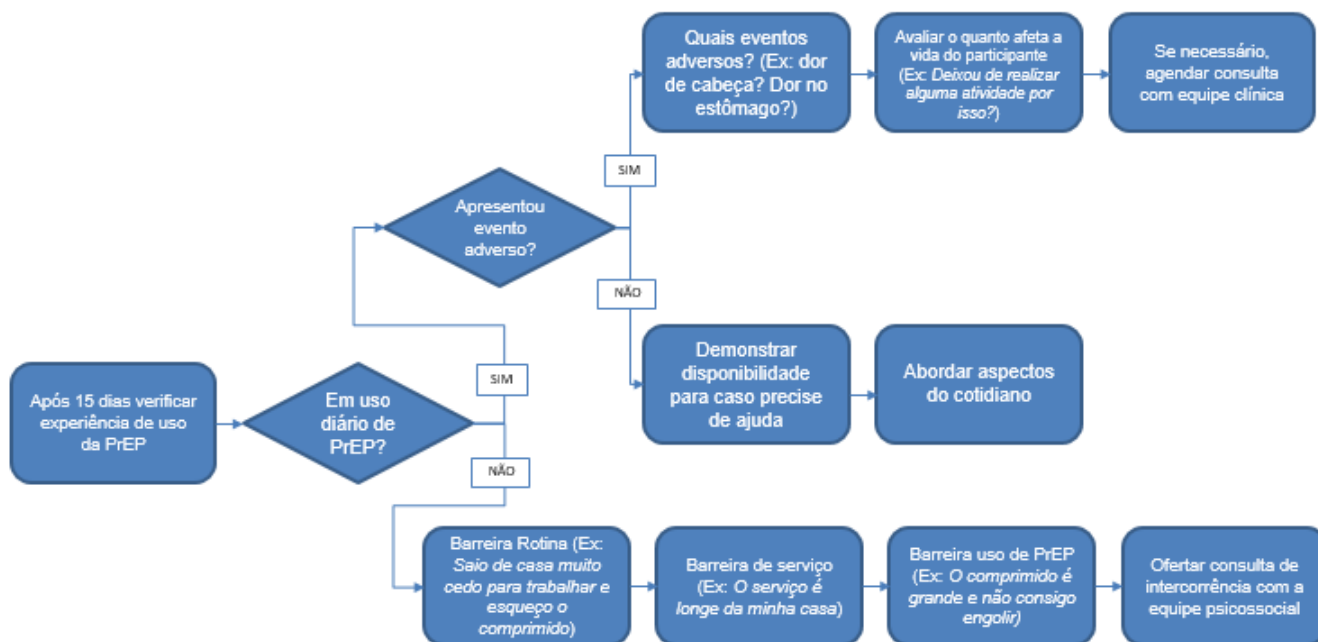
Em relação aos participantes que mantinham o uso da PrEP, o papel do vinculador era retomar o contato de forma fluída, fazendo uma articulação com conversas anteriores. Por exemplo, se o adolescente ou jovem descreveu que havia tido efeitos colaterais do medicamento (no primeiro contato), o profissional deveria retomar esse aspecto e verificar se o efeito já havia passado ou não, e fazer o manejo clínico necessário. O mesmo se aplica caso tivesse sido compartilhada alguma cena de violência, tornando-se pretexto para adentrar a conversa retomando um assunto importante de saber qual foi o desfecho.

Quanto aos efeitos adversos persistentes, o profissional tinha como tarefa avaliar de que forma prejudicavam ou não a vida do participante e, se necessário, realizar agendamento com o médico da pesquisa.

Por fim, essa etapa era concluída com o vinculador lembrando a data e o horário da primeira consulta de retorno para o participante e se colocando à disposição para novos contatos.

A figura VI ilustra o que descrevi sobre o fluxo de vinculação dos 15 dias:

Figura VI – Fluxo de trabalho vinculação (15 dias)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na primeira consulta de retorno, o participante tinha um tempo para conversar com a médica, descrever como foi a sua experiência de tomada de PrEP no primeiro mês, as dificuldades, os medos, as incertezas. Depois da realização dos exames clínicos e do compartilhamento dos resultados, a médica dispensava mais 3 frascos do comprimido, e o retorno era marcado para 3 meses.

Após essa consulta, o participante iniciava em um período descrito como retenção e, nele, permanecia ao longo do estudo. A retenção se debruçava em acompanhar a adesão à PrEP, além das dificuldades para conseguir permanecer em uso adequado do comprimido. A retentora recorria por diversas vezes à marcação de consultas virtuais ou presenciais, com o objetivo de ofertar um cuidado para além das trocas de mensagens.

Apesar do fluxo descrito a respeito do número mínimo de contatos, o vinculador e a retentora tinham autonomia para realizar diversos contatos com os participantes, a depender da gravidade e da complexidade de cada caso.

Os fluxos e as etapas de trabalho do Estudo PrEP1519 estavam em consonância com o preconizado para os serviços que ofertam PrEP no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2022b), o que reverberou em um atendimento de qualidade e que visava mitigar a possibilidade da desistência do uso do comprimido e o afastamento

do serviço de saúde. Além de ampliar o cuidado, não se restringindo à tomada da PrEP, mas reconhecendo fatores estruturais como facilitadores ou não do uso do comprimido.

EDUCAÇÃO PERMANENTE – QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTUDO PREP1519

O Estudo PrEP1519 sempre esteve preocupado com a realização dos atendimentos dos adolescentes e jovens por uma equipe qualificada e respeitosa, então priorizou profissionais, dentro do possível, LGBTQIAP+, negros e com local de moradia no território da unidade, com o intuito de auxiliar no processo de vínculo entre os participantes e a equipe.

Ao longo da ampliação do projeto, a equipe reconheceu fragilidades quanto a determinados temas e reivindicaram a necessidade de abordar assuntos interseccionais ao uso da PrEP, como, por exemplo, negritude, identidade de gênero, orientação sexual, juventude e outros. A partir desse cenário, a coordenação estabeleceu a Educação Permanente (EP) no calendário de atividades dos profissionais.

As EPs ocorreram uma vez por mês e foram dirigidas tanto pelos profissionais do próprio projeto – a depender do tema abordado – como por profissionais externos à pesquisa. Os assuntos abordados emergiram das reuniões realizadas entre a equipe e a identificação de aspectos que precisavam ser discutidos de forma ampliada e embasados cientificamente.

Os acordos estabelecidos para realização dessa atividade eram de que ela: 1. Ocorresse uma vez por mês; 2. Priorizasse convidar profissionais externos para condução do processo formativo; 3. Pudesse ter temas e palestrantes sugeridos de maneira autônoma pela equipe; e 4. Contasse com participação obrigatória de todos.

Por consequência da pandemia, as EPs ocorreram, no início, de forma virtual, o que foi importante para o processo de integração da equipe. Os aspectos **positivos** da modalidade virtual eram: 1. Comodidade de poder ser realizada de casa; e 2. Compartilhamento de links com vídeos ou indicações bibliográficas por parte do palestrante. Em contrapartida, os aspectos **negativos** foram: 1. Dificuldade de concentração da equipe; 2. Internet instável na casa dos profissionais; e 3. Ausência de ferramentas de trabalho adequadas (exemplo: computadores/celulares).

A primeira EP ocorreu em 29 de setembro de 2020, com o tema *Sexualidades (sexo biológico, orientações sexuais, identidade de gênero, expressão de gênero), transvestigeneridades, transexualidades, transgeneridades, travestilidades e não-binariedades*). O tema surgiu pelo aumento de pessoas com identidade não binária na pesquisa, somado com o pouco conhecimento sobre esse tema por parte da equipe.

O Quadro III descreve quais temas foram discutidos ao longo do tempo e reforça sobre o investimento da pesquisa nesses profissionais de saúde, com o objetivo de instrumentalizá-los no cuidado com adolescentes e jovens com expressões diversas dos marcadores sociais da diferença.

Saliento que as EPs foram vistas pela equipe como um momento essencial e que auxiliou e melhorou tanto a relação com os participantes (pois os profissionais se sentiram mais capacitados para abordar temas antes desconhecidos ou com pouca informação), quanto a relação entre a própria equipe, que reconheceu que os aspectos discutidos também atravessavam as vidas deles e de seus colegas de trabalho.

A importância dessa atividade na dinâmica de trabalho da equipe é nítida, pois foi possível reconhecer que o processo de trabalho melhorou, tanto por conta da EP, quanto por esses profissionais se permitirem rever conceitos cristalizados e reformulá-los conforme as discussões atuais sobre os temas abordados.

A intenção em descrever esse processo formativo foi para destacar que os resultados encontrados na minha dissertação sobre a sensibilidade desses profissionais em reconhecer determinadas opressões sociais em relação à experiência de uso da PrEP não foram somente por aspectos pessoais, mas por haver um respaldo da pesquisa em melhorar suas percepções sobre assuntos que atravessam a vida dos adolescentes e jovens da pesquisa.

Quadro III – Temas da Educação Permanente do Estudo PrEP1519

Temas da Educação Permanente do Projeto PrEP1519
Sexualidades (sexo biológico, orientações sexuais, identidade de gênero, expressão de gênero), transvestigeneridades, transexualidades, transgeneridades, travestilidade e não-binariedade
Sinergia da vulnerabilidade e práticas sexuais, identidades sexuais contra-hegemônicas: papel político contestador x papel socioeducativo

Cuidados de adolescentes e jovens em processo de construção de identidade
Humano genérico x especificidades, marcadores sociais/interseccionalidade
Racismo, território, transfobia e acolhimento
Identidade racial: pertencimento e ativismo na sociabilidade jovem
Compreendendo o papel do educador no período de recrutamento
Contribuições do educador par no processo de vinculação
Como lidar com as barreiras de conhecimento e acesso à PrEP no período de recrutamento
Retomando contatos com participantes não aderentes ao projeto
Racismo e saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROJETO PREP1519

Dante

Homem cis, gay, negro, 26 anos e graduado em Psicologia. Quando a entrevista foi realizada, estava no projeto havia 18 meses. Dante, durante a graduação, estudou, na sua iniciação científica, a respeito de adolescentes e jovens que desejavam compartilhar sobre a orfandade dos pais por consequência da aids. O trabalho foi o início do seu interesse pelo tema e, a partir disso, continuou a pesquisar sobre HIV/aids e populações vulneráveis. Ao fim da graduação, começou a sua especialização em Psicologia Hospitalar, com a qual pôde atender pessoas vivendo com HIV/aids, tendo acesso a angústias vividas por esse público, como a revelação diagnóstica, o medo de sofrer estigma e discriminação, o desejo pela cura e outros aspectos. Dante, apesar do trabalho com pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV/aids), não havia trabalhado com adolescentes e jovens; pelo contrário, o seu público de acompanhamento psicológico, no hospital, era composto majoritariamente por adultos e idosos.

A descoberta sobre o projeto ocorreu por indicação da sua ex-orientadora da graduação, que compartilhou a vaga de assistente de pesquisa. A partir da sua aprovação na entrevista, Dante inicia, em março de 2019, na função conquistada, atuando em duas frentes: 1ª sistematização dos dados quantitativos por meio da construção de planilhas, gráficos e tabelas; 2ª aplicação do questionário psicossocial.

A atuação como assistente de pesquisa durou três meses, e ele foi transferido posteriormente para a função de aconselhador e vinculador, devido à saída da vinculadora e à aptidão na aplicação do questionário com os participantes. O trabalho como aconselhador consistia em atender pessoas que buscavam o centro de testagem e aconselhamento (CTA) para realização dos testes de HIV, sífilis, hepatite B e C, além de tirar dúvidas sobre PrEP, PEP e outras possibilidades da mandala de prevenção ao HIV e a outras ISTs.

O segundo cargo, de vinculador, consistia em realizar contato – virtual²² ou presencial – com os participantes para tirar dúvidas sobre PrEP, efeito adverso, incerteza na permanência do uso do comprimido, receio quanto à eficácia da profilaxia e outros. Além dos contatos com participantes em PrEP, era responsabilidade de Dante estar atento aos participantes Não-PrEP, pessoas que não faziam uso da profilaxia, mas que deveriam ter acesso a outras medidas preventivas ofertadas com o objetivo da não infecção ao HIV.

Durante a pandemia e com o distanciamento social, Dante ocupou o cargo de vinculador de recrutamento, que consistia em auxiliar os educadores par²³ no processo de filtragem de casos mais ou menos urgentes para irem ao serviço – visto que a preocupação da equipe, durante a pandemia, era de que os adolescentes e jovens ficassem o menor tempo possível na unidade.

O profissional sempre se mostrou muito atento, cauteloso e dedicado nas suas funções de vinculador, bem como disponível no cuidado dos participantes do PrEP1519.

Valentina

Mulher cis, hétero, negra, 43 anos, graduada em Psicologia e há 12 meses no projeto. Valentina descreveu que a sua atuação no campo do HIV iniciou ainda no estágio da graduação, quando uma das professoras, ativista do movimento de HIV/aids, inseriu, na grade curricular, um estágio supervisionado em uma ONG com crianças vivendo com HIV. Valentina descreve que foi o primeiro contato com o

²² O contato virtual consiste em conversar com o participante por meio de WhatsApp, Instagram, e-mail ou outra plataforma digital. Entretanto, em virtude da troca de número constante ou das não respostas de alguns participantes por meio dessa primeira possibilidade, o contato de acompanhamento pode ocorrer de forma presencial, por exemplo, no retorno à consulta.

²³ Os Educadores Par são pessoas com marcadores sociais iguais à do participante, pois acredita-se que essa paridade pode ser benéfica no processo de cuidado ampliado. Por exemplo, uma equipe com mulheres trans, travestis, pessoas negras, que morem na mesma região dos participantes.

segmento, ficando nessa ONG por 10 anos (inicialmente como estagiária e, depois, como profissional). Ela relatou que esse estágio foi essencial para se aproximar do tema e se afeiçoar com o trabalho, o que contribuiu para que permanecesse e se especializasse cada vez mais no atendimento psicológico desse público.

Além do trabalho na ONG, Valentina atuou também no Programa Municipal de HIV/aids de São Paulo e, atualmente, realiza atendimento na esfera clínica, prioritariamente destinado a pessoas vivendo com HIV/aids, população LGBTQIAP+ e pessoas negras. A profissional destacou que esses segmentos precisam ser ouvidos devido ao histórico de estigma, discriminação e marginalização social que reverbera em diversos campos do sujeito, sobretudo na saúde mental.

A descoberta da existência do Projeto PrEP1519 se deu por indicação de uma amiga que trabalhou com Valentina no Programa Municipal de ISTs/HIV/aids de São Paulo, que achou que ela pudesse ocupar a vaga de coordenação em virtude de experiências pregressas, bem como por já ter atuado com adolescentes e jovens em sua trajetória profissional.

Valentina inicia na pesquisa como assistente de coordenação e retentora. O primeiro cargo consistiu em auxiliar a coordenadora de campo, Lídia, no funcionamento do serviço de saúde de PrEP, com o manejo de conflito entre os profissionais de saúde do projeto, o cumprimento dos acordos estabelecidos nas reuniões, a condução das reuniões de equipe, a articulação com a gerência do serviço de saúde no qual a pesquisa estava instalada e a construção de relatórios sobre o projeto.

O segundo cargo, de retentora, consistiu em acompanhar o adolescente e jovem na tomada de PrEP. Os fluxos de contatos feitos pela retenção, na teoria, ocorriam uma vez por mês para os casos menos complexos (participantes em uso adequado do medicamento). Já os casos complexos (pessoas com dificuldade para uso do comprimido em virtude do medo de efeito colateral ou das experiências de discriminações) eram contatados quantas vezes fossem necessárias. A retenção supostamente lidaria com pessoas que já tivessem maior conhecimento sobre o projeto e, dentro das possibilidades, maior autonomia em virtude do conhecimento sobre prevenção combinada ao HIV construído ao longo do percurso na pesquisa.

O cargo de retentora, ocupado por Valentina, foi bastante aguardado pela equipe pelo volume de participantes que se tinha na pesquisa. A sua chegada em 1º de outubro de 2019 foi celebrada pela equipe com falas como “*Ela chegou!*”. O

acúmulo de trabalho era grande e, por isso, Valentina permaneceu na coordenação por 5 meses. Após isso, ela ficou somente na retenção, cargo que desempenhou brilhantemente ao longo dos dias, principalmente durante a pandemia, quando os adolescentes e jovens tiveram sequelas emocionais reabertas e exacerbadas por consequência de isolamento social e maior contato com a família nuclear.

Sofia

Mulher cis, hétero, branca, 52 anos, graduada em Biomedicina e há 8 meses na pesquisa. Sofia é uma profissional que trabalha com HIV/aids há 14 anos, tanto no atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids, bem como na gestão de serviços de prevenção da mesma temática. A profissional relatou sobre a condução de um serviço de testagem (CTA) e que ela fazia questão que houvesse, para um cuidado integrado das pessoas atendidas, relação com outros programas desenvolvidos pelo SUS – por exemplo, consultório na rua (CnaR), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros.

A respeito do contato com jovens e adolescentes, destaca que, quando esteve à frente do CTA, priorizava a realização de grupos com esse segmento, o que costumava funcionar. Segundo ela, era uma forma de trazê-los para o serviço, pois abordagens individuais não surtiram tanto efeito. Sendo assim, identificou nas ações em conjunto uma forma de compartilhar informações importantes sobre prevenção ao HIV/aids. Além disso, descreveu que as escolas também costumavam solicitar palestras, que tinha uma boa receptividade do público jovem.

Atualmente, ela está inserida também em outro projeto com pessoas que vivem com HIV/aids e cuida do processo de vinculação ao medicamento, comparecimento nas consultas e retirada de dúvidas, além do acolhimento de aspectos psicossociais.

A sua candidatura ao Projeto PrEP1519 ocorreu a partir da indicação de uma amiga para vaga de coordenação, mas Sofia já conhecia sobre o projeto por já ter conduzido uma oficina no serviço de saúde em que a pesquisa estava inserida.

Sofia inicia no Projeto PrEP1519 em 27 de julho de 2020 com duas funções: coordenação de serviço de saúde e retentora. O trabalho de retentora, durante um período, foi partilhado entre Valentina e Sofia; entretanto, em decorrência da alta demanda da coordenação, Sofia deixa o cargo de retentora para cuidar somente da coordenação do serviço, devido às pendências que haviam se acumulado ao longo do período em que não houve coordenação direta com a equipe de saúde.

A profissional sempre se mostrou à disposição tanto para o cuidado dos participantes, bem como para gestão da equipe, tendo que coordenar diversas pessoas com características, desempenhos e disponibilidade diferentes.

Romeo

Agênero/homem cis, homossexual, branco, 29 anos, graduado em Psicologia e há 4 meses na pesquisa. Quanto ao seu percurso profissional, Romeo descreveu ter trabalhado no Programa Transcidadania, da Prefeitura de São Paulo. Apesar de estarem alocados na Secretaria de Direitos Humanos, ele e os demais profissionais passaram por uma capacitação para realização de teste rápido de HIV, bem como compartilhamento de diagnóstico de sífilis, hepatite B e hepatite C. Ele e as outras pessoas, após essa capacitação, realizavam testagem e aconselhamento à luz da prevenção combinada ao HIV, porém, como descrito pelo profissional, após uma portaria ter sido sancionada, a testagem rápida e o aconselhamento se restringiram somente aos serviços de saúde, o que fez com que parassem de realizar tal atividade.

Anterior ao trabalho dentro da Secretaria de Direitos Humanos, Romeo, durante a sua tese, estudou corporalidades trans e travestis, debruçando-se a compreender a construção dos corpos trans e as experiências individuais de cada pessoa entrevistada. A respeito do Projeto PrEP1519, ficou sabendo por ex-professores do doutorado que compartilharam a vaga de coordenação do serviço de saúde. Apesar de reconhecer pouca aptidão para o cargo, um dos motivadores para a tentativa foi a crescente demissão de docentes na universidade em que trabalhava. Durante a entrevista, ele teve a grata surpresa de descobrir a possibilidade de compor a equipe como psicólogo, em vez de coordenador, e isso o deixou feliz, pois se sentia mais apto para essa função, tendo em vista sua trajetória e formação.

A vaga de psicólogo, na qual iniciou em 27 de julho de 2020, era para o serviço comunitário na Cidade Tiradentes (zona Leste), que ainda estava sendo construída e que teve, como uma das suas funções, mapear os serviços de saúde da região para possíveis encaminhamentos [por exemplo, centros de hormonização, unidades básicas de atendimento (UBS), coletivos e outros locais de cuidado]. Entretanto, com a saída de Valentina da pesquisa e a boa atuação de Romeo no serviço da zona Leste, ele é convidado a integrar a equipe de serviço de saúde do Centro, onde passa a desenvolver a função de retentor.

Com a saída de Valentina, há uma nova expectativa para o cargo de retentor, não mais focado nos atendimentos individuais – dado o grande volume de atendimentos com que a profissional precisou lidar –, e sim no reconhecimento de quais são os serviços existentes na região central para realização de encaminhamentos, além de um acompanhamento mais sistemático dos casos, tendo a função de identificar conjunturas mais complexas e brandas e, a partir disso, administrar os contatos feitos com os adolescentes e jovens da pesquisa.

Romeo era alguém jovem e “deslocado” – com tatuagens – o que facilitou a interação com jovens, principalmente com as meninas trans e travestis e com os meninos cis com expressão de gênero não normativa. Os seus atendimentos ocorriam de forma virtual e presencial, e a sua atuação com os adolescentes e jovens sempre se mostrou como uma boa relação. Apesar de muitos participantes apegados à antiga retentora, a mudança de profissional não gerou afastamento nos adolescentes e jovens, pois Valentina, ao sair, cuidou de apresentar o novo retentor para os casos mais complexos, sendo indicado para os participantes como alguém de confiança da pesquisa e de Valentina, também. O simples manejo de apresentar o novo profissional contribuiu para que os vínculos não fossem rompidos, e sim fortalecidos, entre pesquisa/profissional e participante.

Matteo

Homem cis, homossexual, negro, 35 anos, médico e há 6 meses no projeto. O profissional destacou ter atuado, antes do início no Projeto PrEP1519, na PrEP SUS, na mesma instituição em que a pesquisa estava inserida. Na época, Matteo foi o primeiro médico a atuar com PrEP nesse serviço, pois não havia distribuição do medicamento nessa unidade antes disso. Durante esse tempo de atuação, lidou com adolescentes e adultos com identidades/expressões de gênero e orientações sexuais diversas. Além disso, por compor a equipe desse serviço de testagem, o profissional conhecia tanto a equipe na qual atuava, quanto a equipe do projeto, e sempre teve uma ótima interação com ambas.

Apesar de Matteo atuar com pessoas vivendo com HIV/aids e usuários de PrEP, o profissional descreveu que, mesmo tendo atendido alguns adolescentes e jovens, eles ainda eram um público que o deixava inseguro em decorrência de uma suposta baixa autonomia e relação conturbada com familiares. Ainda que gostasse

de trabalhar com prevenção ao HIV, Matteo percebeu que trabalhar com esse público seria desafiador para ele.

Por já ter essa boa interação com os profissionais da pesquisa, Matteo foi convidado para atuar em um dos períodos disponíveis para trabalho, compartilhando os atendimentos dos participantes com Antonella. O início das atividades ocorreu em 18 de maio de 2020 e, logo em seguida, com a saída de Antonella e subsequente saída de Enzo, foi convidado a se tornar médico com atuação integral.

A atuação do médico consistia no atendimento aos participantes, bem como na explicação sobre PrEP, efeitos adversos e prevenção combinada. Além disso, acolher, dentro do possível, demandas relacionadas a outros contextos de vida. Para Matteo, essa parte – acolhimento – foi desenvolvida ao longo do projeto, pois não era uma habilidade de que detinha em seu repertório.

Enzo

Homem cis, homossexual, branco, 27 anos, médico e há 3 meses no projeto. Enzo descreveu a sua pouca experiência na área de prevenção combinada ao HIV. O profissional destacou que a sua atuação no campo da prevenção era direcionada à ginecologia – devido à sua especialização –, não havendo uma intersecção com a população LGBTQIAP+. O profissional ressaltou que tinha contato com prevenção combinada ao HIV e a outras ISTs quando atuava no pré-natal, informando sobre os cuidados e os tratamentos possíveis a depender da infecção. Atuar no projeto foi uma novidade, pois a sua rotina como ginecologista requeria outras especificidades, além de atuar com outros segmentos sociais.

A sua chegada no Projeto PrEP1519 se deu por meio de Matteo, que o conhecia de um grupo de médicos de que ambos participavam. A partir disso, ele se candidatou à vaga e, em 8 de julho de 2020, inicia na pesquisa. O seu interesse nessa candidatura foi por desejo de se aproximar do tema e compreender mais esse outro campo médico de atuação. Enzo nunca havia trabalhado em um centro de testagem e aconselhamento.

A atuação de Enzo, bem como a dos outros médicos, ficava circunscrita à parte clínica, compartilhamento diagnóstico, orientação sobre prevenção combinada ao HIV e tratamento de ISTs. Enzo, dentro os médicos entrevistados, era o que menos tinha uma atuação destacada, não somente em virtude da sua área médica, mas também

por um baixo envolvimento da sua parte nas questões que superavam os atendimentos.

Enrico

Homem cis, gay, negro, 25 anos, técnico em enfermagem e há 21 meses no projeto. Enrico não tinha experiência prévia no trabalho com adolescentes e jovens. O profissional, antes do ingresso na pesquisa, atuava na área hospitalar, e suas atividades eram desempenhas das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) com adultos. Ele descreveu que houve contato com adolescentes e jovens, mas em um número muito mais baixo se comparado aos adultos, além de o contexto não propiciar abordagem de aspectos de prevenção combinada ao HIV.

Apesar da pouca prática no atendimento do segmento desejado pelo projeto, Enrico sempre foi muito disponível em aprender novas funções. Em virtude da sua comunicação fácil, ele descreveu que Giovani, enfermeiro do projeto, compartilhou com ele sobre a vaga e disse que ele tinha perfil para desempenhar bem o cargo. Sendo assim, Enrico se candidatou para a vaga de técnico de enfermagem/enfermeiro, foi aprovado e iniciou as suas atividades em 28 de janeiro de 2019.

Na sua rotina de trabalho, o profissional descreveu dois aspectos: o primeiro relacionado ao atendimento ao público geral – pessoas que frequentam o serviço e que não têm perfil para pesquisa – na busca por PEP e por informações sobre PrEP, por insumos de prevenção e na coleta de exames de ISTs. O segundo aspecto é no atendimento de jovens e adolescentes da pesquisa, em que realizava procedimentos iguais aos descritos acima, mas de forma diversificada e individualizada – permitindo que o participante escolhesse uma música para realização da coleta de exame, por exemplo.

Enrico tem imensa facilidade no contato com adolescentes e jovens, e os participantes gostam da sua presença. Era muito comum que fizessem contato com os vinculadores perguntando se Enrico faria a coleta de exames, pois experiências discriminatórias prévias em serviço de saúde os deixaram com ressalvas ao atendimento dos profissionais de saúde. O cuidado e a gentileza de Enrico no trato desse público contribuíram para a relação de proximidade e confiança que os participantes tiveram no projeto.

Antonella

Mulher cis, homossexual, branca, 34 anos, médica e permaneceu no projeto por 15 meses. Antonella contou sobre as suas atuações anteriores ao Projeto PrEP1519. De acordo com a profissional, ela atuou, quando estava no Sul, no Programa da Saúde da Família (PSF). A profissional destacou que, dentro do programa, era difícil falar sobre sexo e prevenção, mas que, sempre que tinha contato com adolescentes e jovens, costumava auxiliar na obtenção de informações preventivas e práticas de cuidado para não infecção ao HIV e a outras ISTs. Outro campo de atuação ainda na região Sul foi o trabalho no Serviço Especializado de Assistência (SAE), onde atuou em pequenas cirurgias, como, por exemplo, retirada de verrugas. Ali, havia diversos adolescentes e jovens que buscavam por Antonella no intuito de realização dos procedimentos.

A partir dessas experiências, a profissional retorna para São Paulo e inicia o trabalho em um SAE da região central, onde a sua chefe da época indicou o projeto PrEP1519. Ela não teve a sua aprovação imediata, descreveu que recebeu uma devolutiva negativa após a sua inscrição, mas que em menos de um mês, Lídia, coordenadora de campo, fez contato marcando a entrevista.

A experiência com trabalhos anteriores com o público de adolescentes e jovens auxiliou Antonella, pois ela não se descreveu insegura no trato com o segmento. Pelo contrário, a profissional sempre foi muito ágil nas suas atuações e manejos clínicos. Dentro da sua rotina no centro de testagem em que o projeto estava inserido, relatou a respeito das reuniões de equipe que ocorriam para alinhamento do fluxo de trabalho, bem como para atendimento aos participantes. Antonella destacou que atrasos eram comuns e, por isso, aproveitava esse tempo livre para realização da parte administrativa – atualização do prontuário, sistema e checagem de exames.

De início, Antonella ficava com o período da manhã, mas, com a saída de Vagner, médico infectologista que acompanhava os adolescentes e jovens na parte da tarde, a profissional foi convidada a assumir os dois períodos. Para ela, a oportunidade veio a calhar, pois estava em processo de desligamento do seu outro vínculo. A partir desse momento em que ela assume ambos os horários, a sua proximidade com os participantes se tornou ainda maior. Ela relatou que, de início, alguns ficaram chateados com a saída de Vagner, mas ela fez um excelente trabalho de aproximação com esse público específico.

A interação entre Antonella, Dante e Valentina era constante, pois a médica precisava, algumas vezes, de informações às quais somente o vinculador retentor tinha acesso.

O seu período na pesquisa foi excepcional, pois conseguiu atuar tanto na parte administrativa, quanto clínica, dado um período em que Antonella compartilhou a coordenação de serviço de saúde com Valentina. Em seguida, deixou o cargo e começou a trabalhar com aquilo em que mais tem interesse: os atendimentos com os adolescentes e jovens.

A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ESTUDO PREP1519 A CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM COM OS ADOLESCENTES E JOVENS DO PROJETO

Nesta seção, destaco a importância de se atentar à forma de se comunicar com adolescentes e jovens, principalmente quando se trata de uma população que se enquadra como membro da comunidade LGBTQIAP+, como pessoa preta e com expressão de gênero não heterocisnormativa.

Retomo as reuniões de equipe realizadas pelo projeto para discussão de fluxo de trabalho e como Enrico, técnico de enfermagem, costumava ser descrito pela equipe como a “porta de entrada” ideal para a pesquisa. Para além da postura ética e do conhecimento técnico, ele tinha cuidado ao falar com as pessoas atendidas, como, por exemplo, perguntando por qual pronome a pessoa atendida desejava ser tratado(a/e). Ele também permitia que o participante escolhesse uma música do seu interesse para ouvir durante a coleta de sangue. Além disso, costumava abordar temas pelos quais os adolescentes e jovens tinham interesse. Era comum perceber Enrico falando, na sala de coleta de exames, sobre games, influenciadores digitais de interesse dos jovens, festas LGBTQIAP+ e aproveitando essas situações para tranquilizar os participantes preocupados com o resultado dos testes, principalmente de HIV. Em um estudo qualitativo realizado com enfermeiros trabalhadores da rede de atenção primária à saúde (APS) ou atenção especializada que já haviam atendido adolescentes gays, foi descrito o reconhecimento da discriminação sofrida por adolescentes gays no cotidiano como um contribuinte para vulnerabilização expressa no distanciamento dos serviços de saúde (MELO, 2022). Atuações não

discriminatórias, sem julgamento ou descaso contribuem para uma ressignificação da imagem dos enfermeiros na concepção dos adolescentes e jovens (MELO, 2022).

Na seara da prevenção ao HIV e PrEP, Enrico costumava aproveitar a interação inicial com o recém-participante para abordar sobre prevenção ao HIV de maneira menos formal, por exemplo, por meio dos vídeos do Canal LGBTQIAP+ *Põe na Roda*. Os adolescentes e jovens tinham ótimas devolutivas quando ele iniciava o papo com essa abordagem devido à fama do canal e ao formato descontraído de adentrar temas como sexo, prevenção, prazer, orientação sexual e outros. O profissional de saúde, ao trabalhar e abordar adolescentes e jovens, deve se aproximar do universo deles, não de forma caricata, mas reconhecendo e legitimando os seus interesses, por exemplo, sobre determinadas mídias sociais.

Dante, por exemplo, descreveu sobre o seu contato com adolescentes e jovens e reconheceu que textos técnicos ou extensos – com diversos detalhes – não contribuem para o conhecimento sobre prevenção combinada ao HIV/aids justamente por não serem atrativos para o segmento do estudo. O profissional relatou que há uma necessidade de “tradução” para uma linguagem mais informal e, grande parte das vezes, escancarada sobre temas como sexo, prevenção e prazer para se conseguir atrair a atenção desse público, e poder compartilhar a informação de modo a ser absorvida pelo participante. Apesar de não ter descrito na narrativa abaixo, Dante, como destacado em seções anteriores, tinha a função de conversar com o público pessoalmente e virtualmente. No pessoal, recorria a uma conversa mais coloquial e cotidiana, e no virtual costumava mandar áudios para explicar sobre alguma suposta dúvida do participante, bem como usar *memes*²⁴.

Dante (vinculador): "Então, eu acho que o profissional que precisa ter, ele precisa acho que **traduzir a linguagem**, sabe? Porque quando a gente tá falando com adolescente, se eu venho com esse papo chato, se eu venho com textão, eu sei disso porque eu vivi isso na pele. **Porque antes eu mandava textos imensos e as respostas eram "ok"**. Justamente porque **texto muito técnico não atrai**. Então acho que a depender da forma como eu falo, então de **chamar de mana, de fazer alguma brincadeirainha, alguma piadinha, tudo isso facilita muito o contato com eles**. E aí, pelo menos eu utilizo a mesma estratégia quando eu vou falar sobre prevenção, né? Então,

²⁴ Memes podem ser definidos como falas ou vídeos engraçados que viralizam na internet.

às vezes, eles não sabem o que é preservativo, já aconteceu isso **a pessoa não saber o que é preservativo** e aí **eu vou e falo camisinha**. Já aconteceu da pessoa não saber o que é sexo anal e aí eu tenho que ser bem direto e falar olha quando você **dá o cu ou quando você come o cu de alguém**. E a pessoa fala: "Ah, tá, isso eu sei o que é." Então acho que precisa ter, ter esse manejo, sabe? **Tem adolescentes que têm maior informação, então eu consigo ter uma linguagem mais né? De falar de preservativo, de falar de profilaxia**. Mas tem outros que eu falo: "Olha, é um comprimido que vai te proteger. **Que blinda teu corpo contra HIV**. É um comprimido que cê vai tomar..." - por exemplo, no caso da PEP - "Depois que tu tem uma exposição. Sei lá, você **transou no pelo**. E aí ao invés de você ficar preocupado de dar positivo lá na frente, bora se proteger agora. O que que cê acha?".

No trecho de Dante, também identifiquei que a informação que o adolescente ou jovem tem sobre prevenção serve como balizador para o uso ou não dessa linguagem mais informal com os participantes. O trecho também ilustra – de forma sutil – que cabe ao profissional de saúde identificar o perfil com quem ele está conversando para fazer essas adaptações no seu vocabulário, buscando, dentro do seu repertório, palavras que possam substituir e facilitar a compreensão do que está dizendo. Se o profissional de saúde ignorar a individualidade da pessoa atendida, isso pode resultar em má absorção da informação ou em afastamento do serviço de saúde, contribuindo para a marginalização social de um grupo já vulnerabilizado socialmente.

Antonella apontou a importância da interação entre a equipe, tendo outras pessoas (nesse caso, os assistentes de pesquisa) como mediadores de dúvidas sobre prevenção por parte do participante na aplicação do questionário psicossocial.

Antonella (médica): Cada menina, cada menino ou menina. Porque, assim, o psicossocial era maravilhoso, porque, às vezes... como tinha muita pergunta e muita coisa específica, sexo oral, sabe? Gouinage, essas coisas, que os meninos, às vezes, não sabiam. O Augusto falava: "**Olha, ele não sabe nada, Antonela**." Vai ter que falar bem: "**Botou o pinto não sei onde**", **sabe?** Tinha uns que a gente tinha que falar assim. Daí, eles arregalava o olho procê assim. Eu falei: "É. Mas é assim mesmo." E a gente vai falando no natural assim, né? E falava palavrão, eles começavam a rir. Daí se soltavam e começavam

a contar as conversas, as histórias. Menos os mais tímidos. **Os mais tímidos, a gente ficava um pouquinho mais quietinho. Eu ia na de cada paciente.**

Assim como identificado no trecho de Dante, Antonella também reconhecia o perfil de cada participante, não tendo a mesma construção de diálogo com todos. Aos mais tímidos, uma abordagem, talvez, com menos brincadeiras e piadas; aos mais extrovertidos, uso de palavrão e um linguajar informal. O trecho desvela que não há uma forma certa de se atender adolescentes e jovens, mas é essencial a produção de um ambiente facilitador para a emergência de dúvidas, inseguranças, medos etc.

O mesmo acontece com a fala de Valentina, que demonstra preocupação quanto a serem mais didáticas com quem é necessário, realizando um atendimento individualizado, não sendo possível, no trabalhado com adolescentes e jovens, uma interação universalista sem reconhecer a subjetividade de cada um deles.

Valentina (retentora): Eu acredito que sim. Eu acho que é a **linguagem é sempre uma preocupação** que eu tenho, né? Porque, às vezes, a gente acha que tá falando numa linguagem facilitada ou, né? E não é, daqui a pouco a gente tá, né? Tá falando outra língua, né? [risada] Mas eu sempre tenho essa preocupação com detalhes, né? **Mas percebe também na especificidade, tem jovem que têm uma facilidade, tem jovem que a gente pode perceber que tem uma dificuldade ali maior na compreensão, né?** Então que vai precisar de um detalhe maior, de uma questão **um pouco mais didática.**

Expandindo os assuntos e transbordando temas como prevenção e ISTs, Matteo descreveu sobre o uso de substâncias psicoativas pelos adolescentes, assunto recorrente dentro nas reuniões de equipe do projeto. O profissional costumava deixar mais leve a pergunta sobre o uso de substâncias. Não era incomum a equipe técnica relatar sobre um desconforto de alguns participantes de falarem sobre o assunto, justamente por um temor do julgamento profissional sobre as práticas individuais deles. O relato abaixo salienta uma dúvida do profissional: se não falar sobre o assunto seria por uma ausência de coragem de abordar o conteúdo ou por eles, os adolescentes e jovens, não fazerem uso. Matteo perguntava sobre o uso de substâncias da seguinte forma:

Matteo (médico): Primeiro, assim, não sei se eles não têm coragem de falar ou se realmente não chegou nesse ponto mesmo, né? Mas é uma coisa que, assim, na verdade, assim, eu não sou aquela pessoa meio inquisitiva, na verdade, né? **Que abre a listinha lá e fala: "Maconha, cocaína, pó, LSD. Não? Sim?"** Olha: "Você usa alguma droga, né?" E às vezes eu como já tô no meio, na verdade, assim, até **tento usar a gírias**, né? Pra ver se eles ficam mais à vontade, né? "Não usa nenhuma droga?" "Não. Nenhuma." **"Nem a Keyla? Nem a Gisele?" Sabe?** Então, assim, aí acaba... Uns acabam rindo e acabam falando, né? [risada]. **Keyla é ketamina, tá? Gisele é GHB. Aí, tem outras, né? Tem o Paulo Otávio, que é cocaína. O Calvin Klein, que é cocaína com ketamina [...]**

Simonetti (2018) descreveu a respeito da valorização dos profissionais médicos e da dificuldade de se traduzir o seu saber para os pacientes atendidos. A reflexão do autor pode ser expandida para os profissionais não médicos que, muitas vezes, constroem falas difíceis e que não ajudam no trato com os adolescentes e jovens, mas que contribuem negativamente por dificultar que o público consiga entender o que está sendo dito, ou se sinta à vontade para contar sobre as adversidades vividas diariamente. Não é incomum que esse cenário de pouco conhecimento e técnica para abordar adolescentes e jovens exista: estudos anteriores destacam que é comum profissionais de saúde terem dificuldade ou não se reconhecerem com repertório suficiente para conversar com pessoas mais jovens (CULLINEN *et al.*, 2021; LANIER *et al.*, 2014). A partir desses entraves gerados pela dificuldade de se estabelecer uma linguagem próxima com esses adolescentes e jovens, retomo Gaete (2015) para salientar que essa comunicação fluida e com proximidade contribui para criação de confiança, o que resulta em um vínculo que permite que a pessoa, nesse caso, os adolescentes e jovens, possa se sentir cuidada, acolhida e respeitada por quem a atende.

Durante a leitura das entrevistas, algo me chamou bastante atenção: a diferença geracional não se tornou um impedidor para o cuidado dos adolescentes e jovens. Pelo contrário, as narrativas convergiam – por parte dos profissionais de saúde – na importância de revisarem o seu conhecimento técnico e repensarem formas de compartilhar informações para os participantes, na busca por garantir um

atendimento de qualidade, individualizado e efetivo na expansão do conhecimento sobre prevenção às ISTs.

Sofia (coordenadora): Eu acho muito bom, Elis. É assim, eu gosto demais de trabalhar com adolescente. Eu acho que é com eles que a gente tem que começar a falar de prevenção, começar a falar de cuidado, sabe? Porque eu acho que as pessoas falam muito, ou se fala muito na mídia, nas coisas de doença, né? E a gente tem que falar com eles de saúde. A gente tem que dizer pra eles que eles têm que transar, sim, que eles podem fazer isso, sim. E, aos poucos, ir dando ferramentas pra eles irem aprendendo como se cuidar, né? Não só se cuidar com HIV, se cuidar com tudo, né? Eu acho que o jovem é muito gostoso de conversar. Tem alguns que são mais fechados, assim. Mas é muito gostoso de conversar, porque é fácil, né? Se você tiver uma **linguagem jovem**, embora eu não sou uma pessoa jovem de idade, né? Eu acostumei trabalhar com jovem, né? E até o pessoal brinca que eu sou moderna. Eu falo: "Ainda bem, né? Que eu sou moderna." [risada] Então, eu acho que a linguagem, o jeito que a gente aborda, faz o adolescente ir se abrindo. E eles se abrem com uma facilidade, assim, incrível, né? Acho que isso que é o mais encantador de trabalhar com adolescente.

A fala de Sofia expressou a importância de o profissional de saúde estar alinhado e disponível para aprender essa “*linguagem jovem*”, ainda que isso, dentro da experiência profissional dela, seja encarado com certa estranheza pelos outros técnicos. A atuação com adolescentes e jovens não está interligada apenas com pessoas que são da mesma faixa etária, mas também com indivíduos que têm disposição para aprender uma nova língua que faça sentido com a realidade expressa e vivida pelos adolescentes e jovens.

AS EXPERIÊNCIAS DE OFERTA DE PREP POR UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL A ESCUTA COMO PARTE DO CUIDADO

O processo de escuta apareceu como uma estratégia importante para assegurar a integralidade do cuidado dos adolescentes e jovens deste estudo. Os profissionais, cada qual a partir das suas experiências e de seu saber técnico,

relataram como realizavam essa oferta de cuidado ao segmento, quais demandas costumavam surgir e como os participantes se viam reconhecidos e tendo as suas dificuldades legitimadas ao não terem suas narrativas descredibilizadas.

Dante (vinculador): Aí eu falei para ele: "Olha, se der ruim você entra em contato comigo, né?" Porque é isso, a gente acaba fazendo esses **contratos**, que a gente fala, com alguns deles, que a gente até pensa "Que esse contato vingue, né?" Pra quando a pessoa precisar usar. Alguns vingam, outros esquecem. Aí acabam passando por algumas situações, mas recorrem. Eu lembro que ele foi esse caso. Ele pegou a PrEP. Ele foi pra casa, deixei ele no metrô. Foi até engraçado. Eu falei para ele: "Olha, fulano, quando você chegar em casa, você me dá um toque." Ai, ele falou: "Ai, Dante, costumo chegar em casa mó tarde. Não sei nem se eu vou lembrar de você." [risada] Aí, eu falei: "Tá bom." E aí ele, ele foi. Aí no dia seguinte, ele me mandou mensagem... Na verdade, foi no mesmo dia que ele chegou em casa, ele mandou mensagem falando: "Putz, Dante, você não sabe o que aconteceu." Eu falei: "O que que rolou?" No outro dia, que ele mandou mensagem tarde. Ele falou: "Então, tive uma situação. Passei no lugar aí e acabei transando com um cara." Eu falei: "Tá. Mas e aí como é que foi?" Ele falou: "Olha, não usei camisinha, não usei nada. O cara não quis usar, eu também não quis e foi assim mesmo." Aí, eu falei: "Você não iniciou PrEP, então bora fazer essa PEP, aí. Que que você acha?" Aí, ele falou: "Ah, não, vamos fazer." Expliquei pra ele que era PEP, vamos suspender PrEP, vamos iniciar outra profilaxia. E aí ele voltou pro serviço, iniciou PEP. Então acho que o quanto essa... De você tá disposto a ouvir, né? **O que essa pessoa tem a dizer e sem julgamento, porque eles já têm o julgamento suficiente, né? Seja por conta da orientação e da identidade.** Acho que é legal o profissional ter essa, essa **escuta**.

O "*contrato*" descrito pelo profissional era um acordo verbal estabelecido entre ele e o participante para facilitar a comunicação, de modo que conseguissem dialogar sobre as dificuldades de uso da PrEP e sobre outros assuntos, como, por exemplo, aspectos afetivos, familiares etc. Entretanto, estabelecer o *contrato* não era garantia de que o participante compartilhasse a sua intimidade para um desconhecido. Sendo assim, outro elemento fundamental para o alcance do resultado esperado – ter acesso às cenas de possibilidades de infecção ao HIV – foi por meio da *escuta*.

A escuta descrita por Dante não é apenas ouvir, mas escutar **sem julgamento**. Ou seja, para se aproximar do adolescente ou jovem e auxiliá-lo no processo de cuidado à não infecção ao HIV, o vinculador precisou ouvir a narrativa do rapaz e validar que essas situações de sexo inesperado ocorrem, e que ele não deve se sentir culpado. Apesar de não estar descrito no depoimento do profissional, consigo afirmar que esse participante era alguém com altas chances de infecção ao HIV em virtude do não uso de métodos preventivos e da pouca informação sobre formas de infecção ao HIV.

Valentina, retentora, também descreveu a respeito da escuta como possibilidade de cuidado. Durante a pandemia de Covid-19, a profissional realizou diversos atendimentos individuais virtuais com os adolescentes e jovens, além das trocas de mensagens com todas as pessoas inseridas na pesquisa. Valentina, tal qual Dante, também destacou que ultrapassava dos temas sobre prevenção ao HIV/aids e a outras ISTs e ofertava escuta para aspectos de homofobia, transfobia, conflitos com figuras parentais, entre outros.

Valentina: Então, primeiro eu tenho uma escuta, né? Uma **escuta solidária**, ali, a aquela dor, aquela, né? Então, assim, a aquela vivência, né? Então tem, entre tantos conteúdos, tem um conteúdo importante de ansiedade, ideias suicidas, depressão, né? Ansiedade acho que tá no *ranking* aí né? Assim, o primeiro. Então... Mas eu lido, nesse contexto atual, né? Então, assim, de pandemia, em que a gente teve um pouco mais de dificuldade em realizar em encaminhamentos, alguns casos eu segurei, né? Porque a ideia não é de psicoterapia. [...] Me deparei, inclusive, com jovens que estavam na cama, né? Então, assim, não conseguindo, né? Então, assim, com atividade da faculdade parada, tudo em atraso "Não consigo me cuidar, eu não consigo... Eu não consigo sair da cama. Então..." E muito menos tomar PrEP, né? Então, assim, nesse contexto. Então eu tive que cuidar de uma série de outras questões anteriores, até fazer com que a gente conseguisse retomar o uso de PrEP, né?

A **escuta solidária** contribuiu para a sua atuação profissional em individualizar o sujeito e as suas experiências de vida. O sofrimento, para a retentora, não é algo

de significado universal, mas consiste em reconhecer a individualidade sobre *quem e como* sofre. Freud, nos estudos em psicanálise e nos seus atendimentos individuais, sempre priorizou pela historização do indivíduo, buscando conhecer quem era o analisando que estava atendendo. Além disso, sempre destacou sobre a importância da escuta do analista, mas, principalmente, da escuta do próprio analisando sobre a história contada. As palavras proferidas e escutadas por Freud eram compreendidas para além delas, sendo e fazendo parte daquele sujeito. Por isso, não podiam ser negadas ou descredibilizadas por quem ouvisse, afinal, somente quem vive sabe de seus próprios sofrimentos (MACEDO; FALCÃO, 2005).

A pandemia foi um momento perturbador para muitas pessoas; entretanto, para determinados jovens que já tinham vulnerabilidades e conflitos com as figuras nucleares (mãe, pai., irmãos e outros) mostrou-se ainda mais difícil, pois, como relatado pelo entrevistado, os sintomas ficaram ainda mais exacerbados, como a ideação suicida, a tristeza profunda e a ansiedade. O distanciamento social imposto pela pandemia intensificou experiências de preconceito pela comunidade LGBTQIAP+, principalmente nos conflitos familiares, que resultavam, em grande parte das vezes, em violência e uso prejudicial de substâncias psicoativas pelo público (RAMOS *et al.*, 2022).

A profissional pontuava, durante reuniões, o quanto essa pauta tornava a sua rotina de trabalho mais difícil, pois o sofrimento relatado por esses jovens e adolescentes era diário. De acordo com um estudo que analisou postagens do público jovem LGBTQIAP+ em uma rede social, os temas mais comumente publicados foram: comportamento suicida e autolesão, rejeição e autodepreciação, vulnerabilidade emocional ou dificuldade de expressar sentimentos (OLIVEIRA; VEDANA, 2020). Isso que vai ao encontro do que o segmento descrevia nos atendimentos com Valentina. Em outro estudo realizado com a mesma população, foram identificados altos níveis de sintomas depressivos e estresse, principalmente nos que viveram experiências de discriminação em virtude da orientação sexual, identidade de gênero e expressão de gênero, resultando em risco acrescido de suicídio (BORDIANO *et al.*, 2021; KNEALE; BÉCARES, 2021).

As narrativas de Valentina e Dante desvelaram que as práticas profissionais estavam em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH surge em 2003 para colocar em prática os princípios do SUS – universalização, equidade e integralidade – nos serviços de saúde e,

consequentemente, gerar mudanças no cuidar e gerir dessas instituições e pessoas, visando à integração entre usuários, gestores e trabalhadores para a consolidação e humanização do atendimento e gerenciamento dos serviços (BRASIL, 2013).

Dentre as diretrizes do HumanizaSUS, outro termo para se referir à PNH, está o *acolhimento* que pode ser expresso também a partir da escuta qualificada. Na cartilha, descrita como:

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. (BRASIL, 2013, p. 6).

De acordo com Raimundo, Meire e Cadete (2012), a escuta não é algo instintivo, como um simples ouvir, pois é por meio da escuta do outro que a pessoa se aproxima das dores e experiências desses indivíduos. A **escuta sem julgamento** ou **acolhedora** foi o que possibilitou os profissionais do Estudo PrEP1519 a se aproximarem das vivências desses adolescentes e jovens e terem acesso a informações sobre as práticas sexuais, sobre as situações de violências com namorados(as/es) e sobre outros contextos sociais. A ferramenta da escuta se tornou uma possibilidade importante para garantir o cuidado dos participantes, bem como humanizar a atuação profissional e oportunizar o reconhecimento das opressões sociais como dificultadores da realização do *continuum* de cuidado de PrEP.

AS REPERCUSSÕES DAS OPRESSÕES SOCIAIS NO CONTINUUM DE CUIDADO DE PREP

A construção dos resultados e a discussão dos profissionais de saúde foram iniciadas por linguagem e escuta com o objetivo de construir a importância dessas duas ferramentas para o reconhecimento das experiências de uso da PrEP articuladas com os marcadores sociais da diferença, sobretudo em relação às opressões sociais que os adolescentes e jovens poderiam viver em virtude da cor da pele, classe social, orientação sexual e identidade de gênero.

Os profissionais de saúde com maior sensibilidade para a escuta das adversidades e disposição a usar linguagem mais próxima da realidade e a não deslegitimar as experiências dos adolescentes e jovens poderiam utilizar dessas ferramentas para reconhecer como as opressões sociais articulam com a experiência de uso da PrEP pautada no *continuum* de cuidado de PrEP (conhecimento, acesso e permanência no serviço).

Dante, vinculador, ao ser questionado sobre como percebe os atendimentos do público do serviço, elenca a identidade de gênero e a geração como categorias que o auxiliam a pensar a diferenciação do cuidado entre pessoas com faixa etária igual, mas com experiências de vidas cis e trans. Cabe destacar que essa abordagem do profissional pode ser pensada à luz da terceira etapa do *continuum* de PrEP, refletindo sobre qual ambiente precisa ser construído para permanência dessas pessoas no serviço de saúde, não havendo uma única forma, pois as realidades são distintas entre sujeitos cis e trans.

De início, Dante descreveu a especificação no cuidado entre as meninas trans e travestis (TrMT) e os meninos cis, destacando que as demandas de cuidado são diferentes em virtude da identidade de gênero. Ambos, meninos e meninas, temiam, em determinado momento, ir ao serviço de saúde sozinhos(as). Aos meninos, medo de sofrer homofobia, mas tendo a possibilidade – dentro do possível – de disfarçar a expressão de gênero e ser mais normativo. Tomo como normatividade a ideia de performar o que socialmente é esperado de homens, por exemplo, não gesticular, falar grosso, não cruzar as pernas. Sycamore (2012) descreve que, na necessidade, as masculinidades subalternas podem performar uma masculinidade hegemônica para se afastar de possíveis rechaços sociais, assumindo um papel de “machão” para terem o deslocamento social mais livre de discriminação. Isso difere em relação às meninas trans e travestis: Dante comenta que uma delas falou do medo de sair de casa e descobrirem a sua transexualidade em virtude do *chuchu*²⁵ crescendo.

De forma interseccional, Dante narrou, ao longo de sua entrevista, uma diferenciação entre os meninos cis brancos e negros, reforçando que, apesar de a identidade de gênero ser a mesma, o marcador cor da pele construiu uma diferenciação abissal entre as duas experiências de vida.

²⁵ Termo utilizado entre mulheres trans e travestis para se referirem à barba.

Dante (vinculador): “É diferente de um menino cis branco e de um menino cis negro. Porque eu lembro que, quando eu conversei com um menino cis negro, e que hoje ele se identifica como alguém não binário, ele falou, eu lembro que, na época, eu era assistente de pesquisa e aí ele acabava compartilhando, a gente fazia o psicossocial. E aí o psicossocial é bastante pessoal, a gente vai falar sobre questões da sexualidade e das práticas sexuais. E eu lembro que ele falou, uma das perguntas era mais ou menos isso, né? Nas relações, se ele era mais ativo, mais passivo e aí é uma sequência de respostas. **E aí ele falou: “Olha, Dante, eu queria ser mais passivo, mas eu sou mais ativo. Justamente porque os caras que eu saio, quando ele sai comigo, às vezes aparece essa questão de: 'ai, mas você é um cara negro, então eu queria que você fosse o ativo e eu fosse passivo'.”**

Dante: “[...] Então, acho que é essencial tentar entender de onde essa pessoa fala, e eu costumo dizer que a minha escuta é diferente quando eu tô falando com uma travesti negra, quando eu tô falando com um menino preto. Porque nem sempre, mas alguns vão trazer essas vivências, sabe? E isso acaba sendo ainda, fazendo com que as pessoas se sintam mais vulneráveis [...]

É crucial, a partir dessas falas do profissional de saúde descrevendo as vivências de pessoas negras, retomar a ideia de racismo estrutural. De acordo com Almeida (2021), o racismo decorre da estrutura social, da normalização com que as políticas, os aspectos jurídicos, econômicos e até familiares, segregam e marginalizam as pessoas negras. O racismo estrutural tem íntima relação com o processo histórico, não sendo somente uma derivação dos aspectos sociais e políticos, mas também dos mais de 300 anos de escravidão em comparação aos 135 anos desde a assinatura da Lei Áurea. A relação entre estrutura e historicidade pode ser expressa por meio das concepções sobre os corpos, as vidas e as produções de pessoas negras, iniciadas na escravização e perpetuadas ao longo dos anos. O trecho abaixo do livro *Pele negra, máscaras brancas*, de Fanon (2008) descreve sobre isso.

Mamãe, olhe o preto, estou com medo! Medo! Medo! [...] Lancei sobre mim um olhar objetivo, descobri minha negridão, minhas

características étnicas – e então detonaram meu tímpano com a antropofagia, com o atraso mental, o fetichismo, as taras raciais, os negreiros, [...]. (FANON, 2008, p. 105-106).

Bernardino-Costa (2016) destaca que o corpo do negro está preso a estereótipos racistas produzidos ao longo dos anos, comumente ligados à selvageria e à sexualidade. Somando-se a isso, temos a passagem relatada por Dante, do participante com quem conversou e se viu na impossibilidade de atuar como passivo nas relações, que demonstra a concepção estrutural e o imagético ao qual homens negros gays ainda estão associados, como viris, fortes e com desempenho, exclusivamente, ativo no sexo. Além disso, foi notado pelo profissional, nas falas dos adolescentes negros, barreiras no acesso ao serviço de saúde, devido à falta de dinheiro, à distância entre o local de moradia e o serviço e a outras condições subjetivas, como os medos de sofrer violência policial no trajeto até o serviço.

Valentina, quando questionada sobre barreiras ao acesso desses participantes, levou em consideração diversos aspectos importantes para se pensar em quais são os atravessamentos para que consigam chegar até o serviço de saúde:

Valentina (retentora): Sim. Dependendo do caso, sim, né? Então, assim, uso abusivo de substâncias, questões familiares, né? Então, assim, questões psíquicas de adoecimento psiquiátricos na família, essas questões... O jovem que não se locomove sozinho também, que depende de uma outra pessoa pra acompanhar. No caso das jovens trans, também, ter que se expor, ter que andar na rua, né? Principalmente aquelas que não iniciaram ainda o processo de hormonização, né? Então a gente se depara com jovem que tem dificuldade de sair de casa mesmo, né? Tem jovem, **jovem negro**, também, pela questão... Esse caso, era um caso também que tinha questões de **uso de substância**, uma série de questões de vulnerabilidade, também, que sentia que as pessoas olham para ele diferente. Então é difícil ir no metrô, é difícil, né?

O caso descrito por Valentina, do jovem negro que não conseguia ir ao serviço em virtude do uso de substâncias psicoativas, bem como por decorrência das experiências vividas pela cor da pele, foi discutido diversas vezes em reunião de equipe. O participante preocupava a todos em virtude do histórico de tentativa de

suicídio e das falas relacionadas ao medo de sofrer violência a caminho do serviço ou na própria unidade. Além da cor de pele negra, o participante também tinha uma condição de vida socioeconômica debilitada, tendo que, diversas vezes, recorrer à ajuda financeira do projeto para transporte e alimentação – sendo a única fonte de renda dele muitas vezes. O trabalho de Valentina com esse participante foi essencial para o processo de permanência de uso da PrEP. Seu manejo técnico estava mais associado a compreender como era o uso das substâncias psicoativas e a perceber como isso estava afetando a vida do participante (por exemplo, ausência em compromissos que ele identificasse como importante).

A preocupação de Valentina e de outros integrantes da equipe a respeito de uma possível concretização do suicídio é relevante, pois um estudo realizado com adolescente e jovens negros destacou que, a cada 100 suicídios de jovens brancos, ocorreram 145 suicídios de adolescentes negros. Além disso, os meninos negros tinham 50% mais chance de cometerem suicídios do que os adolescentes brancos (BRASIL, 2018). Os motivos que contribuem para a concretização do autoextermínio estão relacionados ao sentimento de não pertencimento, não aceitação de si, *bullying/cyberbullying*, violência familiar, entre outros (BRASIL, 2018).

Durante minha experiência no Projeto PrEP1519, acredito que os profissionais foram capacitados para atender a um público de grande vulnerabilidade; todavia, de início, questões relacionadas à classe social, à cor da pele, ao gênero e à orientação sexual foram vistas individualmente, e não de forma interseccionada. Além disso, foi notado, também, que os profissionais tiveram maior facilidade de reconhecer os desfechos negativos, principalmente do racismo, sendo ele a opressão social protagonista em grande parte dos depoimentos. A construção da equipe da pesquisa se deu pela diversidade de cor da pele, de orientação sexual e de outros marcadores, havendo um corpo clínico com diversas pessoas negras e militantes do campo da igualdade racial, o que pode ter contribuído para essas percepções mais destacadas em relação à violência racial.

Apesar de Romeo, retentor, não abordar, na entrevista qualitativa, aspectos ligados à racialização, o profissional com o qual eu pude trabalhar também trazia, nas suas conduções, uma perspectiva interseccional quanto ao atendimento de adolescentes e jovens, em virtude das suas experiências profissionais pregressas, bem como por ter iniciado os estudos sobre interseccionalidade. Romeo trabalhava de forma presencial e virtual e, por isso, conseguia atender a um número maior de

participantes. Lembro-me de que, durante as reuniões de discussão de casos, ele apresentou preocupação sobre a continuidade de uso de PrEP por adolescentes negros e com locais de moradia periféricos, justamente por esses adolescentes e jovens, durante os atendimentos com ele, descreverem as dificuldades em se transitar pelo centro de São Paulo. Romeo salientou que o centro da cidade, apesar de ser uma zona com maior tráfego do público LGBTQIAP+, ainda assim não era entendida pelas pessoas das áreas periféricas e negras como uma área segura ou acolhedora, pelo contrário, sentiam-se não pertencentes, e isso era um dificultador para a chegada até o serviço de PrEP. Em um estudo realizado com jovens negros estadunidenses, destacou-se que, em 2016, homens brancos receberam 6 vezes mais prescrição de PrEP do que pessoas negras (QUINN *et al.*, 2020). Além disso, a pesquisa demonstrou diversos desafios para o acesso à PrEP por esse segmento: estigma de PrEP, instabilidade habitacional e barreiras de acesso ao transporte para chegada ao serviço (QUINN *et al.*, 2020).

Antonella apresentou sua percepção a respeito das questões de cor da pele relacionadas ao seu companheiro de trabalho, Dante. A profissional descreveu que ele se sentia sensível ao tocarem nesse assunto por ser um homem negro e por também ser constantemente abordado pelos participantes a respeito desse tema. Descreve que, talvez, os participantes não a procurassem por causa desse aspecto – cor da pele – por ser alguém que não sofreria por esse marcador social (sendo uma pessoa branca). Sendo assim, **não** costumava trazer esse campo à tona nos seus atendimentos.

Antonella (médica): Mas eu sei, porque o Dante tá estudando isso e pra ele é uma coisa que pega muito, né? E talvez porque eles não me reconhecessem como alguém que pudesse sofrer preconceito por causa disso, então eu chegar vou falar muito, não.

Antonella (médica): Mas eu sei, porque eles falavam muito com Dante, e o Dante chegava a comentar, discutir isso, que é uma coisa muito sensível para ele nas reuniões, que cor da pele pega muito mesmo. Porque é a primeira coisa que a pessoa vê, né? Então, assim, dos preconceitos são preconceitos em camada. A primeira coisa é a cor da pele, é o gênero e aí vai.

O relato desvela uma dificuldade da profissional de abordar o tema cor da pele com os participantes, o que corrobora um lugar da branquitude de, em determinados casos, ter desconforto em relatar algo que não vivencia todos os dias, mas que, em certa medida, contribui de forma estrutural para que essa violência se mantenha (ALMEIDA, 2021). De fato, a vivência da médica não se associa com aquelas vividas pelos meninos negros da pesquisa, mas de qual forma ela poderia contribuir para mitigação da discriminação racial? O acolhimento realizado por ela é uma forma de tensionar a lógica racista, pois é de suma importância não descredibilizar falas de experiências racistas ditas pelos entrevistados.

O segundo momento dessa fala que notei é a dinâmica descrita pela profissional sobre a construção das discriminações. Ela descreveu como “camadas”, sendo a cor da pele aquilo que mais chama atenção e, em seguida, destacou outros marcadores sociais, como o gênero. A perspectiva não interseccional pode limitar a forma como as pessoas veem as discriminações, pois a intersecção dos marcadores produz fenômenos de marginalização individuais, tendo, em determinados casos, um marcador de maior destaque na cena. Porém, nem sempre o mesmo marcador estará no protagonismo das relações. Portanto, enxergar as experiências com os marcadores de forma distinta pode construir uma percepção de menor complexidade.

Não somente Antonella passou por essa situação de desconforto, em que se viu não abordando um assunto importante. Apesar do seu conhecimento sobre o tema gênero/sexualidade e das educações permanentes realizadas, Matteo, um dos médicos da pesquisa, se viu não sabendo lidar com outras formas de identidade de gênero, replicando uma lógica binária e cisgênera dentro do serviço de saúde, expressa pelo estranhamento e pela dificuldade na utilização do pronome neutro, o que poderia resultar em menor adesão e retenção de pessoas não binárias na pesquisa:

Matteo: Pronome neutro. É uma coisa que eu fico assim "Hum..." Tem alguns que, na verdade, chegam lá e são não binário. Mas eu confesso que, às vezes, às vezes sai [o uso dos pronomes segundo a referência cis normativa], né? Esse ponto, eu confesso que eu me policio um pouco mais.

Os profissionais eram capacitados para o atendimento de adolescentes e jovens e fizeram os seus atendimentos e conduções de caso de forma excepcional; entretanto, ainda carecem de aprofundamento sobre a intersecção das categorias de diferenciação social, não as vendo somente de formas individualizadas e restritas, mas de maneira integrada e produtoras de vulnerabilidades específicas.

Apesar das EPs construídas pelo projeto, percebe-se que essa ferramenta sozinha é incapaz de fazer com que os profissionais tenham uma visão interseccional a respeito das experiências de uso de PrEP pelos adolescentes e jovens. É necessário que haja um empenho individual para se atualizar sobre os desdobramentos oriundos, por exemplo, de cor da pele, orientação sexual e classe social em conjunto. As trocas entre os profissionais também podem contribuir para a mudança desse pensamento.

A partir dos relatos compartilhados pelos adolescentes nas consultas de acompanhamento, a equipe multiprofissional revisou processos e procedimentos do atendimento visando incrementar as chances de vinculação dos adolescentes com o serviço. Dentre as estratégias destacaram-se: realização de contatos por mensagens de texto, ligação entre as consultas e criação de mecanismos de acompanhamento dos adolescentes no trajeto entre o local de moradia e o serviço de saúde, para acolher inseguranças e medos e aumentar a sensação de amparo deles durante o deslocamento e a chegada até o serviço.

QUINTO COMPRIMIDO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância dos achados aqui apresentados está na análise articulada de percepções de experiência de dois segmentos complementares nos estudos do CCPrEP: os usuários e os profissionais.

A interseccionalidade se mostrou uma perspectiva útil que permite refletir como as etapas do CCPrEP são afetadas pelos eixos de opressões sociais articulados.

No que tange às experiências narradas pelos aGBHSH, observa-se que a aquisição do conhecimento foi afetada pelo racismo, embora outros marcadores como classe e deficiência tenham emergido e dado sentido a consubstancialidade das barreiras ao acesso e ao cuidado à saúde sexual e prevenção contra o HIV.

Nos relatos dos profissionais são elencadas dificuldades e sensibilidades necessárias para a atuação ancorada em princípios que valorizem, no manejo clínico, o reconhecimento das opressões sociais e de suas dinâmicas. Entretanto, o reconhecimento de tais eixos de opressão emergiu predominantemente de forma isolada, com protagonismo para o racismo, sendo a interação entre eles pouco visibilizada. Tendo em vista os resultados apresentados, é imprescindível que haja um movimento dos profissionais de saúde para incorporar ações de mitigação de opressões sociais no âmbito assistencial.

A realização do uso das premissas da autoetnografia foi aspecto valioso para o processo de construção da dissertação, pois permitiu o enriquecimento dos dados obtidos nas entrevistas e, também, trazer aspectos não compartilhados pelos entrevistados e relevantes para o processo de análise dos resultados deste estudo, como, por exemplo, a relação dos profissionais de saúde com os adolescentes, a forma como os participantes da pesquisa interagiam com os profissionais, os medos e as inseguranças dos jovens e as relações de conflitos com figuras parentais. A autoetnografia, como estratégia metodológica, foi introduzida no processo de análise dos dados, e não no desenho original da pesquisa de mestrado. Não obstante tal limitação, ela se mostrou auxiliar em termos da reflexividade como parâmetro metodológico em estudo com sensibilidade interseccional.

Além da limitação descrita, outras devem ser consideradas, como: os aGBHSH estavam em acompanhamento clínico regular de PrEP, o que pode limitar nossas análises ao conjunto de pessoas com avaliações mais positivas sobre o método

profilático. Adicionalmente, os usuários que decidiram participar das entrevistas podem ter sido aqueles que se sentiam mais confortáveis em publicizar as experiências relacionadas aos três eixos do CCPrEP, em comparação aos que não aceitaram colaborar.

BIBLIOGRAFIA

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2021.
- ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2021.
- ANUNCIÇÃO, D.; TRAD, L. A. B.; FERREIRA, T. “Hands up!”: Police stop-and-frisk, racism and structural violence among black youth from three capitals in the Brazilian Northeast. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e190271, 2020.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- AYRES, J. R. de C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BAETEN, J. M. *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV-1 prevention among heterosexual men and women. **The New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 5, p. 399-410, 2012.
- BANCHS, M. A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. **Litora**, v. 9, p. 3.1-3.15, 2000.
- BERNARDINO-COSTA, J. A prece de Frantz Fanon: oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona! **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 3, p. 504, 2016.
- BEZERRA, V. Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's. **O Social em Questão**, v. 22, n. 45, p. 13-34, 2019.
- BLAIS, M.; GERVAIS, J.; HÉBERT, M. Homofobia internalizada como mediador parcial do bullying homofóbico e autoestima entre jovens de minorias sexuais em Quebec (Canadá). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 727-735, 2014.
- BORDIANO, G. *et al.* COVID-19, social vulnerability and mental health of LGBTQIA+ populations. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2019.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.-C.; PASSERON, J.-C. **A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRAH, A.; PHOENIX, A. Ain't I a woman? Revisiting intersectionality. **Journal of**

International Women's Studies, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros - 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

- BUTLER, J. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto?. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CAETANO, Y. D.; CASTRO, M. de S. Um estudo sobre a pobreza multidimensional no estado do Ceará no período de 2005 a 2015. **Revista do PEMO**, v. 3, n. 3, p. 1-12, 2021.
- CAIRNS, G. Opposites attract. **Boletim Vacinas e Novas Tecnologias de Prevenção**, v. 33, p. 32-37, 2019.
- CALAZANS, G.; FACCHINI, R. “Mas a categoria de exposição também tem que respeitar a identidade”: HSH, classificações e disputas na política de Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3913-3922, 2022.
- CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: PUBLIFOLHA, 2000.
- CAMARGO, B. V. et al. Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. SUPPL. 2, p. 36-50, 2010.
- COHEN, M. S. et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 9, p. 830-839, 2016.
- CONNELL, R. **Masculinities**: Knowledge, power and social change. Berkeley: University of California Press, v. 19, n. 6, p. 829-859, 1995.
- CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, W. J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.
- CONRADO, M.; RIBEIRO, A. A. M. Black man and man is black: Masculinities and black feminism in debate. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 1, p. 73-97, 2017.
- CONTRERA, W. F. **GAPAs**: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health. **Social science & Medicine**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.
- COUTINHO, L. G. **Adolescência e errância**: destinos do laço social no contemporâneo. Rio de Janeiro: FAPERJ/NAU, 2009.
- COUTO, M. T. et al. Rendering visible heterosexually active men in Brazil: A national study on sexual behaviour, masculinities and HIV risk. **Current Sociology**, v. 66, n. 5, p. 704-723, 2018.
- COUTO, M. T. et al. The feminist perspective of intersectionality in the field of public

- health: A narrative review of the theoretical methodological literature. **Salud Colectiva**, v. 15, n. 1, p. 1-14, 2019.
- COUTO, M. T.; UNSAIN, R. F. Gênero e sexualidade no campo da saúde: um olhar interseccional sobre as masculinidades. *In*: BORTOLOZZI, A. C.; RIBEIRO, P. R. M. (orgs.). **Enfrentando a barbárie**: temas emergentes sobre sexualidade, gênero e educação em cenários antidemocráticos. Bauru: Gradus Editora, 2022. pp. 33-46.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revistas Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 81-91, 2002.
- CULLINEN, K. *et al.* Improving sexually transmitted infection screening, testing, and treatment among people with HIV: A mixed method needs assessment to inform a multi-site, multi-level intervention and evaluation plan. **PLoS ONE**, v. 16, n. 12, p. 1-14, 2021.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, M. de C. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- DHAMOON, R. K. Considerations on mainstreaming intersectionality. **Political Research Quarterly**, v. 64, n. 1, p. 230-243, 2011.
- DOURADO, I. *et al.* Interdisciplinarity, care and community mobilization: PrEP1519 study protocol on the effectiveness of HIV pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men, and transgender in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 39, n. sup. 1, e00139221, 2023.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FERNÁNDEZ, J. **Cuerpos desobedientes**: travestismo e identidad de genero. Buenos Aires: Edhasa, 2004.
- FRANÇA, I. Convivendo com a soropositividade HIV/AIDS: do conceito aos preconceitos. **Rev. bras. enferm**, v. 53, n. 4, p. 491-498, 2000.
- FREITAS, M. (org.). **Juventude e adolescência no Brasil**: referências conceituais. São Paulo: Ação educativa, 2005.
- GADAMER, H. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- GAETE, V. Adolescent psychosocial development. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 86, n. 6, p. 436-443, 2015.
- GARCIA FERREIRA, A. C. *et al.* Transcendendo: A cohort study of HIV-infected and

- uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. **Transgender Health**, v. 4, n. 1, p. 107-117, 2019.
- GARDNER, E. M. *et al.* The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. 6, p. 793-800, 2011.
- GETER, A.; HERRON, A. R.; SUTTON, M. Y. HIV-related stigma by healthcare providers in the United States: A systematic review. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 32, n. 10, p. 418-424, 2018.
- GOFFMAN, E. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. [s.l.]: Coletivo Sabotagem, 2004.
- GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e sexualidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- GRANT, R. *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 5, p. 2587-2599, 2010.
- GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 5, p. 1553-1562, 2016.
- GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling HIV dynamics among transgender women: a respondent driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, n. 4, p. 169-176, 2017.
- GROHSKOPF, L. A. *et al.* Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 64, n. 1, p. 79-86, 2013.
- GROPPO, L. **Juventude**: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.
- HALLAL, R. *et al.* O acesso universal ao tratamento ao tratamento antiretroviral no Brasil. **Revista Tempus - Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 53-65, 2010.
- HANCOCK, A. M. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. **Politics and Gender**, v. 3, n. 2, p. 248-254, 2007.
- HANKIVSKY, O. Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. **Social Science and Medicine**, v. 74, n. 11, p. 1712-1720, 2012.

- HILÁRIO, R. A.; PEREIRA, W. G. D. Bichas pretas afeminadas: do silenciamento na escola a solidão na vida. **REVES - Revista Relações Sociais**, v. 3, n. 4, p. 1-11, 2020.
- HOSEK, S. *et al.* An HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) demonstration project and safety study for young MSM. **Physiology & Behavior**, v. 176, n. 1, p. 139-148, 2018.
- HOSEK, S. G. *et al.* Safety and feasibility of antiretroviral preexposure prophylaxis for adolescent men who have sex with men aged 15 to 17 years in the United States. **JAMA Pediatrics**, v. 171, n. 11, p. 1063-1071, 2017.
- IRVINE, C. *et al.* Efficacy of HIV postexposure prophylaxis: Systematic review and meta-analysis of nonhuman primate studies. **Clinical Infectious Diseases**, v. 60, n. Supp. 3, p. S165-S169, 2015.
- KAËS, R. A realidade psíquica do vínculo. **Rev. Bras. Psicanál.** v. 45, n. 4, p. 155-166, 2011.
- KELLEY, C. F. *et al.* Applying a PrEP continuum of care for men who have sex with men in Atlanta, Georgia. **Clinical Infectious Diseases**, v. 61, n. 10, p. 1590-1597, 2015.
- KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.
- KINOSHITA, R. T. *et al.* Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe. 3, p. 320-332, 2020.
- KNEALE, D.; BÉCARES, L. Discrimination as a predictor of poor mental health among LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional analysis of the online Queerantime study. **BMJ Open**, v. 11, n. 6, 2021.
- LANIER, Y. *et al.* Brief sexual histories and routine HIV/STD testing by medical providers. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 28, n. 3, p. 113-120, 2014.
- LANNES, D. R.; GONZAGA, L. L. Rejeição do uso de camisinha por adolescentes: uma perspectiva a partir da zona muda das representações sociais. **Revista Espaço Pedagógico**, v. 25, n. 2, p. 472-487, 2018.
- LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18,

- n. suppl. 1, p. 143-155, 2015.
- LEANDRO, M.; COUTO, D. P.; LANNA, M. dos A. L. Da realidade psíquica ao laço social: a função de mediação do conceito de fantasia. **Cadernos de psicanálise do Rio de Janeiro**, v. 35, n. 28, p. 27-48, 2013.
- LEE-FOON, N. K. *et al.* Exploring young black gay, bisexual and other men who have sex with men's PrEP knowledge in Toronto, Ontario, Canada. **Culture, Health and Sexuality**, v. 24, n. 3, p. 301-314, 2022.
- MACEDO, M.; FALCÃO, C. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, v. 4, n. 2, p. 65-76, 2005.
- MAGNO, L. *et al.* Reaching out to adolescents at high risk of HIV infection in Brazil: Demand creation strategies for PrEP and other HIV combination prevention methods. **Archives of Sexual Behavior**, v. 52, n. 2, p. 703-719, 2023.
- MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Technologies for HIV prevention and care: Challenges for health services. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl. 1, p. 104-119, 2015.
- MARGULIS, M.; URRESTI, M. La juventud es más que una palabra. *In*: MARGULIS, M. (ed.). **La juventud es más que una palabra**: Ensayos sobre cultura y juventud. 3. ed. Buenos Aires: Biblos, 2008. pp. 13-30.
- MARTINS, G. B. *et al.* Use of HIV prevention methods and contexts of the sexual practices of adolescent gay and bisexual men, travestis, and transgender women in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. suppl. 1, e00161521, p. 1-13, 2023.
- MASSA, V. C.; GRANGEIRO, A.; COUTO, M. T. Health professionals' perceptions of young men seeking sexual post-exposure prophylaxis (Sexual PEP): Challenges for health care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200727, p. 1-16, 2021.
- MCCORMACK, S. *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **The Lancet**, v. 387, n. 10013, p. 53-60, 2016.
- MCNAIRY, M. L.; EL-SADR, W. M. The HIV care continuum: No partial credit given. **Aids**, v. 26, n. 14, p. 1735-1738, 2012.
- MCNAIRY, M. L.; EL-SADR, W. M. A paradigm shift: Focus on the HIV prevention continuum. **Clinical Infectious Diseases**, v. 59, n. suppl. 1, p. 12-15, 2014.
- MELO, L. S. **Narrativas de enfermeiros sobre o cuidado à saúde de adolescentes**

- gays**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022.
- MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. polit**, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2009.
- NEALE, J. Iterative categorization (IC): A systematic technique for analysing qualitative data. **Addiction**, v. 111, n. 6, p. 1096-1106, 2016.
- NUNN, A. S. *et al.* Defining the HIV pre-exposure prophylaxis care continuum. **Aids**, v. 31, n. 5, p. 731-734, 2017.
- OLIVEIRA, E. T. de; VEDANA, K. G. G. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 32-38, 2020.
- OTTEN, R. A. *et al.* Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (Human Immunodeficiency Virus Type 2). **Journal of Virology**, v. 74, n. 20, p. 9771-9775, 2000.
- PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, 2001.
- PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. **Social Science and Medicine**, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.
- PARSONS, J. T. *et al.* Uptake of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) in a national cohort of gay and bisexual men in the United States: The Motivational PrEP Cascade HHS Public Access. **J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.**, v. 74, n. 3, p. 285-292, 2017.
- PECHON, D. (org.). **Larousse - Dictionnaire Etymologique et Historique du Français**. Paris: Larousse, 1964.
- PILGRIM, N. *et al.* Provider perspectives on PrEP for adolescent girls and young women in Tanzania: The role of provider biases and quality of care. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4, p. 1-21, 2018.
- PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de

- gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência**, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008.
- POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.
- POUNDSTONE, K. E.; STRATHDEE, S. A.; CELENTANO, D. D. The social epidemiology of human immunodeficiency virus. **Epidemiologic Reviews**, v. 26, p. 22-35, 2004.
- QUINN, K. *et al.* Perceptions of PrEP use within primary relationships among young Black gay, bisexual, and other men who have sex with men (MSM). **AIDS Behav.**, v. 176, n. 5, p. 1376-1388, 2020.
- RAIMUNDO, J. S.; MEIRE, M.; CADETE, M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. spe. 2, p. 61-67, 2012.
- RAMOS, A. L. B. M. *et al.* Análise da saúde mental da população LGBTQIA + frente à pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, e329111234687, p. 1–10, 2022.
- REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.
- RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento, 2017.
- RODGER, A. J. *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. **The Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2428-2438, 2019.
- ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. de A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, 2006.
- SANTOS, L. A. dos A. dos *et al.* PrEP perception and experiences of adolescent and young gay and bisexual men: an intersectional analysis. **Caderno de Saúde Pública**, v. 39, n. sup. 1, e00134421, p. 1-13, 2023.

- SANTOS, M. A. S. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural: Revista de ciências sociais**, v. 24, n. 1, p. 214-241, 2017.
- SCHIMITH, M. D. *et al.* Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, e17, p. 1-17, 2019.
- SILVA, A. de C. A. da *et al.* Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 24, e190568 p. 1-15, 2020.
- SILVA, P. L. N. da *et al.* Homofobia e violência de gênero contra lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros no Brasil: revisão integrativa de publicações (2010-2020). **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 5, n. 14, p. 116-126, 2021.
- SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2018.
- SOARES, L. V.; MACHADO, P. S. “Escrevivências” como ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social. **Revista Psicologia Política**, v. 17, n. 39, p. 203-219, 2017.
- SPERHACKE, R. D. *et al.* HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2016. **Medicine (United States)**, v. 97, n. 1S, p. S25-S31, 2018.
- STRONSKI HUWILER, S. M.; REMAFEDI, G. Adolescent homosexuality. **Advances in pediatrics**, v. 45, p. 107-144, 1998.
- SYCAMORE, M. **Why are faggots so afraid of faggots?:** Flaming challenges to masculinity, objection, and the desire to conform. Califórnia: AK Press, 2012.
- TAN, D. H. S. PrEP on demand or every day?. **The Lancet HIV**, v. 4, n. 9, p. e379-e380, 2017.
- TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. de O.; BORTOLOTTI, L. R. HIV infection in male adolescents: A qualitative study. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2193-2200, 2015.
- TAVARES, L. T. Uma análise dos discursos circulantes sobre a "bicha afeminada" no Grindr. **Revista Discente Planície Científica**, v. 3, n. 1, p. 100-114, 2021.
- TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**,

v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012.

THEODORO, M. (org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008.

UNAIDS. **The Gap Report**. Geneva: UNAIDS, 2014.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. [s./]: United Nations, 2015.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. 1-16, 2018.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Acceptability of daily pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men, travestis and transgender women in Brazil: A qualitative study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 5, p. 1-20, 2021.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e das estratégias de captação e vinculação para o HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais com risco substancial de infecção pelo HIV no Brasil (Estudo PrEP15-19)

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 89993018.9.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde
World Health Organization

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.360

Apresentação do Projeto:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a efetividade de estratégias de captação e do uso da PrEP entre adolescentes HSH e TrMT de 15 a 19 anos, durante 3 anos de seguimento, 2018 a 2020, nas cidades de Belo Horizonte, Salvador e São Paulo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já colocados claramente desde sua primeira versão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já debatida intensamente no Colegiado do CEP sobre sua importância e pertinência.

Os pesquisadores esclareceram que o encaminhamento do estudo ao Juiz será realizado pelo Ministério Público.

Também solicitam a esse CEP-FMUSP parecer anuindo o início do projeto com a inclusão dos indivíduos com 18 anos completos ou mais, que consentirem a participação no estudo, assim como dos indivíduos entre 15 e 17 anos que assentirem sua participação e, também, tiverem o

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

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.082.360

consentimento dos pais ou responsáveis.

Com isso, ficará pendente de decisão judicial o início da inclusão de indivíduos entre 15 e 17 anos que assentirem e tiverem a necessidade de dispensa de consentimento dos pais ou responsáveis, com forma de salvaguardar o sigilo de sua identidade, orientação e/ou prática sexual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já readequados em função das solicitações.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1110475.pdf	28/11/2018 09:28:11		Aceito
Outros	cartaPesquisadorBH.pdf	28/11/2018 09:27:06	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	cartaPesquisadorSAL.pdf	28/11/2018 09:26:14	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	segundo_envio_documentos_MP.pdf	28/11/2018 09:18:20	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	primeiro_envio_documentos_MP.pdf	28/11/2018 09:17:58	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	resposta_CEPFMUSP_22NOV.docx	28/11/2018 09:15:19	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	TAC_MP_out_18.pdf	29/10/2018 17:42:08	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_24_10_18.pdf	29/10/2018 17:37:21	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito

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

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.082.360

Ausência	TCLE_24_10_18.pdf	29/10/2018 17:37:21	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Min_Pub_Instauracao_Processo_Acomp anhamento.pdf	17/08/2018 11:46:50	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Min_Pub_NAT_analise_documentacao_ 02Jul2018.pdf	17/08/2018 11:42:45	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Min_Pub_SP_Analise_emitida_06Ago20 18.pdf	17/08/2018 11:41:08	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Resposta_CEPFMUSPv13_08.docx	13/08/2018 17:04:59	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Formulario_CEP_FMUP.doc	18/05/2018 13:59:12	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_PB.pdf	18/05/2018 13:55:21	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração do Patrocinador	OFICIO_CIRCULAR_32018_DIAHV_SV S_MS_COFINANCIAMENTO.pdf	14/05/2018 19:23:28	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_participacao_ISC_UFBA_Pr	14/05/2018 19:21:34	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Roteiros_Quali_02Abr2018.docx	14/05/2018 19:20:57	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_dados.docx	14/05/2018 19:20:13	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Ficha_PrEP_04_Monitoramento_PrEP_ SICLOM.pdf	14/05/2018 17:49:03	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Ficha_PrEP_03_Retorno_Mensal_PrEP_ SICLOM.pdf	14/05/2018 17:48:15	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Ficha_PrEP_02_Primeiro_atendimento.p df	14/05/2018 17:47:13	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito

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

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.082.360

Outros	ficha_PrEP_01_Cadastro_Paciente_PrE P.pdf	14/05/2018 17:43:34	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_v_11_05.docx	14/05/2018 17:41:32	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Dezembro de 2018

SAO PAULO, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))**

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

ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO/CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A ser aplicado com adolescentes entre 15-19 anos que participarão dos componentes 3 (estratégia de prevenção combinada para adolescentes com risco acrescido que não escolhem a PrEP), componente 4 (avaliação do uso do autoteste para HIV) e componente 5 (estudo demonstrativo da PrEP).

PROJETO DE PESQUISA: Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e das estratégias de captação e vinculação para o HIV entre adolescentes brasileiros (Estudo PrEP15-19).

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Alexandre Grangeiro, Universidade de São Paulo (USP), Dirceu Greco, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Inês Dourado, Universidade da Bahia (UFBA).

FINANCIAMENTO E APOIO: Ministério da Saúde do Brasil e UNITAID

Esta pesquisa será realizada de acordo com as diretrizes éticas em Pesquisa com Seres Humanos emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CONEP. Estamos convidando você para participar de uma pesquisa que vai avaliar a efetividade de uma nova estratégia de prevenção contra a infecção pelo HIV, chamado profilaxia pré-exposição, que chamaremos, a partir de agora de PrEP. Esta pesquisa também vai avaliar outras estratégias, como a aceitação do autoteste para o HIV. Antes de decidir se deseja participar deste estudo, queremos que saiba mais do que se trata. Este Termo de Assentimento/Consentimento é um documento que pode conter palavras que você não entende. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

O QUE É A PrEP? Trata-se da profilaxia pré-exposição sexual, que é o uso diário de um comprimido que junta dois medicamentos, sendo eles: Tenofovir na dose de 300mg com Emtricitabina na dose de 250 mg. São medicamentos conhecidos como antirretrovirais, utilizados contra o HIV e, que nesse estudo, serão usados por pessoas não infectadas como forma de prevenir à infecção pelo HIV.

O QUE É AUTOTESTE? O autoteste anti-HIV é um exame de triagem similar ao que é feito nos serviços de saúde, só que é feito para ser realizado diretamente por você, fora do serviço de saúde e sem o auxílio de um profissional.

QUAIS OS MÉTODOS PREVENTIVOS ALÉM DA PrEP? Existem diferentes métodos que previnem do HIV, como preservativo masculino e feminino, gel lubrificante, PEP (profilaxia pós exposição sexual), testagem, entre outros. Todos eles serão oferecidos para você no estudo e serão apresentados ao longo desse documento.

O QUE ESTA PESQUISA PRETENDE ESTUDAR? O projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar o uso da PrEP entre adolescentes homens que fazem sexo com homens (HSH), adolescentes travestis e mulheres transexuais (TrMT) entre 15 e 19 anos por um período de 2 anos, em três

idades brasileiras: Belo Horizonte, Salvador e São Paulo. Para tanto, este estudo precisa produzir um sólido conhecimento sobre os diferentes contextos e vida de adolescentes HSH e TrMT. É importante saber, por exemplo, como jovens lidam com a prevenção nos relacionamentos afetivo-sexuais, nas experiências de uso de serviços de saúde, e se vivem situações de violência e discriminação por causa da orientação sexual ou da identidade de gênero. Desta forma, o estudo visa a diminuição de novos casos de infecção por HIV entre adolescentes e jovens.

POR QUE ESSA PESQUISA ESTÁ SENDO PROPOSTA? Porque estudos realizados pelo mundo, em diferentes populações, mostraram que a PrEP preveniu o HIV em adultos, porém há um número insuficiente de estudos entre jovens.

O QUE EU DEVO FAZER SE EU CONCORDAR EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO? Há duas formas de participar. A primeira é se você não deseja usar a PrEP, mas quer receber outras estratégias de prevenção nos serviços participantes do estudo. Você terá acesso a: preservativos, gel lubrificante, PEP exames para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C, assim como poderá realizar consultas médicas para diagnosticar e tratar infecções sexualmente transmissíveis; ser vacinado para hepatite A, B e, eventualmente, HPV. As vacinas serão realizadas na rede pública de saúde. Sempre que desejar ou necessitar você poderá também solicitar o autoteste anti-HIV, para você e/ou sua parceria sexual, por meio da internet ou presencialmente em um dos serviços do projeto. Neste caso, pediremos que você preencha um questionário e nos envie uma foto com o resultado do seu exame. Se você escolher esta primeira forma de participação, solicitaremos que você realize semestralmente um teste anti-HIV, que poderá ser feito por autoteste enviado pelo correio ou presencialmente nos serviços do projeto.

A segunda forma de participar é se você quiser e tiver a indicação para usar a PrEP. Nesse caso, além de todos os itens descritos na primeira opção, você realizará o acompanhamento para o uso de PrEP, ou seja, passará por consultas trimestrais e coletará 30 ml de sangue (correspondente a pouco mais de uma colher de sopa cheia) para realizar exames que avaliarão suas condições de saúde, especialmente fígado e rim, e a presença de infecções como HIV, sífilis e hepatites. Será coletada também amostra de sangue para avaliar sua adesão ao medicamento. A consulta médica e a coleta de sangue serão realizadas no CTA Henfil por profissional de saúde capacitado. Você deverá usar a PrEP diariamente por via oral, tomando um comprimido de uma só vez. Trimestralmente você também responderá a um questionário psicossocial com informações sobre comportamento sexual. O questionário poderá ser auto respondido no serviço ou em sua casa, por um link, de acordo com a sua escolha.

Em ambas as formas de participação você poderá utilizar uma assistente digital da pesquisa (Amanda) que tem o objetivo de tirar dúvidas sobre prevenção, ofertar serviços, pedir autoteste e realizar lembretes dos procedimentos relacionados à pesquisa. As informações das interações com a assistente digital também serão usadas nessa pesquisa.

Ao longo do estudo você receberá contatos da equipe de pesquisa para verificar como está sendo o uso da PrEP e outras questões relativas à sua participação. Você poderá escolher a melhor via, como WhatsApp, Instagram,

Messenger. Caso concorde com isso, precisará nos orientar sobre a melhor forma de garantirmos o sigilo e a confidencialidade. Você poderá nos contatar por telefone, WhatsApp, e-mail, messenger ou presencialmente para qualquer tipo de dúvida ou informação. Em qualquer momento do estudo, caso seu exame HIV seja positivo, você será encaminhado para acompanhamento médico no serviço da rede pública especializada de sua escolha. Nesta ocasião serão colhidas amostras de sangue para avaliar o momento que ocorreu a infecção, o tipo de vírus e se ele é resistente aos antirretrovirais. Estes resultados estarão disponíveis para você. A partir deste momento, você deixará de participar do estudo.

QUAIS OS RISCOS/DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?

Riscos: É possível que você se sinta desconfortável ou envergonhado (a) em decorrência de uma pergunta durante a consulta ou aplicação dos questionários. Se isso ocorrer, você pode pedir assistência do pesquisador ou de algum serviço especializado, assim como poderá pedir para interromper sua participação no estudo. A coleta de sangue pode provocar desconforto e mancha arroxeadada na pele, onde a agulha penetra. Para diminuir o risco desses eventos os profissionais serão treinados. A coleta ocorrerá de acordo com as normas de segurança e com material esterilizado e descartável.

Se solicitar o autoteste, você deverá estar seguro de que está bem preparado emocionalmente para ter um resultado negativo ou positivo para o HIV sem o auxílio de um profissional. Antes de fazer o autoteste você deverá ler atentamente a bula do teste, bem como assistir ao vídeo instrucional que está na internet. Se persistir qualquer dúvida, você deve procurar o profissional do projeto antes de fazer o autoteste. Importante: o autoteste só deve ser feito 30 dias após uma relação desprotegida. Se feito antes, pode dar um falso positivo. Se o resultado for negativo, você terá que repetir após 90 dias, para confirmar o resultado. Se o resultado for positivo você deverá procurar o projeto imediatamente, para confirmar o resultado.

Você tem a garantia de indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

Benefícios: Esperamos com este estudo diminuir sua chance de se infectar pelo HIV e as infecções de transmissão sexual, mas não podemos garantir este benefício.

QUANTO TEMPO TEREI QUE FICAR NO ESTUDO? Você ficará no estudo por até 30 meses, mas poderá interromper sua participação a qualquer momento que desejar.

O QUE PODE OCORRER SE EU NÃO CONCORDAR EM PARTICIPAR OU DESISTIR? Sua participação é voluntária. Você pode decidir não participar ou desistir, sem qualquer perda de seus direitos.

CONFIDENCIALIDADE: Toda a informação pessoal obtida nesta pesquisa é confidencial. Todos os registros serão mantidos em um fichário trancado e eles poderão ser vistos apenas por indivíduos ligados ao estudo. Os resultados deverão ser publicados em revistas científicas ou apresentados em

congressos, mas seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não será revelado.

HÁ ALGUM CUSTO PARA MIM? Não há nenhum custo para você relacionado à sua participação neste estudo.

EU RECEBEREI ALGUM PAGAMENTO? Você não receberá qualquer compensação financeira, caracterizando o seu envolvimento como voluntário. Caso deseje, você receberá auxílio transporte e de alimentação para os dias de atividades do estudo.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO SUJEITOS DA PESQUISA? A participação neste estudo é completamente voluntária. A qualquer momento você poderá optar por não participar mais dele. Novas descobertas ou resultados do estudo serão transmitidos a você por um membro da equipe. Você receberá uma 2ª via deste Termo de Consentimento.

O QUE DEVO FAZER SE TIVER PROBLEMAS OU DÚVIDAS? Nós responderemos a qualquer questão relativa ao estudo, agora ou em qualquer momento. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são os professores Inês Dourado – Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA), localizado na R. Basílio da Gama, 316 - Canela, Salvador - BA, CEP: 40110-040; Dirceu Bartolomeu Greco - Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-100; Alexandre Grangeiro - Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo (USP), localizado na Av. Dr Arnaldo, 455 2º andar - CEP:01246-903, São Paulo, São Paulo. Você também poderá consultar para dúvidas ou denúncias sobre a pesquisa os Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36. 8º andar, Telefone: 3397 2464. E-mail: smscep@gmail.com e/ou Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo, telefone (11) 3893-4401 ou 3893-4407. Também para dúvidas ou denúncia você pode entrar em contato, a qualquer momento, com o pesquisador responsável por São Paulo, Alexandre Grangeiro, pelo telefone: (11) 98230-0600

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Eu li este termo de consentimento (ou alguém leu e o explicou para mim) e recebi uma 2ª via. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que posso sair a qualquer momento, sem perder o direito de receber cuidados médicos.

Autorizo os pesquisadores a entrarem em contato comigo por telefone, e-mail, correio ou pessoalmente caso haja necessidade:

Telefone – não () sim () _____

E-mail – não () sim () _____

Correio – não () sim () _____

Pessoalmente. – não () sim () _____

Nome: _____ Data de Nasc.: ____/____/____
Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Se menor de 18 anos, Pai/Mãe ou responsável está presente?
() Não se aplica () Sim e assinou TCLE () Não

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____
Nome da Testemunha (se aplicável) Assinatura da Testemunha

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro que discuti as questões acima apresentadas com o participante do estudo. E declaro que todas as exigências da resolução 422/2011 foram cumpridas nesta pesquisa.

_____ Data: ____/____/____
(Nome do Pesquisador Assinatura do pesquisador)

**ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – JOVENS HSH,
TR e MT (15-19 ANOS) – BRAÇO PREP**

1. IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista ____/____/____	
Nome _____	Número prontuário (PID) _____
Idade _____	Raça/cor(autodeclarada) _____
Escolaridade _____	O que faz (trabalho, profissão, estudos)? _____
Onde mora, com quem mora? _____	
Aceita contato novamente? Sim () Não ()	
Whatsapp: _____	Facebook: _____
Aceita gravar a entrevista? Sim () Não ()	
() Há quanto tempo usa a PrEP? _____	
Nome do entrevistador _____	
(a): _____	
Sítio: Belo Horizonte () Salvador () São Paulo ()	

2. IDENTIDADE, SEXUALIDADE, PREVENÇÃO IST/HIV/AIDS

- Você poderia falar como vivencia sua identidade de gênero e/ou orientação sexual no seu cotidiano (família, escola, trabalho, lazer, etc.)?
- As pessoas sabem da sua identidade e/ou orientação sexual? Quem sabe? Com quem você se sente mais à vontade para conversar sobre isso? Você sente dificuldades para falar sobre isso com alguém?
- Você tem tido relações sexuais atualmente? Poderia nos falar um pouco sobre suas experiências de prevenção de HIV e outras ISTs?
- O que você pensa sobre HIV? Você acha que pode “pegar” HIV?
- Você se sente bem informado em relação à prevenção às IST/HIV/Aids? Você costuma se informar? Através de quais meios? (Internet, serviços de saúde, amigos, família, etc.).
- Algo mudou nas suas práticas de prevenção depois da sua participação no projeto PrEP 1519?
- Experiências de modificações corporais (para travestis e mulheres trans): Você acha que as modificações no seu corpo fazem diferença no modo como você se relaciona com suas parcerias afetivo-sexuais? E na forma como você se protege do HIV/Aids?

3. VULNERABILIDADE, VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO

- a. Você poderia nos contar alguma experiência de violência ou discriminação por causa da sua identidade de gênero e/ou orientação sexual na sua vida? (Atentar para aspectos relacionados a como o corpo é vivenciado pelo (a) jovem e como é percebido pelos “outros”. Verificar se há aspectos de “passabilidade” como elementos de proteção à discriminação e à violência).
- b. Você acha que alguma situação de discriminação ou violência interferiu no risco de se infectar pelo HIV ou outra IST? Se sim, de que forma?
- c. Você acha que sua identidade de gênero, orientação sexual, raça ou classe social podem interferir no risco de infecção pelo HIV? Se sim, de que forma?

4. RECRUTAMENTO/CAPTAÇÃO, VINCULAÇÃO, ACESSO

- a. Como você soube do projeto PrEP 1519? (Verificar abordagem do educador, tipo de abordagem/evento, etc.).
- b. O que motivou você a chegar no nosso espaço?
- c. Se a pessoa chegou através da educação de par: O que você achou de ser abordado pelo educador do projeto no local da abordagem/evento?
- d. Por que você escolheu usar PrEP?
- e. Como é ser acompanhado por um navegador (a)? O que você acha do trabalho dele (a)? (Atentar para o uso das redes sociais).
- f. Como é sua relação com os diferentes profissionais de saúde do projeto?
- g. Você interage com outros jovens participantes do projeto? (Troca de informações sobre o projeto, tipos de interação, ocasião, meio, etc.).
- h. Quais são as dificuldades encontradas para você participar do projeto? (Transporte, distância, horários, funcionamento, etc.).
- i. Como você avalia sua satisfação no projeto (ações clínicas, educativas, etc.) até o momento? Por quê?

5. USO E ADESÃO A PREP

- a. Como tem sido a experiência do uso da PrEP no seu cotidiano?
- b. Mudou alguma coisa na sua rotina? E nas suas relações afetivas e práticas sexuais? (Verificar tipo de prática: sexo oral/anal, papel: ativo/passivo, gozar dentro/fora etc e aumento número parceiros).
- c. Você encontrou alguma dificuldade para usar a PrEP? Se sim, quais? Como superou estas dificuldades? (Sozinho, com a ajuda de um profissional do projeto, amigos ou outros participantes do projeto PrEP 1519)?

- d. Se você não teve dificuldades com o uso da PrEP, conhece alguém que teve dificuldades em usar a PrEP? Se sim, pode indicar quais foram os problemas que a pessoa teve e como foram superados?
- e. Você sentiu mudanças ou efeitos no corpo? Se sim, quais mudanças? Essas mudanças te incomodam/aram? Como você lida/ou com isso?
- f. Você utiliza alguma estratégia para se lembrar de tomar os comprimidos todos os dias? Qual? O que você acha do tamanho do comprimido? Tem alguma dificuldade para engolir?
- g. Além da PrEP, você já utilizou ou pretende utilizar outros tipos de proteção para se prevenir de IST/HIV/Aids? Se sim, quais? Em quais situações, com quais parceiros (fixo, ocasional)? Com que frequência? Se não, por quê?
- h. Você falou com alguém sobre o uso da PrEP? Se sim, com quem e quais foram as reações (pais/familiares, amigos, conhecidos)? Passou por alguma situação de discriminação ou se sentiu julgado por tomar a PrEP? Tem receio de passar por isso?
- i. Você aconselharia um amigo a usar a PrEP? Por quê?

6. ACEITABILIDADE e EXPERIÊNCIAS USO AUTOTESTE para HIV/AIDS

- a. Você tem feito teste para HIV? Em qual (is) locais? Como tem sido essa experiência?
- b. Você já ouviu falar do AUTOTESTE? (Se não, explicar o que é autoteste). Se sim, ouviu falar por quais meios? (Projetos, internet, serviços de saúde, amigos, família, etc.).
- c. Se sim, o que você sabe? (Verificar conhecimentos clínicos: janela imunológica, uso da lanceta, se for o caso, etc.).
- d. O que pensa sobre essa forma de testagem?
- e. Você já fez uso do autoteste? Onde (casa, serviços de saúde, etc)? Como foi a experiência de uso? (Verificar aspectos emocionais e implicações para as práticas sexuais).
- f. Você teve dificuldades na interpretação do resultado?
- g. Como reagiu ao resultado? Contou para alguém?
- h. Se nunca fez: Você faria um autoteste de HIV em você mesmo?
- i. Você aconselharia o uso do autoteste para um amigo (a) ou mesmo parceiro (a)?

7. ACEITABILIDADE PREP SOB DEMANDA

- a. Você já ouviu falar da PrEP sob demanda? Se sim, através de quais meios? (Projetos, internet, serviços de saúde, amigos, família, etc.). Se não, explicar o que é PrEP sob demanda.
- b. Se sim, o que você sabe sobre PrEP sob demanda?
- c. Quais as diferenças você acha que existem entre PrEP diária e PrEP sob demanda?
- d. O que você pensa sobre a PrEP sob demanda?
- e. Você usaria PrEP sob demanda?
- f. Você acha que daria para organizar sua agenda de sexo para usar a PrEP sob demanda?
- g. Você aconselharia o uso da Prep sob demanda para um amigo (a) ou para um parceiro (a) sexual?
- h. Você considera que o uso da Prep sob demanda teria impactos nas práticas sexuais e de prevenção ao HIV/Aids? Se sim, quais impactos?
- i. Você faria uso da PrEP sob demanda se ela fosse ofertada no projeto Prep1519, dentro das ações do casarão?

**ANEXO D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

1. IDENTIFICAÇÃO
Data da entrevista ____/____/_____ Nome: _____ Idade: _____ Raça/ cor: _____ Escolaridade: _____ Identidade de gênero: _____ Orientação sexual: _____ Onde mora? Com quem mora? _____ Função no projeto: _____ Tempo de trabalho nesta função: _____ Aceita gravar a entrevista? Sim () Não () (se não aceitar, agradecer e não realizar a entrevista) Nome do entrevistador (a): _____

2. ATUAÇÃO PROFISSIONAL
Como você chegou ao PrEP 1519? Como é sua rotina de trabalho aqui no CTA? Você já trabalhava com prevenção de HIV e IST antes? Você já trabalhou com adolescentes e jovens antes do PrEP 1519?

3. PERFIL DOS JOVENS, SEXUALIDADE E PREVENÇÃO	
Você pode descrever um pouco o perfil dos jovens e adolescentes que você atende aqui?	
E como é trabalhar com os adolescentes e jovens participantes do PrEP 1519? Quais as demandas que eles trazem em relação à sexualidade, saúde mental, prevenção? E como você trabalha essas demandas? (Explorar como profissional lida com participantes que usam Drogas, se percebem desconfiança dos jovens nos serviços)	Explorar: Dificuldade acesso a serviços (informação, receio, discriminação, percepção de risco etc); Como o uso de droga ou substâncias (perguntar qual droga!) aparece no cotidiano do atendimento
Como você acha que é o conhecimento dos jovens e adolescentes participantes sobre as estratégias de prevenção de IST/HIV? Você acha	

que o projeto tem ajudado nessa compreensão por parte deles?	
Você acha que eles entendem, compreendem o que você fala para eles?	Explorar como 'traduz' informação técnica
Como é para você atender jovens de 15 a 17 anos? Isso influencia de alguma forma o modo que você atende? Por exemplo, se o/a jovem tem 15 anos ou se tem 19?	
Como você avalia a capacidade de discernimento e autonomia para decidir sobre saúde e métodos preventivos (preservativo, teste, PrEP, PEP) para xs jovens que têm idade entre 15 e 17 anos?	
Você tem conhecimento sobre normas e diretrizes do seu conselho profissional e do SUS para o atendimento de menores de 18 anos?	
Você tem ou já teve alguma preocupação do ponto de vista legal (lei) sobre os participantes menores de 18 anos ou em alguma outra situação? O que você fez?	Explorar se família do jovem tem algum papel ou situação de alta vulnerabilidade (situação de rua)
A orientação sexual ou a identidade de gênero do/da jovem influência de alguma forma o modo que você atende?	
Tem alguma condição de vulnerabilidade do/a jovem que você diria que influencia no modo como você atende?	

4. IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO TRABALHO

O que mudou na sua rotina de trabalho com a pandemia da Covid-19? Teve algum momento em que você se sentiu esgotado, mais sobrecarregado?

E como você sentiu o impacto da pandemia na saúde e no bem-estar dos jovens que você atende?

5. ACESSO E VINCULAÇÃO AO CUIDADO

Como você avalia o acesso ao serviço de PrEP pelo jovem? Como você vê os diferentes atendimentos pelos quais as pessoas passam aqui no serviço?

Como você avalia a vinculação com as pessoas que você atende?

O que você acha que dificulta a vinculação?

E o que se faz para melhorar a vinculação?

Explorar:

Relação de confiança, disponibilidade, vínculo entre profissional e jovem

Tem algum momento ou situação que você considera mais importante estar mais próximo do jovem que usa PrEP?	Explorar dificuldades no início da medicação, na vinculação
--	---

6. USO E ADESÃO À PREP	
Como você avalia a adesão dos jovens que estão em PrEP?	
O que você acha que tem facilitado o uso e a adesão à PrEP?	Explorar o que o participante faz e o que o profissional faz
O que tem dificultado o uso e a adesão à PrEP?	Explorar: Características do jovem; Efeitos adversos; Aspectos relativos aos profissionais e serviços.
Você acha que a PrEP tem produzido mudanças nas práticas sexuais e/ou preventivas dos jovens?	
Você sabe se a PrEP tem tido alguma outra repercussão na vida social, familiar dos jovens?	Explorar se as pessoas contam que usam PrEP, se sofrem discriminação etc.
Como tem sido o seguimento clínico de quem usa PrEP?	Explorar se as pessoas faltam, desmarcam, fazem exames etc
Como você avalia as comunicações via WhatsApp, atendimento presencial, envio de autoteste para a adesão e cuidado dos participantes? Tem alguma que você acha mais potente ou mais frágil?	
E dos que não usam PrEP ou que tiveram diagnóstico de HIV, como tem sido o acompanhamento destes jovens?	

7. Avaliação sobre o trabalho e o projeto
O que você considera que pode ser melhorado no acesso e atendimento aos jovens e adolescentes? A organização do serviço está adequada às demandas que a população apresenta? E quanto à capacitação e postura dos profissionais que atendem; o que você valoriza como positivo e o que você acha que precisa mudar?

Você tem algum tipo de capacitação, supervisão ou acompanhamento para seu trabalho? Você identifica alguma necessidade para desenvolver melhor seu trabalho?

Para finalizar, considerando sua experiência, você poderia falar como você vê a oferta de PrEP para adolescentes e jovens no SUS? Quais desafios você enxerga e como poderiam ser encaminhados?

FINALIZAÇÃO: Agradecimento e pergunte se profissional gostaria de acrescentar algo