UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

GLÁUCIA BARROSO MARTINS

Gestão do risco sexual da infecção do HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais na região central de São Paulo

Santos, SP
2020

GLÁUCIA BARROSO MARTINS

Gestão do risco sexual da infecção do HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais na região central de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais
Linha de pesquisa: Populações em situações de vulnerabilidade
Orientadora: Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi

Santos, SP
2020

Ficha Catalográfica

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Maria Rita de C. Rebello Nastasi - CRB-8/2240

M378g Martins, Gláucia Barroso

Gestão do risco sexual da infecção do HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais na região central de São Paulo / Gláucia Barroso Martins ; orientadora Eliana Miura Zucchi. -- 2020.

139 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2020

1. Saúde pública - Dissertações. 2. HIV (Vírus). 3. Travestis. 4. Transexuais - mulheres. I. Zucchi, Eliana Miura - orientadora. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

GLÁUCIA BARROSO MARTINS

Título: Gestão do risco sexual da infecção do HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais na região central de São Paulo

Aprovado em_____

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi (Universidade Católica de Santos – UNISANTOS – Orientadora)

_____

Profa. Dra. Denise Martin Coviello (Universidade Católica de Santos – UNISANTOS)

_____

Profa. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva (Universidade Federal do Estado de São Paulo – UNIFESP)

_____

Profa. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue (Universidade Católica de Santos – UNISANTOS – Suplente)

_____

Profa. Dra. Maria Izabel Calil Stamato (Universidade Católica de Santos – UNISANTOS – Suplente)

INSTITUIÇÕES E FONTES FINANCIADORAS

UNITAID/WHO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais José e Maria (*in memoriam*). E aqueles que mais amo: meu marido João Carlos, minha doce filha Mariana e minha querida filha canina Filomena. Obrigada por não me deixarem só, pelo incentivo e pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Chego ao final deste trabalho reconhecendo e agradecendo a algumas pessoas que fizeram parte deste percurso, dedicando a elas minha mais expressa gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus e aos seres de luz, que me guiaram, iluminaram e me promoveram sabedoria e força para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar, mesmo quando por vezes considerei difícil.

Agradeço ao meu querido marido João Carlos e à minha filha Mariana, quantas lágrimas nesse percurso eles foram capazes de enxugar, não me deixando desistir e, até quando eu mesma desacreditava, reforçavam momentos e minha capacidade.

Agradeço ao meu querido amigo Dr. Orival Silva Silveira, por ter me dado compulsoriamente um pontapé para meu início neste mestrado.

Agradeço ao meu amigo, irmão Jefferson, pelo apoio, pelo incentivo, por ter me dado coragem, secado minhas lágrimas e por várias vezes me mandar relaxar, respirar e até fazer tudo isso comigo. Obrigada, amigo!

Agradeço a oportunidade ímpar de ter conhecido meus colegas neste percurso, inicialmente Alan, Normelia, Albertina, Flávia, e outros no decorrer do percurso, Valdilene, Rafaela, Bruna, quantas palavras de incentivo e quantos colos.

Agradeço aos meus bons e velhos amigos, que por muitas vezes me pediam para falar do meu trabalho e que mal sabiam que aquela atitude me ajudava a ir construindo um raciocínio, obrigada Antônio, Daniele, Sueli, Luiz Eduardo, Fabiana. Amo vocês!

Agradeço ao meu grande parceiro de tantos anos, Dr. Roberto Soerensen, que não somente dividia a sala e as tarefas cotidianas de trabalho, como também, me estimulava a falar, estudar e acreditar que eu conseguiria chegar a este final. E que imenso prazer em também me oferecer a oportunidade de conhecer a sua esposa Dra. Andrea Soerensen que me ajudou desde os primeiros passos neste percurso. Gratidão!.

Agradeço a minha orientadora, Dra. Eliana Miura Zucchi, pela qual eu tenho uma imensa admiração, uma mulher forte, ímpar e inteligente, que muitas vezes não se resumiu somente a me orientar, mas que ouviu meu choro, pegou minha mão, e que foi fundamental para que chegássemos ao fim. Meu muito obrigado.

Agradeço às professoras Dra. Denise Coviello e Dra. Cristiane Gonçalves pelo aceite em participar de minha banca e por todas as orientações que tanto me acrescentaram.

Agradeço à UNISANTOS, em nome dos seus colaboradores, professores do Programa de Saúde Coletiva, bibliotecários, porteiros e recepcionistas, durante as várias horas que me dediquei aos estudos no espaço da faculdade, o acolhimento era ímpar.

Agradeço à CAPES pela concessão da bolsa que me permitiu cursar este mestrado.

Agradeço aos adolescentes que deram voz a este estudo e me ajudaram a conhecer uma nova maneira de promover saúde. Nada seria possível sem que eles tivessem nos dado esta oportunidade.

RESUMO

MARTINS, G. B. **Gestão do risco sexual da infecção do HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais na região central de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, 2020.

Introdução: Adolescentes homens que fazem sexo com homens, mulheres transexuais e travestis vivem em contextos específicos de vulnerabilidade individual, social e programática ao HIV que, acentuados pela homofobia e transfobia, demandam respostas direcionadas das políticas públicas de saúde para a mitigação da epidemia de HIV. Para isso, é fundamental a compreensão das experiências e narrativas vivenciadas por essa população sobre gestão de risco sexual, que parte do pressuposto de que cada indivíduo aprende a criar estratégias em busca de superar seus próprios riscos. Portanto, tal gestão é mediada de acordo com o que cada um ressignifica para si e com as demais questões que necessitam ser enfrentadas**. Objetivo**: Compreender a gestão de risco de infecção pelo HIV nas interações sexuais entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais. **Métodos**: O estudo foi realizado com abordagem qualitativa com dados obtidos de uma pesquisa formativa realizada a partir de um estudo intitulado “Estudo PrEP 15-19” com participantes moradores ou frequentadores da região central de São Paulo. Realizaram-se treze entrevistas semiestruturadas, sendo sete com travestis e mulheres transexuais e seis com gays e bissexuais; entrevista coletiva que contou com três participantes travestis e mulheres transexuais; e grupo focal com nove adolescentes gays e bissexuais. A análise do conteúdo foi guiada à luz das teorias de Bardin (2011). **Resultados**: Dos treze adolescentes que participaram das entrevistas semiestruturadas voluntariamente, seis se declararam homens e, destes, três se identificaram como gays e três como bissexuais, com idade entre dezesseis e dezenove anos; das outras sete pessoas, quatro se identificaram como mulheres transexuais e três como travestis, dentre as quais três se consideraram heterossexuais, duas pansexuais e uma assexual/bissexual, com idade entre dezessete e dezenove anos. Na entrevista coletiva, contamos com duas mulheres transexuais e uma travesti, entre dezessete e dezenove anos. Para o grupo focal apresentaram-se nove participantes entre

dezesseis e dezoito anos, dos quais sete não responderam quanto à identidade de gênero e dois se identificaram como homens, totalizando oito gays e um bissexual. Os entrevistados apresentaram discursos que expressaram uma visão de obrigatoriedade, prioridade e hierarquia quanto ao uso de camisinha para que se sentissem protegidos, refletindo a forma como recebem informação sobre prevenção tida como eficaz e como se sentem responsáveis por sua prevenção e se esforçam para incorporá-la em seu cotidiano. Não utilizar preservativo para alguns remete a sentimentos como remorso e medo. Para outros, no entanto, há uma sensação de conforto e segurança quando adotado nas relações que envolvem penetração. Embora reconhecidamente visto como necessário na prevenção do HIV, sua efetiva utilização esteve condicionada a diversos fatores contextuais. As relações sexuais com parcerias estáveis são percebidas com maior sensação de proteção, enquanto as casuais com maiores chances de risco. O uso de álcool e as relações com parceiros mais velhos podem influenciar a decisão do uso do preservativo. A adoção do preservativo pode sofrer influência pelo uso de cocaína e pela decisão do parceiro nos programas sexuais. Outras estratégias de prevenção, como o teste rápido do HIV, a PEP e a PrEP apareceram nos discursos como opções alternativas para falha do uso da camisinha. **Conclusão:** Os adolescentes discursam sobre prevenção baseados na visão do uso de preservativo como escolha principal, mesmo que sob diversos contextos de exposição, reproduzindo o discurso normativo de eficácia desse método independentemente de outras dimensões fundadas nos aspectos da vulnerabilidade que podem tornar seu uso inconsistente. Desse modo, ações e estratégias de acolhimento devem ser adotadas, buscando abordar as estratégias de prevenção combinada que possibilitem atender as especificidades e singularidades dessa população.

Palavras-chave: Adolescente. Homens que fazem sexo com homens. Travestis. Mulheres transexuais. Vulnerabilidade em Saúde. Gestão de Risco. HIV.

ABSTRACT

Martins, G. B. (2020). **Management of the sexual risk of HIV infection among adolescent men who have sex with men, transvestites and transsexual women in the central region of São Paulo**. [Dissertation]. Santos: Universidade Católica de Santos.

Introduction: Adolescent men who have sex with men, transgender and transvestite women live in specific contexts of individual, social and programmatic vulnerability to HIV and, accentuated by homophobia and transphobia, demand targeted responses from public health policies to mitigate the HIV epidemic. So it is about seeking understanding through the experiences and narratives experienced by this population about sexual risk management, which assumes that each individual learns to create strategies in order to overcome their own risks, however it is mediated according to what each resignifies itself, and with the other issues that need to be addressed. **Objective:** To understand the risk management of HIV infection in sexual interactions among adolescent men who have sex with men, transvestites and transsexual women. **Methods**: The study was carried out with a qualitative approach with data obtained from a formative research carried out from a study entitled “PrEP Study 15-19” with participants who live or go to the central region of São Paulo. Thirteen semi-structured interviews were carried out, seven with transvestites and transsexual women and six with gay and bisexual men. The press conference included three transvestite participants and transsexual women and the focus group with nine gay and bisexual teenagers. The content analysis was guided in the light of Bardin's theories (2011). **Results:** Thirteen adolescents participated in the semi-structured interview voluntarily. Among six men, three identified as gay and three as bisexual, aged between sixteen and nineteen years old. Among the seven other participants, four identified as transexual women and three transvestites, three identified themselves as heterosexual, two as pansexual, and one as asexual/bisexual, aged between seventeen and nineteen years old. At the press conference we had two transsexual women and a transvestite, between seventeen and nineteen years old. For the focus group, we had nine participants between sixteen and eighteen years old; seven did not respond regarding gender identity, two identified themselves as men, eight gay and one bisexual. The speeches expressed

a view of obligation, priority and hierarchy regarding the use of condoms to make them feel protected. It was shown a reflection of the way they receive information about prevention considered to be effective and how they feel responsible for its prevention and strive to incorporate it in their daily lives. Not using condoms for some refers to feelings like remorse and fear, for others, however, there is a feeling of comfort and security when adopted in relationships that involve penetration. Although it is recognized as necessary for HIV prevention, its effective use was conditioned to several contextual factors. Sexual relations with stable partners are perceived as having a greater sense of protection, while casual relationships have a greater chance of risk. Alcohol use and relationships with older partners experienced by gay and bisexual teenagers can influence the decision to use condoms. Among transvestites and transsexual women, condom adoption may be influenced by the use of cocaine and the partner's decision in sexual programs. Other prevention strategies, such as the rapid HIV detection test, PrEP and PEP appeared in the speeches as alternative options for when condom use failed. **Conclusion:** Adolescents talk about prevention based on the view of condom use as the main choice, even if on different contexts of exposure, reproducing the normative discourse of effectiveness of this method regardless of other dimensions based on the aspects of vulnerability that may make it its use inconsistent. In this way, actions and welcoming strategies should be adopted seeking to address the combined prevention strategies that make it possible to meet the specificities and singularities of this population.

Keywords: Adolescent. Men who have sex with men. Transvestites. Transsexual women. Health Vulnerability. Risk Management. HIV.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 Adolescência 14
1.2 Políticas de prevenção do HIV para adolescentes 22
1.3 Métodos preventivos 30
1.4 Gestão de risco sexual 37
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO 43
2.1 Vulnerabilidade 43
2.2 Homofobia e transfobia 46
3 OBJETIVO 52
3.1 Objetivo geral 52
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 53
4.1 Desenho do estudo 53
4.2 Estudo PrEP 15-19 54
4.3 Participantes do estudo 56
4.4 Procedimento de coleta de dados 57
4.5 Instrumento de produção de dados 58
4.5.1 Entrevistas semiestruturadas 58
4.5.2 Entrevista coletiva e grupo focal 59
4.6 Plano de análise 61
4.7 Aspectos éticos 65
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 67
5.1 Caracterização sociodemográfica 67
5.1.1 Cotidiano, estudo, trabalho, convivência familiar 68
5.1.2 Relacionamentos afetivos sexuais 70
5.2 CONTEXTOS E DINÂMICAS DE SOCIABILIDADE 71
5.2.1 Rede de amizade dos adolescentes 71
5.2.2 Dinâmicas de lazer, baladas e diversão 73
5.2.3 Uso de redes sociais e virtuais para relacionamentos e interações 74
5.2.4 Conhecimentos sobre métodos preventivos e acesso a informações 76
5.2.4.1 Conhecimentos sobre métodos preventivos 76

5.2.4.2 Fonte de informação sobre métodos de prevenção 78
5.3 GESTÃO DE RISCO NAS RELAÇÕES SEXUAIS PARA INFECÇÃO DO HIV 79
5.3.1 Pensamento sobre a prevenção do HIV 80
5.3.2 Sentimentos dos adolescentes quanto à infecção do HIV 87
5.3.3 A negociação dos adolescentes no uso de métodos preventivos 90
5.3.3.1 Gestão de risco em programa sexual 91
5.3.3.2 Gestão de risco sexual com parcerias casuais 93
5.3.3.3 Gestão de risco sexual entre parcerias estáveis 96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 103
ANEXOS 118
ANEXO 1 – TERMO DE ASSENTIMENTO 118
ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 124
ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COLETIVA E GRUPO FOCAL 131
ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO 133
ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA 134

APRESENTAÇÃO

Deparo-me com a Aids há alguns anos, mais especificamente, desde a infância, quando perdi minha meia-irmã mais velha para essa doença. Como criança, ainda não entendia o que era todo aquele mal sobre o qual os adultos falavam, que havia deixado meu querido pai muito abalado por ter perdido uma filha jovem que, como ele costumava dizer repetidas vezes, possuía “todo um futuro pela frente” e “devia ter se cuidado...”.

Recordo-me de terem dito que ela havia falecido no Hospital Guilherme Álvaro, localizado perto de onde eu morava, e lugar em que sempre manifestei o desejo de trabalhar quando me tornasse adulta, embora, como desaprovação a essa ideia, eu frequentemente ouvisse respostas como “Deixa de bobagem, menina, aí só tem aidético” (perdoem meus pais). Passados os anos e amadurecendo, chego à enfermagem, após concluir um curso de Auxiliar de Enfermagem, e também ao Hospital Guilherme Álvaro. Meus pais, assim como eu, precisavam saber que lá existiam diversas doenças e tipos de tratamento, mas quis o destino que mais uma vez eu me encontrasse com a Aids e fosse prestar cuidados na enfermaria denominada de Moléstias Infectocontagiosas (MI). Foi então que a Aids e eu nos conectamos novamente e, desta vez, através da profissão que escolhi para a vida.

A inquietude com esse tema me fez querer saber e entender mais sobre ele. Não somente questionava os infectologistas que tanto aprendi a admirar, como também, ao entrar na Universidade, escolhi como meu tema para o Trabalho de Conclusão de Curso “A importância da orientação do enfermeiro na adesão da terapia medicamentosa de pacientes vivendo com Aids”. Aliás, a título de curiosidade, sob insistência do meu orientador à época que era veterinário para que eu lhe explicasse detalhadamente já que como ele dizia “ cachorro não tem Aids”, pois bem, expliquei e logo me formei!

Na MI acompanhei de perto muitas histórias, muitos medos, discriminações e estigmas. Não imaginava que ali se reforçaria em mim um encanto pela infectologia e pela saúde pública e um anseio em mudar a mim e a outras visões. Passados muitos anos de dores, alegrias e mortes, ao longo dos quais eu acreditava que sabia muito, mal sabia que no fundo também acreditava que as pessoas não se cuidavam ou eram irresponsáveis ao ponto de se deixarem infectar.

Após uma mudança de emprego, volto a me encontrar com a Aids, porém nesta ocasião ligada à tuberculose que, confesso, foi responsável por amadurecer a minha decisão em querer iniciar o mestrado. Após diversas pesquisas, alguns trabalhos e congressos, aliei a Aids e a tuberculose e cheguei à Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), primeiro para apresentar um trabalho e depois para assistir a uma defesa de dissertação de doutorado cujo tema era – ela, mais uma vez – a Aids.

Já ingressa no mestrado, a recepção inicial foi por duas professoras com diversas pesquisas cujo tema era a Aids, e uma delas se tornou minha orientadora.

Ao longo desse percurso, hoje dou lugar a uma pesquisadora, que me permitiu adquirir uma visão modificada da Aids e principalmente no que diz respeito às práticas de prevenção, à individualidade e especificidade de cada sujeito, o que anseio apresentar neste estudo.

A enfermeira da assistência, dos cuidados, do manejo de tratamentos e do costume de ver desfechos negativos deu passagem para também uma enfermeira que enxerga a promoção, a prevenção, o respeito das diversidades e especificidades a partir do contexto de vida de cada indivíduo, neste caso em especial, de adolescentes.

Enfim, escrevemos um novo capítulo, o que me permitiria dizer ao meu pai que não houve culpa da minha irmã em se infectar pelo HIV, e sim condições que favoreceram para que isso tivesse acontecido.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência

A adolescência é uma etapa da vida marcada por diversas mudanças que desencadeiam transformações biológicas, físicas, comportamentais e psicológicas. Apesar de delimitadas a partir de um período cronológico considerado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1986) como a faixa etária de 10 a 19 anos de idade, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que esse período se inicia aos 12 anos e segue até os 18 anos de idade (BRASIL, 1990; MACEDO, 2013).

Muito se vem discutindo sobre adolescência nos campos de pesquisa em saúde, com conceitos baseados na perspectiva de que esta é considerada uma fase de desenvolvimento vista como passageira e uma continuidade da infância (BERTOL, 2010). Quando considerada através de uma ótica de fase passageira e natural, se desconsidera que ele é marcado por aspectos pessoais, de individualidade, de interações e influências sociais e culturais capazes de produzir diversos significados entre diferentes adolescentes mediados por sua origem e o que lhes é transmitido em relação a valores (OZELLA; AGUIAR, 2008; FONSECA, 2011).

A adolescência possui significados singulares para muitas culturas que enxergam essa fase da vida sobre diversas óticas, como, por exemplo, algumas tribos indígenas onde não há a categoria definida de adolescente e que realizam somente rituais para que esse período seja marcado. Já nas sociedades ocidentais a característica é de um período mais longo que começa na infância e teria seu fim no início da vida adulta. Assim, entende-se que cada cultura e sociedade tratará a adolescência de forma bastante diferente (PAPALIA; OLDS; FEELDMAN, 2009).

Também marcada por mudanças biológicas iniciadas pela puberdade, algumas áreas da saúde relacionam a adolescência como uma fase unicamente desencadeada por uma explosão hormonal e pelo despertar da sexualidade, gerando, em decorrência disso, a percepção de que adolescentes são pessoas universalmente problemáticas (MACEDO, 2015). Disso emerge a visão errônea de que esses indivíduos nada mais são do que incapazes, inconstantes, rebeldes e

com maiores vulnerabilidades individuais e sociais relacionadas ao seu modo de experimentar a vida (BOCK, 2007; FONSECA, 2011; MACEDO, 2015).

Observa-se, então, uma tendência a relacionar adolescentes a irresponsáveis ao se justificar a puberdade como pivô de transformações comportamentais em virtude das mudanças físicas condicionadas a ela, que visivelmente são observadas através do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, como os pelos pubianos, a menarca e a telarca nas meninas e o aumento dos testículos e a espermarca nos meninos, evidenciando uma maturação sexual que, em algumas sociedades, é vista como uma aptidão para a reprodução e a capacidade de assumir novas responsabilidades (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009). Dessa forma, embora existam aspectos naturais e biológicos que podem ser identificados nessa etapa da vida, como a própria puberdade, por exemplo, é necessário enfatizar que a adolescência, enquanto um período de transição que se encontra entre a infância e a vida adulta, é uma construção social, e as Ciências Humanas, Sociais e a Psicologia possuem papel importante nessas definições e compreensões (BOCK, 2007).

Muitas vezes os conflitos existentes entre adolescentes e outras gerações sobre muitos pontos de vista são entendidos como comportamento natural nesse grupo. Por outro lado, isso seria nada mais do que um reflexo da construção da consciência e autonomia pela qual todos os indivíduos passam nessa fase da vida. (FONSECA, 2011). Ao mesmo tempo em que há o desejo de que os filhos desenvolvam sua autonomia e assumam responsabilidades na sociedade, alguns conflitos se iniciam, pois muitos pais apresentam preocupação por acreditarem que o adolescente possa não ser capaz de lidar com tantas demandas necessárias para sua construção de identidade (BERTOL et al., 2010).

Para alguns autores, o comportamento “rebelde” nada mais é do que uma característica necessária de construção de identidade e autonomia, encontrada em todo indivíduo, independentemente da faixa etária que se vivencia, podendo ser considerada como uma espécie de estado que favorece a formação de opinião e não uma condição exclusivamente social (BERTOL, 2010; OZELLA; AGUIAR, 2008). Portanto, a construção da autonomia nos adolescentes estaria relacionada a possibilitar que cada sujeito seja guiado por sua própria razão, buscando decidir

como irá se submeter às suas próprias leis, constituindo sua liberdade a partir de sua própria vontade (BERTOL, 2010).

Inicialmente, os pais são as primeiras referências que os adolescentes constroem para si, pois os permitem sentirem-se amparados quanto às necessidades de mudança e desenvolvimento, transmitindo valores, oferecendo possibilidades de reflexão quanto ao futuro e a promoção de orientação (DIAS, 2012). Entretanto, os adolescentes vivenciam um momento de grandes desafios na busca de sua autonomia, já que querem preservar sua ligação com a família e a sociedade, mas, também, procuram alcançar sua independência (REICHERT, 2007). Esse momento caracteriza a construção de um novo ideal, o que Bertol (2010) chamou de ideal de eu, que será tomado como a base de construção para um novo significado da sua posição na sociedade e a formação de sua identidade.

Conforme Justo (2005), a adolescência é marcada como uma fase de passagem de um círculo social restrito, que se refere ao âmbito familiar, para um universo bem mais amplo, que passa a ser influenciado por pessoas externas ao grupo familiar, amigos e pessoas com que compartilham outros valores diferentes daqueles com que o adolescente tem contato desde o momento de seu nascimento. É importante destacar também que é na adolescência que são definidos alguns padrões básicos de comportamento, e isto se reflete também no campo da sexualidade (CEDARO et al., 2012).

> Pensar sobre a sexualidade na adolescência exige um olhar sobre os diversos sentidos que as descobertas e as mudanças, nessa etapa da vida, exercem sobre os gêneros, devendo-se considerar o tempo e o lugar em que ocorrem, pois é sobre esses aspectos que a cultura se impõe e passa a determinar práticas sociais e estilos de vida distintos (CEDARO et al., 2012, p. 322).

Nessa perspectiva, o início da sexualidade é um momento bastante complexo e importante no que se refere ao próprio aprendizado e no que diz respeito à percepção de autonomia e liberdade de escolher caminhos e parceiros. Segundo Cedaro et al. (2012), as questões de gênero poderão influenciar o desenvolvimento da sexualidade entre adolescentes, pois a educação acerca desse assunto pode ser passível de diversas abordagens, em especial pelo ponto de vista de pais, professores ou até mesmo entre pares, em virtude da crença proveniente de

cada um quanto aos padrões de família e de normatividade, o que pode contribuir para a conservação da desigualdade vivenciada entre homens e mulheres em algumas sociedades.

O sentido da sexualidade, de acordo com Foucault (1977), produziu determinados tipos de normalidade, realizando, portanto, uma divisão dos sujeitos em categorias de identidade, como meninos, meninas, homossexuais, heterossexuais, entre outros. Estas seriam, portanto, divisões desencadeadas por uma ideia de sexualidade, originadas a partir da atribuição de determinados papéis sociais considerados como ideal. O conceito de sexualidade é central na obra de Michel Foucault e parte da concepção de que a sexualidade se constitui enquanto um dispositivo de disciplinamento dos corpos, regulando e normalizando a população. De acordo com Foucault (1977), o sexo passa a ser compreendido como uma complexa rede de saberes e poderes através do qual é possível exercer um maior controle sobre o que é dito a respeito desse assunto.

Portanto, a decisão do que se quer ser ou se tornar de acordo com as escolhas relacionadas aos aspectos da sexualidade não deve ser vista ou considerada como um empecilho ou contradição às normas sociais e, sim, um direito legitimado quanto à construção da identidade dos adolescentes.

Considerando os espectros da sexualidade, alguns indivíduos podem se diferenciar de modelos conceituais heteronormativos, desencadeados através de como se reconhecem e se identificam a partir do sexo atribuído no nascimento, do gênero, da orientação sexual e da identidade de gênero.

O sexo de cada indivíduo é geralmente definido no seu nascimento através das características biológicas e físicas de genitálias e órgãos reprodutores masculinos e femininos, determinantes de que um indivíduo é macho ou fêmea (JESUS, 2012; SHORT et al., 2013). O conceito de gênero pode ser entendido como uma construção social e cultural a partir do que os indivíduos entendem e constroem sobre os seus papéis na sociedade como homens e mulheres (CYRINO, 2013). Contudo, os limites desses conceitos devem ser considerados não somente através de uma divisão binária de masculino e feminino e nem de construtos fixos ou delimitados através do biológico. É importante que se considere que cada indivíduo será impulsionado pela forma como deseja ser reconhecido e como se identifica (FRANCO, 2018).

Durante muitos anos, sexo e gênero foram empregados como termos distintos, partindo da ideia de que o sexo era considerado somente através do conceito biológico e o gênero a partir do que era esperado acerca de como cada indivíduo adotaria seu comportamento com base na binariedade de ser masculino ou feminino (CARVALHO, 2011). Ainda segundo Carvalho (2011), foi em meados de 1980, após duras críticas ao conceito binário de ser homem e mulher provenientes de grupos feministas, que se buscou considerar o sexo também como uma construção influenciada pela cultura, inserindo-o ao conceito de gênero. Portanto, discutiu-se a ideia construída de que cada gênero desempenhe e se comporte como os papéis culturalmente esperados na sociedade – para os homens a força, o poder, a virilidade e a liberdade; para as mulheres a delicadeza, a maternidade e a obrigação em servir (MIRANDA, 2014).

Considerando os conceitos de sexo e gênero, alguns indivíduos podem não se reconhecer ou se identificar pelo que se definiu sobre sua genitália, a partir da visão biológica, e pelo que se é esperado social e culturalmente de cada pessoa, a partir da visão de gênero. Surgem, portanto, outros conceitos como a identidade de gênero. Conforme os Princípios de Yogyakarta (2006), a identidade de gênero é entendida como

> A vivência interna e individual do gênero tal como sentida profundamente por cada pessoa, a qual pode ou não corresponder com o sexo assignado ao momento do nascimento, inclusive a vivência pessoal do corpo (que pode envolver a modificação da aparência ou da função corporal através de meios médicos, cirúrgicos ou de outra natureza desde que seja por sua livre decisão) e outras expressões de gênero, incluindo a vestimenta, o modo de falar e a conduta (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2006 p. 6).

Através desse conceito, diferentes identidades de gênero podem ser definidas a partir do que cada indivíduo se identifica ou se reconhece além do que é considerado normativo em cada cultura ou sociedade. O termo cisgênero é utilizado para pessoas que identificam correspondência entre sua identidade de gênero com o sexo que lhes foi designado ao nascimento (JESUS, 2012; ALMEIDA, 2018). Já transgênero é considerado para muitos autores como um termo “guarda-chuva” que compreende englobar um grupo ou pessoas que não se identificam em diversos sentidos com o gênero que lhes foi designado no nascimento. Dentre esse grupo estão as travestis, as mulheres transexuais, os não binários, entre outros (JESUS,

2012). Assim, “trans” significaria aquele que altera, que modifica, que vai “contra” as normas heteronormativas. “Pessoas trans” seriam aquelas que fogem a estas regras sendo, portanto, vistas como desviantes (JESUS, 2012; ALMEIDA, 2018).

Entre as pessoas trans, as travestis são aquelas que foram designadas como do sexo masculino no nascimento, mas não se reconhecem em ambos os gêneros ou podem apresentar comportamentos ambíguos, e tendem a se identificar e construir atributos ligados à identidade feminina, não especificamente apresentando rejeição quanto ao órgão sexual masculino (MISKOLCI, 2006; JESUS, 2012). Em outra definição do grupo trans estão as mulheres transexuais, as quais não se identificam com a genitália masculina atribuída ao nascimento e reivindicam o reconhecimento social e legal quanto a ser mulher (BARAL, 2013).

Outro conceito também abordado quanto à identidade de gênero está relacionado ao não binarismo, que se refere a indivíduos que não se limitam a utilizar uma definição de gênero sob o conceito homem/mulher. Essas pessoas podem não se reconhecer, rejeitar, circular ou até mesmo não se enquadrar sob a normativa binária da masculinidade e feminilidade (SCANDURRA et al., 2019).

Quando há o que se considera uma incongruência entre a identidade de gênero e a genitália atribuída no nascimento, com base nos construtos biomédicos, respaldados pelo conceito binário de gênero, pode ocorrer em algumas pessoas trans sofrimentos ou incapacidade de aceitar-se, o que o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), em sua quinta edição, considerou como um transtorno de identidade, termo logo após substituído por disforia de gênero, com a proposta de não mais considerar pessoas transexuais como doentes mentais (MARTINERIE et al., 2016).

Sendo assim, disforia de gênero seria compreendida por desconforto ou angústia que estaria relacionada à desarmonia de pessoas trans com a sua identidade de gênero atribuída no nascimento, com o seu corpo e suas características sexuais secundárias, sendo estes os principais motivos que as levariam a buscar por alterações e modificações corporais (SOLL et al., 2018). Ainda segundo a autora, a disforia de gênero não se limitaria a somente questões físicas, como os órgãos genitais, mas também ao desconforto pelo não reconhecimento social, ao sentimento de rejeição, ao estigma e também quanto à falta de oportunidades, como no mercado de trabalho.

Campanhas vêm sendo realizadas, como a “Stop Trans Pathologization” (STP), realizada por ativistas transexuais em 2012, que questionam o discurso patológico e o controle médico principalmente através da ótica psiquiátrica acerca da transexualidade, reivindicando a despatologização das identidades trans e o direito da mudança corporal sem que estas necessitem se submeter a avaliações e processos rigorosamente regulatórios, solicitando, também, que fossem respeitadas quanto à vontade e liberdade de decisão, assim como quanto ao direito ao acesso ao mercado de trabalho e à necessidade do estabelecimento de políticas públicas específicas à população transexual (STP, 2012).

Entre travestis e mulheres transexuais que recorrem às mudanças corporais, o que estas almejam é promover uma satisfação com seu corpo e se aproximar da aparência feminina, ou seja, se enquadrar nos padrões atribuídos ao gênero feminino, que é como se identificam e se reconhecem (PETRY, 2015; CHEW, 2018). É na adolescência, com o início da puberdade e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, que os relatos acerca da disforia de gênero começam a se tornar mais evidentes. Em geral, iniciam-se os conflitos com o corpo, o que leva à busca por alterações corporais através do uso de hormônios e procedimentos cirúrgicos, que muitas vezes podem ser realizados de forma indiscriminada e clandestina (SOLL et al., 2018).

Assim, se despertaria em algumas jovens mulheres trans o desejo pelo corpo feminino, com curvas, seios, tom de voz, modo de se vestir e o anseio de que sejam desejadas e reconhecidas como mulheres, o que levaria a pensar ser necessário recorrer a transformações a base de hormônios por vezes, indiscriminadamente, já que, segundo a portaria n.° 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, o tratamento cirúrgico somente é oferecido para maiores de 21 anos (BRASIL, 2013b; SAADEHII et al., 2018).

São comuns os relatos das barreiras enfrentadas por pessoas trans quanto a terem garantido o seu desejo por intervenções corporais relacionadas à sua identidade de gênero, entre elas a dificuldade de acesso a serviços de saúde, insumos e procedimentos, considerando-se a burocracia e os processos regulatórios pelos quais elas têm de passar, em especial aquelas que estão na adolescência (PINTO et al., 2017). Levanto em conta os diversos desafios enfrentados por

pessoas trans e, entre eles, os conflitos que os adolescentes podem vivenciar acerca do anseio de modificação corporal na puberdade, são evidentes as restrições de acesso a serviços para tais fins a essa população, com relação a idade e outros fatores. O Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual da Faculdade de Medicina da USP (AMTIGOS) foi o primeiro serviço especializado a abrir as portas para o atendimento a crianças e adolescentes transexuais através de abordagens específicas e ampliadas a esse público, entendendo que a ausência de acompanhamento médico nessa população favorece o uso indiscriminado de terapias para modificação corporal, podendo aumentar suas condições de vulnerabilidades (SAADEHII et al., 2018).

Outra questão relacionada à sexualidade compreende a afetividade atrativa expressa através da orientação sexual que, embora possa estar relacionada com a identidade de gênero, apresenta contextos distintos. Segundo os princípios de Yogyakarta (2006), a orientação sexual é compreendida como

> [...] uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (YOGYAKARTA, 2006, p. 6).

Nesse entendimento, diferentes formas de orientação podem ser vivenciadas além do contexto normativo de relacionamentos ideais em nossa sociedade e cultura. A heterossexualidade é entendida como a atração e o desejo manifestado a pessoas do gênero oposto, sendo considerado que o ideal e fundamental é que homens e mulheres se atraiam e se relacionem. A homossexualidade é definida como a relação e atração por pessoas do mesmo sexo ao qual se identificam – para os homens, a sigla HSH é utilizada para caracterizar homens que fazem sexo com homens, e nesta categoria também se englobam os bissexuais, que são aqueles que se envolvem atrativa e sexualmente por ambos os gêneros (BRASIL, 2002b; FRANCO, 2018).

Há, ainda, a pansexualidade, referente à atração por pessoas independentemente do gênero, e também a assexualidade, definida como a falta ou ausência de atração sexual, podendo ser vista como uma condição passageira, com conotação amorosa mas sem envolvimento sexual ou com a não experimentação do

sexo por alguns indivíduos. A visão dada à assexualidade através dos conceitos biomédicos é de que estas pessoas sofrem uma disfunção sexual, deixando-se de considerar as dimensões sociais, culturais e subjetivas na construção da orientação assexual (BRIGEIRO, 2013; FRANCO, 2018).

Assim, sob a perspectiva da sexualidade, os valores provenientes de questões atribuídas ao gênero, principalmente no que tange aos discursos voltados a padrões normativos e de poder de decisão que caberia ao homem, podem influenciar nas decisões e práticas de prevenção ao HIV entre adolescentes, cuja autonomia e poder de negociação podem levar a um comprometimento da gestão de risco sexual adotada por essa população (SAMPAIO et al., 2010).

Buscamos compreender, a partir do exposto neste tópico, que a adolescência enquanto fase de desenvolvimento se trata de uma construção social que, conforme culturas e normativas construídas nas sociedades, se torna um período fundamental para cada indivíduo, em que vários elementos englobados possibilitam transformações biológicas e emocionais, pertencimento a grupos, desenvolvimento da construção da autonomia e das identidades pessoais e de gênero, permitindo também a ação nos construtos que tangem a sexualidade, como, por exemplo, a prevenção do HIV.

1.2 Políticas de prevenção do HIV para adolescentes

Sabidamente, a história da epidemia de HIV se iniciou a partir dos primeiros casos de Aids que foram notificados nos Estados Unidos entre os anos de 1980 e 1981, acometendo inicialmente jovens homens previamente saudavéis que, em comum, tinham relações homossexuais e que adoeceram por um tipo de pneumonia até então relacionada a pessoas gravemente imunodeprimidas. Desde então, a Aids passou a ser relacionada com o tipo de vida e prática sexual, inclusive inicialmente sendo chamada de “peste gay” (CDC, 1981).

No Brasil, os primeiros casos notificados de Aids ocorreram na década de 1980 e se concentravam entre homens homossexuais, bem como usuários de drogas e pessoas hemofílicas. A partir da década de 1990, a epidemia evidenciou que mulheres heterossexuais apresentavam uma tendência crescente de infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), demonstrando que a Aids não estaria

somente relacionada a grupos ou comportamentos de risco mas, também, a fatores como desigualdade de gênero e sociais. Considerando essa percepção, o Ministério da Saúde elaborou, no ano de 2002, um documento intitulado “Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes”, cujo objetivo era reforçar a qualidade das notificações de Aids no intuito de gerar melhores informações que permitissem compreender as características da epidemia, reduzir o número de casos de Aids e possibilitar uma melhor assistência para pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2002a).

Segundo dados acumulados do Boletim Epidemiológico de Aids, referentes a uma série histórica entre os anos de 1980 e junho de 2006, foram notificados 433.067 casos de Aids, sendo 67,2% do sexo masculino e 32,8% do sexo feminino, em que o maior número de casos, 17,9%, se concentrava na região sudeste do país (BRASIL, 2006a).

Os adolescentes entre 15 e 24 anos sempre apresentaram taxas crescentes de incidência de Aids. No período de 1980 a 2011, ocorreram 12.891 casos na faixa etária entre 13 e 19 anos, considerando que nos anos de 1993 e 1995 houve um aumento progressivo de casos nessa população. No ano de 2010, as taxas de incidência de Aids entre adolescentes eram de 9,5/100.000 habitantes, sendo, na distribuição por sexo, 11,1/100.000 habitantes entre os homens e 7,8/100.000 habitantes entre as mulheres. Entre os anos de 2005 e 2016, o número de casos de Aids aumentou de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013; UNICEF, 2017).

Nos anos de 2002 a 2007, observou-se um aumento de prevalência de infecção pelo HIV entre jovens e adolescentes homens que fazem sexo com homens, de 17 a 22 anos, passando de 0,56% para 1,2%. Com relação à categoria de exposição de 1998 a 2010, observou-se um aumento entre adolescentes HSH de 31,8% para 46,4% (BRASIL, 2013a).

Em 2017, uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz foi considerada um dos primeiros estudos quanto à significância de dados produzidos na população de travestis e mulheres transexuais no país, através da realização de 2.486 entrevistas em 12 municípios do Brasil, que evidenciaram uma taxa de prevalência de HIV nessa população que variou de 19,7% em cidades como Curitiba a 65,3% em Porto Alegre (BRASIL, 2019a).

Os dados epidemiológicos apontaram que, nos anos de 2005 a 2010, a mortalidade entre adolescentes com Aids apresentou uma estabilidade nos casos. Em 2016, embora tenha havido uma diminuição do número de mortes na população em geral, entre adolescentes foi evidente um aumento de casos nesse ano se comparado ao ano de 2006, em que foi registado 0,3 mortes por 100 mil habitantes, passando para 0,8 mortes por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013a; UNICEF,2017).

Levando-se em conta que os adolescentes representam uma grande parcela da população e que se passou a considerar a possibilidade de esse grupo apresentar uma vulnerabilidade à infecção pelo HIV, emergiram diversas estratégias no cenário das políticas de saúde com o objetivo de garantir o direito a saúde e um desenvolvimento de vida saudável entre esse público.

Assim, criou-se em 1989 uma das primeiras políticas públicas voltadas para os adolescentes, intitulada de “Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)”, cuja iniciativa era de incluir esse público em programas de saúde que promovessem a prevenção de gravidez não desejada, de uso de álcool e drogas e de infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV (BRASIL, 1996).

Posteriormente, o Programa de Saúde na Escola (PSE) foi criado em 2007 a partir de um decreto presidencial que interligou estratégias dos Ministérios da Saúde e da Educação com o intuito de ampliar e fornecer capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva entre estudantes da educação básica da rede pública, gestores e profissionais de educação e saúde. O programa contou com ações voltadas à prevenção, promoção e atenção à saúde quanto ao consumo excessivo de álcool e drogas, educação permanente em saúde, bem como saúde sexual e reprodutiva direcionada a adolescentes (BRASIL, 2007a).

Diversas campanhas passaram a ser elaboradas pelo Ministério da Saúde a fim de promover o aumento do uso de preservativo masculino, conhecido popularmente como camisinha. Tais campanhas foram idealizadas com o intuito de passar aos adolescentes informações a partir da construção da ideia de que esse método possibilitaria um sexo seguro. Em 1995, uma campanha que nomeou o pênis com o nome de Bráulio gerou diversas críticas, principalmente entre aqueles que se identificavam com o nome. Contudo, a abordagem com conotação de brincadeira não teria conseguido alcançar um contexto de prevenção (MARINHO, 2000).

Em 1997, a rede televisiva MTV (Music Television), cujo conteúdo é reconhecidamente voltado para o público adolescente, veiculou uma campanha com uma abordagem sobre o uso do preservativo de uma forma específica para o público de diferentes diversidades sexuais (MARINHO, 2000). Em geral, campanhas que incentivem o uso de preservativo alcançam maiores êxitos quando são associadas a contextos sexuais e sensuais, sendo então vistas pelo público-alvo como um motivo para uma aceitação e relacionadas com o sexo seguro (SCOTT-SHELDON, 2006). Nota-se que ainda hoje essas campanhas são veiculadas, em especial, no período do carnaval, quando também é comum a distribuição de camisinhas, almejando conscientizar a população quanto à importância do uso de preservativo nas relações sexuais com o objetivo de prevenir as ISTs (Infecção Sexualmente Transmissivel), dentre elas o HIV, e a gravidez não planejada nessa população.

No ano de 2007, o Ministério da Saúde elaborou um Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) entre gays, HSH e travestis, partindo da premissa de que a epidemia do HIV possui diferenças no país e que diferentes questões que envolvem os aspectos de vulnerabilidade, em determinados grupos, podem acarretar impactos nas ações de prevenção. Nesse sentido, pensou-se que as medidas deveriam então ser centralizadas nas populações e suas especificidades, colaborando para priorizar o enfrentamento do HIV. Esse plano reforça que as políticas de prevenção devem respeitar as diferentes identidades desses indivíduos, garantindo o direito ao respeito, o combate à discriminação e a promoção do acesso aos serviços de saúde, bem como possibilitando a redução das vulnerabilidades através de políticas públicas, promoção e atenção a saúde (BRASIL, 2007b). Para os adolescentes, esse documento reforça a promoção de ações educativas sobre diversidade sexual e vulnerabilidades em população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) que vivem em regime de medidas socioeducativas.

Outra proposta para o combate da epidemia do HIV estabelecida pelo Ministério da Saúde foi a elaboração do Plano Integrado de Enfrentamento e Feminização da Epidemia da Aids e outras DST, visando combater o crescimento de casos de HIV entre as mulheres no país, principalmente no sentido que se refere à desigualdade de gênero existente entre homens e mulheres. Adolescentes mulheres

foram contempladas nesse plano, buscando reduzir as vulnerabilidades associadas à baixa escolaridade e à dificuldade de negociar com seus parceiros o uso de métodos de prevenção (BRASIL, 2007c).

Criada em 2009, a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem (PNAISH) foi elaborada considerando a importância em promover a saúde do homem, através de medidas que contribuíssem para reduzir os índices de adoecimento e mortalidade nessa população. Um dos seus objetivos visava garantir o acesso dos homens a serviços de saúde e o direito ao respeito entre as diferentes identidades de gênero e orientação sexual dos indivíduos (BRASIL, 2009). Essa política emergiu algumas críticas de travestis e mulheres transexuais (TrMT), que expressaram um descontentamento e um desconforto em ver que suas especificidades e particularidades não seriam abordadas pela PNAISH (LIONÇO, 2009).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Adolescente e Jovens, visando garantir uma abordagem ampla no atendimento dessa parcela da população para modificar suas condições de vulnerabiliade, unindo esforços entre as áreas de saúde e outras instâncias juntamente com a comunidade, com o objetivo de garantir o desenvolvimento saudável dessa população (BRASIL, 2010). Essa política demonstrou preocupação com os índices de infecção por HIV entre adolescentes e reforçou o direito às diferentes expressões de identidades de gênero e a necessidade de que os serviços de saúde se qualificassem para o atendimento de adolescentes, principalmente quanto à prevenção da Aids.

Em 2012, uma norma técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes das Violências contra Mulheres e Adolescentes” foi elaborada também pelo Ministério da Saúde, especificando o documento ao atendimento de mulheres vítimas de violências, podendo ser contemplados outros indivíduos, como adolescentes. As orientações consideravam o atendimento anticontraceptivo em caso de violência sexual e atendimento e oferta de profilaxia para o HIV em casos de exposição sexual (BRASIL, 2012).

Em 2013, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) iniciou um projeto intitulado “Fique Sabendo Jovem”, que posteriormente passou a ser chamado de “Viva Melhor Sabendo Jovem” (VMSJ), realizado em parceria com

diversos municípios brasileiros, voltado para adolescentes de 15 a 24 anos, em especial para aqueles considerados como população-chave do HIV, cujas vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas podem aumentar os riscos de infecção, como aqueles que se consideram homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais. Assim, objetivou-se realizar abordagens em locais de sociabilidade dessa população, promovendo ações educativas de prevenção e oferta de testagens para o HIV (UNICEF, 2017).

Essa estratégia foi criada visando facilitar o acesso e a vinculação de adolescentes a ações de prevenção e testagem do HIV, considerando favorável a divulgação de informações realizadas por pessoas cuja idade e maneira de vida nos locais de sociabilidade favoreçam um resultado positivo. Segundo Logie (2017), é comum a limitação de adolescentes quanto ao acesso aos serviços de saúde, principalmente entre os HSH, gays, travestis e mulheres transexuais, entre os quais são comuns os relatos de discriminação por parte dos profissionais de saúde, o medo de um diagnóstico positivo e dúvidas quanto ao sigilo do atendimento, cujas situações podem ser consideradas barreiras para que estes procurem por esses espaços.

Estes locais de sociabilidade onde se concentram adolescentes considerados mais vulneráveis à infecção pelo HIV são conhecidos como *hotspots*, onde são realizados mapeamentos através de parcerias entre Organizações Não Governamentais (ONGs) e redes de adolescentes e jovens do município com base em classificação de alta, média ou baixa vulnerabilidade dos frequentadores (UNICEF, 2017).

Segundo Dayrell (2005), sociabilidade se caracteriza como uma interação social que ocorre no percurso do desenvolvimento de relações cotidianas, que pode ocorrer na escola, no trabalho e em encontros com grupos de amigos e seus pares, em que experiências são trocadas e podem causar ou não influências na construção de suas identidades. Tais interações podem gerar a identificação com determinados grupos ou, até mesmo, o distanciamento daqueles que possuam atributos diferentes dos quais se identifiquem (ROMANELLI, 2008).

Um artigo publicado referente aos espaços de sociabilidade frequentados por um público em maior parte de pessoas homossexuais e bissexuais, travestis, garotos de programas e outros que podem não se reconhecer nessas categorias foi

realizado na região central de São Paulo, considerando que essa área é comumente procurada para realização de interações sexuais (SIMÕES, 2010). Ainda nessa pesquisa, Simões (2010) relatou que nos locais em questão também há uma concentração de espaços e estabelecimentos destinados à prostituição, ao comércio de drogas, saunas de encontros gays, cinemas, bares, ruas e praças que podem ser destinadas a encontros com a finalidade de “pegação”.

Em 2016 é lançada uma cartilha intitulada “Homens Gays e Bissexuais, Direitos, Saúde e Participação Social”, com o objetivo de destacar a importância de que homens gays e bissexuais sejam inseridos na construção de políticas de saúde, que estas sejam capazes de atender as suas especificidades. A cartilha considera, então, a importância em discutir orientação sexual e identidade de gênero de cada indivíduo, sem que haja discriminação e violação de seus direitos humanos (BRASIL, 2016a).

Através do seu Departamento Nacional de Vigilância e Prevenção de Aids, o Ministério da Saúde elaborou um guia de Prevenção Combinada do HIV, com bases conceituais para profissionais e gestores de saúde, visando fornecer subsídios e informações acerca das estratégias de prevenção que devem ser possibilitadas a partir dos riscos e vulnerabilidades de cada indivíduo. Esse documento reconheceu que, mesmo com todos os esforços de prevenção ao HIV direcionados para os adolescentes, há alta incidência desta infecção nesta população, e que são necessárias formas mais inovadoras de abordagens e dispensação acerca do uso de preservativo, bem como ações em espaços de sociabilidade frequentados por esse público (BRASIL, 2017a).

Publicado em 2018, o manual “Cuidando de Adolescentes: Orientações Básicas para Saúde Sexual e Reprodutiva”, criado pelo departamento de ações estratégicas do Ministério da Saúde, propôs o acesso de adolescentes às unidades de saúde e visou garantir cuidados diferenciados através da elaboração de ações educativas em grupos, construção de informações específicas e qualificadas, além de aconselhamento sobre contracepção e ISTs com a oferta de diálogo sobre os riscos e atenção aos grupos mais vulneráveis, bem como a oferta de testagem rápida (BRASIL, 2018a).

Todas essas políticas públicas mostraram os esforços que foram sendo construídos ao longo dos anos para abordar as especificidades dos adolescentes e

buscar reduzir suas possíveis vulnerabilidades, em especial no que concerne à epidemia do HIV. Porém, ainda se faz importante que mais ações e aplicabilidade sejam desenvolvidas para essa população a partir de contextos que englobem seus aspectos individuais, sociais e programáticos.

É evidente que adolescentes tenham conhecimento sobre o uso de preservativo como método de prevenção ao HIV e outras ISTs. No Brasil, essa informação se mostra bem disseminada e atinge cerca de 94% da população, que reconhece o uso desse método como adequado para prevenção e, embora os adolescentes de 15 a 24 anos estejam entre a parcela da população que mais utiliza esse método, o que se percebe é que seu uso não acontece de forma regular e consistente (BRASIL, 2013b).

Diferentes motivos são apontados quanto ao uso inconsistente de preservativos nas relações sexuais, entre eles o tipo de relacionamento vivido. Nas relações consideradas casuais seu uso é mais frequente se comparado às estáveis. Outros fatores como a ausência do preservativo no momento da relação, a baixa percepção de risco a infecção do HIV, o limitado acesso aos serviços de saúde e a rejeição da camisinha relacionada à ideia de perda da sensibilidade também são constantemente apontados como fatores para inconsistência de uso (LANNES, 2018; GUTIERREZ et al., 2019).

Segundo Fontes et al. (2017), o uso inconsistente de preservativo entre adolescentes pode estar relacionado com condições associadas a contextos de vulnerabilidade e não somente por questão de uma decisão individual, sendo importante que, para o desenvolvimento de políticas de prevenção, se considere o envolvimento de outros quesitos, como os sociais, culturais e econômicos, que possibilitem alcançar uma adequada prevenção, capaz de reduzir os índices de infecção pelo HIV nessa população.

Portanto, entende-se que os adolescentes fazem parte de um grupo populacional com vulnerabilidade à infecção pelo HIV, em especial aqueles cuja identidade de gênero e orientação sexual destoam dos padrões da normatividade, como os homens que fazem sexo com homens, as travestis e mulheres transexuais. Deve-se considerar que podem com frequência ter relações sexuais sem o uso de preservativo, reconhecidamente o método preventivo com mais divulgação entre essa população, além da possibilidade de terem limitado conhecimento acerca das

formas de infecção e outras estratégias de prevenção do HIV, e também limitação quanto ao acesso a políticas e serviços de saúde.

Com base no exposto, este trabalho busca compreender a gestão de risco sexual no que concerne à infecção pelo HIV, com foco em adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais.

1.3 Métodos preventivos

No cenário atual de prevenção de HIV, uma das grandes apostas de várias entidades no intuito de combater a epidemia de Aids vem sendo mediada pela adoção da prevenção combinada, que consiste na interação do uso de estratégias de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, baseadas em ações que contemplem as especificidades dos indivíduos e suas necessidades, considerando também as possibilidades de transmissão do HIV (BRASIL, 2017a).

As estratégias de prevenção combinada do HIV, recomendadas para os adultos, também são aplicáveis aos adolescentes, reiterando que as orientações devam ser específicas quanto a prevenção, testagem e aconselhamento, favorecendo uma abordagem direcionada, a partir de seus contextos individuais e de vida (BRASIL, 2017d; HOSEK, 2019).

As intervenções de cunho biomédico são ações adotadas visando reduzir o risco de exposição ao HIV, impedindo sua cadeia de transmissão, através da interrupção do contato do HIV com a pessoa suscetível a infecção. As estratégias podem ser divididas em dois grupos: a primeira, chamada de intervenção biomédica clássica, engloba a adoção de métodos de barreiras físicas; a segunda é relacionada a intervenções com o uso de antirretrovirais (BRASIL, 2017a).

Como métodos de barreira, estão configurados o preservativo masculino (popularmente chamado de camisinha) e o preservativo feminino, que impedem o contato do esperma com a região do ânus, vagina e mucosas orais. Tais métodos possuem vantagens para sua utilização, como a possibilidade de serem utilizados também como métodos contraceptivos e de prevenção a outras ISTs. São distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm fácil manuseio e baixa relação com efeitos colaterais (BRASIL, 2017a).

A priori, a utilização do preservativo masculino foi considerada como um método de barreira contraceptivo em relações heterossexuais. Visando promover a prática do sexo seguro entre aqueles que praticavam sexo anal, a camisinha começou a ter seu uso difundindo entre grupos gays norte-americanos, como uma maneira de conter fluidos e garantir uma prática sexual segura quanto aos riscos de infecção pelo HIV (AYRES et al., 2009; PINHEIRO, 2015).

Segundo Pinheiro (2015), no Brasil o uso da camisinha passou a ser difundido em diversas campanhas públicas de prevenção ao HIV ao longo do curso da epidemia da Aids no país, enfatizando a eficácia deste como método de prevenção. Contudo, pôde-se observar também a construção de discursos morais e culpabilizadores contra aqueles que não aderissem à utilização dessa estratégia em suas práticas sexuais, em especial contra os homossexuais, enfatizando o estigma a eles atribuído.

Entre adolescentes, o uso do preservativo masculino é amplamente difundido e reconhecido como um método eficaz para a prevenção do HIV e outras ISTs. Contudo, nota-se que uma parte dessa população não estabelece o seu uso consistente em suas práticas sexuais, com maiores índices entre os homossexuais e bissexuais, se comparado aos heterossexuais. Quanto aos fatores apontados para a inconsistência da utilização da camisinha, destacam-se a confiança no parceiro, a dificuldade de negociação, o maior uso de drogas, violências, estigmas e a perda da sensibilidade e do prazer associada ao látex (ASSIS et al., 2014; VALIM et al., 2015).

Também reconhecido como um método de barreira, o preservativo feminino é considerado um aliado nas práticas preventivas do HIV, considerado um recurso que pode garantir, especialmente para as mulheres, uma maior autonomia quanto ao seu corpo e as possibilidades de negociação de prevenção (CAMPOS et al., 2016). As vantagens apontadas para esse método consideram o oferecimento de proteção a áreas genitais como os grandes lábios, a possibilidade de ser inserido antes do ato sexual, a não necessidade de ereção para o seu uso, o conforto em não apertar o pênis e, se utilizada corretamente, ainda pode favorecer a estimulação clitoriana. Contudo, ainda há uma visão desfavorável atribuída à camisinha feminina e, para que isso não ocorra, é fundamental a promoção de informações que possibilitem a sua utilização (BRASIL, 2017a).

Segundo Campos (2016), resistências que são apontadas entre as adolescentes quanto à utilização do preservativo feminino estão relacionadas à insegurança na utilização e eficácia desse método como forma de prevenção a ISTs e gravidez não planejada, à pouca divulgação e acessibilidade a esse insumo, à dificuldade no manuseio e ao aspecto e odor considerados desagradáveis. Segundo Albuquerque et al. (2015), há também uma dificuldade na negociação do uso do preservativo feminino entre os parceiros, evidenciando as desigualdades sociais entre gêneros, pois a decisão do uso do método de prevenção estaria condicionada somente aos homens, e as mulheres deveriam então atender suas necessidades e exigências.

Outra consideração de prevenção como métodos de barreira é a recomendação do uso de gel lubrificante, que pode ser utilizado em conjunto com os preservativos masculino e feminino ou sozinho. Utilizado para que se possibilite a lubrificação de mucosas ressecadas, minimiza os riscos de fissuras e dor nas relações sexuais (BRASIL, 2017a; MENEGHEL, 2019).

No segundo grupo de intervenções biomédicas estão aquelas que estabelecem o uso de antirretrovirais como forma de impedir a reprodução do HIV no organismo, limitando a sua capacidade de reprodução. Destacam-se, portanto, a PEP (Profilaxia Pós-Exposição Sexual), a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição Sexual) e a estratégia Testar e Tratar.

A PEP consiste em uma terapia de administração de antirretroviral oral, que inicialmente possuía como recomendação o uso para vítimas de acidentes ocupacionais com materiais biológicos com potencial possibilidade de infecção pelo HIV e também para vítimas de abuso sexual. No ano de 2012, passou também a ser adotada como estratégia de prevenção para o HIV, englobando indivíduos que tenham tido exposição sexual consentida ou não, cujo perfil sorológico de um dos envolvidos seja desconhecido. Seu início (tomada) deve ser realizado preferencialmente nas primeiras duas horas pós-exposição. É necessária a realização de testagem prévia do HIV, a fim de garantir o conhecimento de que o indivíduo já não esteja infectado no momento do atendimento. Recomenda-se sua introdução no prazo máximo de até setenta e duas horas após o evento de exposição (MAKSUD, 2015; BRASIL, 2017b).

A eficácia dessa estratégia se dá pelo conhecimento acerca desse método preventivo tanto de quem o deseja utilizar quanto dos profissionais de saúde, devendo haver a percepção quanto à exposição ao HIV, adesão ininterrupta dos 28 dias de tratamento requeridos, bem como a acessibilidade e o reconhecimento dos indivíduos pelos serviços de saúde que dispõem desse recurso (COHEN et al., 2013). O conhecimento acerca da PEP entre os adolescentes é relatado com frequência, em especial por aqueles considerados como população em condições de vulnerabilidade social, como mulheres transexuais e negros, e que já haviam realizado ao menos uma testagem para o HIV, que configuram nas políticas de prevenção como indivíduos com riscos acrescidos de infecção por esse vírus. Contudo, há evidências de que uma parcela dessa população, quando utiliza esse método de prevenção, abandona o tratamento antes de sua conclusão, em virtude de possíveis efeitos colaterais e também por baixas condições financeiras para dar seguimento ao atendimento nos serviços de saúde (PROCÓPIO et al., 2011; KOBLIN et al., 2018).

A PrEP é uma estratégia implantada no SUS, inicialmente ofertada para adultos cujas práticas, parcerias e contextos sexuais estariam atrelados a maiores riscos de infecção do HIV, como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais, bem como em parcerias sorodiscordantes. A PrEP consiste na administração de uma medicação oral de dose única diária formulada com a associação de duas medicações: entricitabina (FTC) combinada a fumarato de tenoforvir desoproxila (TDF). Sua eficácia está associada a adesão, que garante aos que tomam diariamente a PrEP níveis protetores de medicação no sangue, o que confere maiores graus de proteção, perdendo gradativamente a eficácia naqueles cujas tomadas são irregulares, e também nas mulheres pela influência da microbiota vaginal atípica (BRASIL, 2017c; SIDEBOTTON et al., 2018).

Algumas vantagens evidenciam o uso da PrEP como sendo mais uma possibilidade de estratégia de prevenção para aqueles que não se identificam com outros métodos como os de barreira ou que não os conseguem utilizar consistentemente, possibilitando o planejamento antecipado da prevenção ao HIV e a independência quanto à negociação de prevenção em contextos sexuais, principalmente para aqueles que possam ter interferências causais, como o uso de

álcool, drogas e sexo comercial, bem como em relações estáveis ou casuais (ZUCCHI et al., 2018). No Brasil ainda não há estudos evidenciando o uso de PrEP entre adolescentes, contudo, em países como os Estados Unidos, sua utilização nessa população foi permitida em meados de 2018 e, segundo Fisher et al. (2018), os principais determinantes que motivaram a utilização do método nesse público estão relacionados à possibilidade diária de proteção contra o HIV, de acessibilidade aos serviços de saúde, de realização de testagens periódicas de HIV e outras ISTs, e também quanto à autonomia frente à decisão de prevenção em suas práticas sexuais.

Hosek (2019) ressaltou que a eficácia da PrEP entre adolescentes pode ser comprovada, principalmente nas primeiras semanas de uso, contudo se evidenciou uma queda da adesão medicamentosa desta no decorrer do tratamento, relacionada ao esquecimento da tomada de medicação e ao receio de serem confundidos com pessoas vivendo com HIV (PVHIV), fatores cruciais para a interferência nos resultados dessa terapia, em especial para aqueles considerados como população mais vulnerável a infecção, como homossexuais e a população trans, o que podemos relacionar aos estigmas da Aids por eles enfrentados.

Cabe ressaltar que as estratégias de prevenção que utilizam medicações ARV como manejo na prevenção do HIV são consideradas a partir da escolha de drogas que, ainda que um pouco tóxicas, sejam bem toleradas e com baixa possibilidade de efeitos colaterais, os quais, quando presentes, geralmente tendem a ser leves e transitórios (SCHECHTER, 2016). As principais queixas de efeitos adversos quanto ao uso da medicação são episódios de diarreia, náuseas, vômitos, desconforto abdominal e flatulência, geralmente tratados com medicações sintomáticas. Relatos mais escassos na literatura associam o uso do Tenoforvir a casos de insuficiência renal, o que o contraindica a usuários com alteração de clearance de creatinina ≤ 60ml/min (MAYER et al. 2008; SCHECHTER, 2016; BRASIL, 2018).

Outra estratégia que compõe o grupo de intervenções biomédicas que utilizam antirretrovirais para a prevenção do HIV é denominada Testar e Tratar, cujo objetivo é de oferecer testagens e tratamento da Aids ao maior número de pessoas que possam ter sido expostas a infecção pelo HIV, com a proposta de diminuir a carga viral circulante nos segmentos populacionais, causando a interrupção da

cadeia de transmissão do HIV. Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu uma meta que até o ano de 2030 90% das pessoas sejam diagnosticadas para o HIV, 90% estejam em tratamento e 90% alcancem a supressão viral (meta 90/90/90) (UNAIDS, 2014; BRASIL, 2017a).

Em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) reconheceu que uma série de estratégias seriam necessárias para uma efetiva resposta para essa ambiciosa meta, em especial no que tange os adolescentes, em virtude da mortalidade tendo como causa a Aids nessa população e o desafio enfrentado por aqueles que vivem com HIV e que enfrentam desfechos desfavoráveis relacionados a estigma, homofobia, discriminação e dificuldade em acessar serviços de saúde. Consideram-se entre essas estratégias a expansão de testagem para o HIV, oferta e opções de tratamento para esse público, bem como a necessidade de adaptação dos serviços de saúde para o atendimento quanto às especificidades, necessidades e possibilidades de empoderamento dessa população (UNAIDS, 2014).

Conforme normativas do Ministério da Saúde, adolescentes de 12 a 18 anos podem realizar testagem para detecção do HIV sem a necessidade de anuência de responsáveis legais, a partir da avaliação quanto ao seu discernimento e de sua vontade, reiterando que o sigilo diagnóstico diante de um resultado positivo deva ser também respeitado (BRASIL, 2018b). Ainda que o Ministério da Saúde recomende que a oferta de testagem do HIV seja ampliada para os adolescentes, com a proposta de aumentar o número de testagens entre essa população a fim de possibilitar o conhecimento sorológico e a redução da transmissão do HIV, atualmente não podemos afirmar a garantia desta normativa, em virtude do que vivenciamos a algumas falhas e desmontes vistos atualmente no cenário das politicas públicas voltadas à prevenção do HIV. Em 2013, somente 30,1% de adolescentes sexualmente ativos haviam realizado testagem para o HIV, sendo 16,1% entre homens e 45,7% entre mulheres (BRASIL, 2013a).

Os adolescentes estão entre os segmentos populacionais que apresentam menores índices de testagem de detecção do HIV, considerando que aqueles que se encontram na população-chave da epidemia apresentam acessos ainda menores a esse recurso (WONG et al., 2017). Quando comparados a adultos, adolescentes possuem características que possam vir a desfavorecer seu papel na meta 90/90/90,

quer seja pelo baixo índice na procura do teste de detecção do HIV, quer seja pela baixa vinculação e retenção em serviços de saúde, fatores que contribuem significativamente para que tenham menores índices quanto ao alcance da supressão viral (ZANONI, 2014).

Dada esta consideração, Hosek (2019) ressalta que, para proporcionar um maior alcance de testagem para detecção do HIV nessa população, ações como a realização de testagens fora de ambientes institucionais e também a oferta de autoteste seriam medidas que facilitariam a acessibilidade e o aumento dos índices. Segundo a OMS, o autoteste se trata de uma metodologia que possibilita que o indivíduo colete sua própria amostra, por fluido oral ou punção digital, e em seguida realize o teste e analise o próprio resultado, sozinho ou com alguém de sua confiança (OMS, 2016).

Como outra estratégia de prevenção combinada do HIV há as intervenções comportamentais, que configuram mais uma das estruturas de ações que contribuem para o aumento das informações acerca de prevenção e de percepção sobre a exposição ao HIV, destinando aos indivíduos, comunidade ou grupos – em especial àqueles que compõem a população-chave na epidemia de HIV –, incentivo a mudança de comportamentos, práticas e atitudes, com o intuito de possibilitar a redução de suas vulnerabilidades e dos riscos associados à exposição ao vírus (BRASIL, 2017a).

Cabe ressaltar que, ainda que com indiscutíveis avanços nas políticas de prevenção do HIV no Brasil e no mundo, determinados grupos permanecem considerados como população-chave e, por esse motivo, tendem a enfrentar mais dificuldades de acesso a programas de prevenção, diagnóstico e tratamento de Aids, barreiras no acesso ao cuidado e também no atendimento de suas especificidades e necessidades e menor acesso a inclusão na sociedade. Em comparação desta com a população em geral acometida pelo HIV, o que se observa é que suas vulnerabilidades tendem a ser acrescidas por condições ligadas a fatores de cunho social, segundo Agenda Estratégica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018b).

Estão entre estas populações consideradas como chave na epidemia do HIV, aquele que fazem uso de substâncias como o álcool e as drogas, os homens que fazem sexo com homens, gays, transexuais, travestis e profissionais do sexo (BRASIL, 2018c)

E com estas considerações, entre as intervenções comportamentais estão a oferta de informações sobre testagem de detecção do HIV e o incentivo para sua realização, conceitos sobre transmissão do vírus, prevenção da infecção, tratamento e adesão medicamentosa, aconselhamento e avaliação do risco considerando o modo de vida e a percepção de cada indivíduo, oferta de apoio emocional e o incentivo ao uso do preservativo masculino e feminino (BRASIL, 2017a).

Segundo Hosek (2019), recentes estudos apontaram a eficácia das intervenções comportamentais entre adolescentes, principalmente para os que se encontravam em situações de maior vulnerabilidade. Pôde-se observar significativa redução quanto ao risco de infecção pelo HIV, maior número de práticas sexuais com uso consistente do preservativo, redução no número de parceiros sexuais e também maior possibilidade de autonomia para negociar a prevenção entre as parcerias.

Outro componente de prevenção combinada a ser considerado são as intervenções estruturais, compreendidas como ações voltadas a enfrentar os fatores e as condições que podem influenciar diretamente os quesitos de vulnerabilidade de indivíduos ou de determinados grupos sociais, acerca de questões que envolvem contextos preconceituosos, estigmatizantes ou de discriminação, bem como de quaisquer outras condições que afetem os direitos e a garantia de cidadania e dignidade de vida (BRASIL, 2017a).

Alguns determinantes como a pobreza, a baixa renda familiar, o enfrentamento de violências, dentre elas a homofobia e a transfobia, a baixa escolaridade e o abandono escolar são contextos que favorecem a vulnerabilidade de adolescentes à infecção pelo HIV, e precisam ser abordados em conjunto com as estratégias de prevenção, demonstrando a importância de beneficiá-los contemplando todos os seus aspectos e em todas as possibilidades de prevenção combinada (HOSEK, 2019).

1.4 Gestão de risco sexual

A gestão de risco parte do pressuposto de que cada indivíduo precisa aprender a superar seus próprios riscos, através da criação de estratégias que

possibilitem o acesso a informações e conhecimento para desenvolver a habilidade de enfrentá-los (SARAIVA, 2013).

Assim, o conceito de risco seria considerado um ponto importante a ser discutido a partir de uma perspectiva sociocultural, em que, para uns, ele será mediado a partir do medo e da insegurança com relação a algo, podendo não ter as mesmas proporções para outros. A maneira como cada indivíduo lidará com o risco se dará a partir da ótica de como cada um se percebe e ressignifica isso para si (MOREIRA et al., 2017). No entanto, há de se considerar que existe um cruzamento de determinantes sociais com condições de vulnerabilidade e que, quando associados, tendem a expor os sujeitos a maiores possibilidades de risco. Os determinantes sociais de saúde são, portanto, componentes que se refletem nos aspectos individuais e na ameaça, proteção ou promoção de saúde de cada sujeito (COSTA et al., 2019).

Entretanto, diferentes perspectivas deverão ser abordadas tanto no que concerne ao individual quanto ao coletivo. Ainda segundo os autores Costa et al. (2019), os determinantes de aspectos individuais seriam compostos por idade, sexo, cor/etnia; já para os determinantes proximais, as características estão envolvidas com o modo, estilo e comportamento de vida de cada individuo, como por exemplo, a religião, tipo de relacionamento, influência de redes sociais, número de pessoas com quem mora (VIANNA; AMARAL, 2012). E os determinantes intermediários, compreendem os que contemplam as condições relacionadas ao grau de escolaridade, moradia e renda familiar, bem como ao acesso aos serviços de saúde (GEIB, 2012)

Com o curso da epidemia de Aids atingindo ainda alguns segmentos populacionais tidos como chave e mais vulneráveis à infecção pelo HIV, considerou-se ampliar discussões acerca da gestão de risco sexual nas práticas de prevenção.

Como já mencionado, a gestão de risco sexual parte do princípio de que os indivíduos são autônomos e capazes de realizar suas escolhas sobre métodos de prevenção, que podem ser mediados pelos seus interesses, bem como por informações que possibilitem a redução de exposição ao HIV (LEITE; MURRAY; 2015). Contudo, é importante que não se avalie somente a autonomia e a capacidade individual em estabelecer ou não o uso de prevenção, mas também se torna necessário considerar outros aspectos que podem influenciar nas decisões,

como os socioculturais e financeiros, a suficiência das informações em relação à transmissão e prevenção do HIV, bem como a avaliação pessoal do que cada um compreende o melhor pra si (LEITE; MURRAY 2015; RIOS, 2019).

Atualmente, as ações e estratégias para prevenção do HIV estão condicionadas a reduzir o risco sexual, focando em medidas que visam possibilitar aos indivíduos o sexo seguro, seja pelo incentivo do uso de preservativo, seja por outras medidas de prevenção combinada tanto em relação à prevenção quanto aos fatores associados à infecção. No entanto, é necessário considerar as diversas motivações e as interações sexuais experimentadas por cada indivíduo (STEPHENSON et al., 2015). As interações sexuais compreendem questões além do sexo em si, sendo atribuídos diversos comportamentos que possuem como intuito a obtenção do prazer para ao menos um dos envolvidos, independentemente da efetiva penetração, orgasmo ou fecundação (GIAMI, 2008).

Segundo Terto Jr. (2015), a escolha pelo tipo de método preventivo a ser adotado nas práticas sexuais será influenciada com base no momento vivido e em como cada sujeito interpreta as informações sobre o HIV e sua prevenção, além das condições que propiciem essas práticas.

Em um estudo epidemiológico realizado em uma escola pública em 2010, os dados demonstraram que uma parcela de adolescentes que haviam iniciado a vida sexual tinham parcerias casuais com frequência, consideravam-se adequadamente informados sobre a Aids e afirmaram ter medo de contrair a doença, embora não conseguissem se perceber em situações de exposição, mesmo considerando o uso inconsistente de preservativo em todas as relações (CAMARGO, 2010).

Sob essa perspectiva, nota-se que adolescentes detêm conhecimento sobre o uso da camisinha como um método preventivo contra o HIV, mas que somente a informação não é suficiente para que sua utilização por essa população seja consistente (ARAÚJO et al., 2012).

Tais fatores podem favorecer as dimensões de vulnerabilidade e de determinantes sociais entre adolescentes quanto à infecção pelo HIV, em especial aos HSH e TrMT, que costumeiramente são vítimas de discriminações e de estigmas, o que contribui para a limitação destes a serviços de saúde e possíveis dificuldades de negociação do uso de preservativo nas relações, principalmente em contextos de prostituição (GOVENDER et al., 2018).

Como já explanado, entre os métodos de prevenção do HIV na adolescência, o mais divulgado é o uso do preservativo masculino, já que seu uso de maneira consistente é tido como eficaz contra a infecção por HIV. Segundo Lannes (2018), a camisinha representa para os adolescentes conceitos de “prevenção”, “proteção” e “necessidade”, com significados diferentes de acordo com os gêneros. Para mulheres é vista também como uma possibilidade de prevenção de gravidez, e para homens como uma chance de prevenção de doenças. Ainda segundo Lannes (2018), embora haja um reconhecimento da importância desse método preventivo, a sua utilização muitas vezes é considerada como “irritante”, “repulsiva” e “desconfortável”.

O uso do preservativo como medida de prevenção adequada para adolescentes é reforçado no Brasil através das diversas abordagens voltadas para esse público através de campanhas em escolas e televisão e em alguns espaços de sociabilidade. Contudo, ainda há uma parcela que não o relaciona como método de prevenção ao HIV (MOURA et al., 2016).

Entre adolescentes, a percepção de risco ao HIV pode sofrer influências e se relacionar a sentidos de gênero, informações insuficientes sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV, menos anos de estudo, início precoce da vida sexual, vida sexualmente ativa e convívio com pessoas infectadas com HIV (AFRIYE, 2019). As normas de gênero construídas socialmente também evidenciam que comportamentos tidos como de risco podem ser adotados diferentemente por homens e mulheres, contribuindo para a vulnerabilidade de infecção do HIV entre adolescentes. Em comparação com as mulheres, por exemplo, os homens iniciam mais precocemente a vida sexual, utilizam menos preservativo nas relações sexuais e também demonstram menos conhecimento sobre métodos de prevenção (FELISBINO-MENDES et al., 2018).

Ainda discursando sobre gênero, as mulheres reconhecem que receiam se infectar com HIV em relações sexuais desprotegidas, mas se sentem envergonhadas em solicitar aos parceiros o uso do preservativo, por medo de serem vistas como experientes e interessadas em sexo, em contrapartida ao que se espera na sociedade que mulheres sejam castas e passivas (DOS ANJOS et al., 2012).

Segundo Rios (2013), em geral, os HSH possuem informações em relação ao HIV e outras ISTs, bem como sobre suas formas de prevenção. Contudo, é

necessário buscar compreender o que poderia estar relacionado à inconsistência da adoção em suas práticas. Ainda segundo o autor, em um estudo realizado com jovens homossexuais, foram apontadas razões para o não uso de preservativo por essa população: o sistema de gênero, levando homens femininos a serem mais estigmatizados, bem como a diferença de idade entre as parcerias, que evidenciam o contraste socioecônomico entre mais velhos e mais novos.

Não é raro que adolescentes gays se envolvam com parceiros mais velhos, inclusive em suas primeiras experiências sexuais. Muitas vezes essas relações são baseadas na possibilidade de apoio e proteção não obtidas no seio familiar, trocas de habilidades, experiências e percepção de maturidade, o que pode acarretar uma dificuldade de negociação do uso de prevenção, no que diz respeito à relação de poder entre uma pessoa mais experiente e uma mais jovem (ARRINGTON-SANDERS et al., 2013; PAIVA, 2013).

Como muitos, os adolescentes também tendem a se sentir menos vulneráveis ao HIV quando estão em relacionamentos estáveis. Isso se deve quando a confiança é atrelada à diminuição do medo de se infectar ou de estar em risco de exposição. O namoro e a estabilidade mediados pelo sentido adquirido nos relacionamentos considerados fixos, com fidelidade, associam-se com a diminuição do uso de prevenção, em que três principais características podem ser consideradas para essa decisão: a confiança, o comprometimento e o sentimento de paixão, que podem ser entendidos como uma espécie de “barreira” para infecção pelo HIV (DOS ANJOS et al., 2012; AGUIAR, 2014).

O uso de preservativo como prática de prevenção ao HIV pode se tornar inconsistente quando ocorrem mudanças de relações que passam de casuais para mais estáveis, tendendo a progredir para o abandono da utilização de preservativos sem que haja para isso uma negociação ou acordos prévios. Fatores como a multiplicidade de parceiros e a baixa escolaridade também podem causar interferências na consistência da prevenção ao HIV (MOURA et al., 2016; SIMÕES, 2018). Um estudo realizado com HSH demonstrou que alguns casais costumam realizar acordos sexuais, quando vivenciam relacionamentos estáveis, distinguindo se permanecerão monogâmicos ou não e, em caso de quebra do acordo, o uso do preservativo é negociado no cenário casual, como uma forma de garantir segurança ao casal e prevenção do HIV (SHAVER et al., 2018). Também em contextos de

relacionamentos estáveis entre HSH, estes se mostram menos perceptivos quanto ao risco do HIV, mesmo considerando práticas sexuais desprotegidas. Estas atitudes podem ser baseadas na intimidade e confiança no parceiro, podendo também estar relacionadas a uma dificuldade em solicitar ao outro a realização de um teste de detecção do HIV, por receio de isso ser interpretado como uma quebra de acordo (STEPHENSON et al., 2015). Em relacionamentos casuais, a adoção de métodos de prevenção pode ser baseada a partir da percepção de risco atrelada ao parceiro (NEWCOMB et al., 2014).

Em outro aspecto, o consumo de álcool e drogas entre adolescentes também é considerado um fator que pode influenciar negativamente no julgamento e na tomada de decisão de prevenção em virtude de ocasionarem uma desinibição e geralmente serem consumidos em espaços de sociabilidade (FARID et al., 2014). Acerca dessa perspectiva, Sanchez et al. (2013) consideraram que, em uma parcela de adolescentes com vida sexual ativa, cujas relações sexuais acontecem sob uso dessas substâncias, há maior possibilidade de não utilização do preservativo.

Considerando-se que os adolescentes permanecem como uma população-chave na epidemia do HIV, em especial os homens que fazem sexo com homens, as travestis e mulheres transexuais, e que, relacionados com as dimensões da vulnerabilidade, podem enfrentar dificuldades no uso consistente da camisinha, fica evidente que as novas estratégias de prevenção combinada podem possibilitar que outras medidas de prevenção ao HIV sejam inseridas como contexto de gestão de risco sexual entre esse público.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Vulnerabilidade

A partir de meados de 1980, a vulnerabilidade vem sendo tratada nos campos de pesquisas em saúde após o início da epidemia de Aids, em geral para definir o quanto as pessoas entrelaçadas por uma gama de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais podem se tornar mais suscetíveis a determinados agravos de saúde, independentemente de suas vontades individuais. Também a partir desta década é que se passou a questionar os modelos conceituais que eram estabelecidos para a epidemia do HIV, construídos através dos conceitos de que os riscos seriam individuais e que deixavam ações de prevenção dessa doença a cargo de cada indivíduo (NICHIATA et al., 2008).

Devemos considerar que muitos estudos associam os conceitos de risco aos de vulnerabilidade, expressando que determinadas pessoas ou grupos possuem maiores ou menores probabilidades de infecção por HIV, com base no cálculo epidemiológico dessas possibilidades (BERTOLOZZI et al., 2009). Assim seriam os conceitos de risco e vulnerabilidade também para Ayres et al. (2009), ou seja, as chances de maiores ou menores possibilidades de infecção provenientes dos riscos que pessoas ou populações frente à epidemia do HIV poderiam ter, sendo que, durante muito tempo sob essa ótica, classificou-se que os indivíduos acometidos por Aids estariam em um “grupo de risco”, o que implicou isolamentos sociais e estigmas relacionados à doença. Segundo o referido autor, a partir de um segundo momento do curso da epidemia, o conceito adotado foi o de “comportamento de risco”, ampliando o entendimento de que a doença, vista até então como risco individual, atingiria toda e qualquer pessoa que adotasse estes “comportamentos” que as tornariam mais suscetíveis ao HIV, como homens homossexuais, por exemplo.

Com o passar dos anos, passou-se a considerar que as formas de infecção pelo HIV não estavam somente atreladas a questões sexuais e restritas a determinados grupos ou comportamentos considerados como “de risco”, e que uma série de outros fatores poderiam interferir nas práticas de prevenção estabelecidas por cada indivíduo (NICHIATA et al., 2008). A partir dessas considerações, a vulnerabilidade passou a ser pensada como um conjunto de fatores que, ao interagir

entre si, poderiam causar riscos a determinadas doenças ou, até mesmo, minimizar suas chances de proteção (BRASIL, 2006b).

Segundo Bertolozzi et al. (2009), a vulnerabilidade expressa as condições desiguais que podem levar os indivíduos ao adoecer ou não, sendo um preditor para que se avaliem as possibilidades de se infectar, adoecer ou morrer de determinada doença. Através dessas perspectivas, a noção de vulnerabilidade passou a procurar responder que, por meio de três dimensões conceituais – individuais, sociais e programáticas –, pode-se aumentar as possibilidades de infecção e adoecimento pelo HIV nos indivíduos.

A vulnerabilidade individual está associada a determinados aspectos que dependem de decisões e ações individuais, configurando-se como comportamento e conjunto de atitudes dos indivíduos que podem favorecer seu adoecimento. Trata-se, portando, de se ter pouca ou nenhuma informação sobre a doença e suas formas de transmissão e prevenção, uso de drogas e acesso a serviços de saúde, baixa sensibilidade individual de se perceber em riscos de adoecimento e dificuldade em negociar e estabelecer métodos preventivos (BRASIL, 2006b; AYRES et al., 2009).

A vulnerabilidade social se caracteriza essencialmente pelo contexto econômico, político e social no qual um indivíduo está inserido. As situações de estigma, falta de moradia, baixa escolaridade, violência, preconceito, entre outros, podem interferir e causar maiores exposições em determinadas pessoas ou grupos populacionais. Diferentemente das escolhas individuais, a vulnerabilidade social coloca os sujeitos em uma condição de estar no mundo e passar por situações que não dependem diretamente de sua escolha pessoal (BRASIL, 2006b; AYRES et al., 2009).

Por fim, a vulnerabilidade programática se refere às ações que são orientadas diretamente pelo poder público e outras instâncias que formulam e operam políticas públicas que possibilitem organizar condições de enfrentamento dos problemas. Dessa forma, serviços que não disponibilizam os recursos adequados para prevenção ou tratamento de determinados agravos, como a Aids, contribuem para que, independentemente de suas vontades, os indivíduos sejam colocados em situação de vulnerabilidade por não terem condições para enfrentar e

promover melhorias em determinadas situações (BRASIL, 2006b; AYRES et al., 2009).

Sob essas perspectivas, reduzir a vulnerabilidade em relação à infecção pelo HIV deve ir além de uma abordagem individualizada, promovendo condições para que todos os sujeitos possam conhecer seus problemas e reunir estruturas que os possibilitem enfrentar os fatores que os mantém vulneráveis (AYRES et al., 2009). Entre a população em geral, os adolescentes são vistos como indivíduos que possuem maiores vulnerabilidades à infecção pelo HIV e outras ISTs, ao uso de drogas, à gravidez não planejada, entre outros. Quando os analisamos pelo tripé das dimensões de vulnerabilidade, pode-se considerar que essa situação não está condicionada somente pela fase em si, mas estruturada por aspectos ligados também às vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas (BRÊTAS, 2010).

Com relação à exposição ao HIV, os fatores que contribuem para que os adolescentes tenham maiores riscos podem estar atribuídos ao limitado ou insuficiente conhecimento sobre a infecção pelo HIV e métodos preventivos, ao início cada vez mais precoce da vida sexual, à inconsistência do uso do preservativo nas relações sexuais – principalmente quando estabelecem relacionamentos estáveis, como o namoro –, à maior possibilidade de exposição ao uso de álcool e drogas em caráter abusivo e, também, ao menor acesso aos serviços de saúde, principalmente para aqueles que se encontram em condições econômicas mais desfavoráveis (CAMARGO et al., 2010).

Considerando todos esses fatores, quando voltados à população de adolescentes, em vertentes que podem incluir pouca informação quanto aos comportamentos considerados de risco para a infecção pelo HIV e suas possibilidades de transmissão e prevenção, apresentam dúvidas com base em tabus ou crenças quanto ao uso de preservativo e de outras estratégias de prevenção e, também, uma visão de que a Aids é uma doença que acomete somente pessoas mais velhas ou grupos aos quais eles não pertençam. Com isso, as práticas adotadas quanto à prevenção de ISTs e HIV podem sofrer influências, através de uma ótica inadequada de gestão de risco sexual nessa população (TOLEDO et al., 2011).

Por outra concepção, ter menos anos de estudo e uma condição socioeconômica que possa desfavorecer essa população, se comparada a outros

grupos, são quesitos que contribuem para maiores condições de vulnerabilidade social nos adolescentes. Também a discriminação, o preconceito, a negação da família quanto à orientação sexual e a homofobia, construídos a partir da hegemonia da normativa heterossexual, podem agregar a esse grupo condições de vulnerabilidade entre a população LGBT (LUNA et al., 2012; BRAGA et al., 2018).

Dimensões de vulnerabilidade são também observadas entre as travestis e mulheres transexuais. Em estudo realizado em Salvador, Dourado et al. (2016) analisaram que os fatores que contribuem para tal quadro de vulnerabilidade estão associados às questões socioeconômicas e financeiras, como a pobreza, condições desfavoráveis de moradia, a baixa escolaridade, o estigma, a discriminação, a violência e a exposição a relações sexuais de risco, em particular para aquelas que se encontram em contexto de prostituição, que também podem ser mais prejudicadas quanto à negociação do uso de preservativo.

A discriminação e a violência contra a população de travestis e mulheres transexuais costuma acontecer já na infância e na adolescência, quando não há um reconhecimento por parte de educadores e alunos quanto à aceitação com o gênero reconhecido, colocando-a sob a visão de abjeta no ambiente escolar, o que pode resultar no isolamento e na exclusão social, que geralmente ocasionam o abandono escolar e, consequentemente, a marginalização e menores oportunidades no mercado formal de trabalho (ANDRADE, 2012). Portanto, vários contextos podem favorecer a vulnerabilidade ao HIV entre adolescentes, em especial, aqueles cuja identidade de gênero e orientação sexual destoam das normativas condicionantes pela sociedade, as quais são endossadas pela discriminação, homofobia e transfobia. Sendo assim, a gestão de risco sexual é feita por dimensões que excedem a interação face a face dos adolescentes e que incidem no modo como são orientados e estabelecem a prevenção em seu contexto de relacionamentos, e isso dependerá não somente do que sabem ou compreendem, mas também das possibilidades de prevenção e do momento vivido.

2.2 Homofobia e transfobia

A discriminação e violência sofridas por pessoas por conta de sua identidade de gênero e orientação sexual vêm sendo debatidas por muitos segmentos políticos,

que buscam medidas que possibilitem o fortalecimento dos direitos humanos para LGBTs. Em 2004, com o objetivo de promover a cidadania, combater as violências e a discriminação homofóbica, através do respeito quanto às especificidades de cada grupo de pessoas LBGT, o Ministério da Saúde criou o “Programa Brasil sem Homofobia” (BRASIL, 2004).

Em 2007, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis, criado pelo Ministério da Saúde, considerou que a homofobia e a transfobia seriam elementos que favoreceriam as dimensões de vulnerabilidade em pessoas homossexuais e travestis, relacionados aos reflexos negativos que tais ações discriminatórias causam nessa população, em especial quanto à negação do direito a viver livremente a sua orientação sexual e as diversidades de identidade de gênero (BRASIL, 2007b). O termo homofobia tem sido utilizado no Brasil para conceituar a discriminação e a violência contra pessoas que possuam orientação sexual diferente da heterossexual. Muitas discussões têm sido travadas no intuito de questionar a heteronormatividade, a violência e o preconceito sofrido por aqueles que compõem a comunidade de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (JUNQUEIRA, 2007).

Assim, compreende-se a heteronormatividade como um termo que se relaciona a um modelo em que a atração e o relacionamento entre heterossexuais são o que se espera em algumas sociedades como comportamento natural e fundamental para as interações entre os indivíduos. Com isso, aqueles que fogem a essa naturalização são vistos como desviantes e aberrações (CARVALHO; ANDRADE; JUNQUEIRA, 2009). De acordo com Borrillo (2010), a homofobia é a aversão aos grupos que não são heterossexuais, podendo ser observada através de piadas, agressões físicas e verbais, bem como atitudes de rejeição em diversas situações cotidianas dessas pessoas, algo que pode, também, acontecer no ambiente familiar.

Constantes relatos desses grupos afirmam que costumam sofrer ofensas homofóbicas em espaços sociais como escolas, trabalho e serviços públicos (ALMEIDA, 2012). Não raro, essas pessoas sofrem ofensas verbais e pejorativas com tom preconceituoso e discriminatório, expressas através de palavras como “bichinha louca”, “boiola”, “maricas”, “gay”, “sapatão”, entre outras utilizadas com o intuito de menosprezá-las e depreciá-las (ALENCAR, 2015).

Muitas vezes, essas atitudes ofensivas são tomadas com a intenção de qualificar os LGBTs como inferiores e anormais, somadas aos sentimentos de desprezo e preconceito que comumente são destinados a essa população (BORRILLO, 2010). Ainda segundo Borrillo (2010), a homofobia possui duas dimensões, sendo a primeira delas pessoal, que caracteriza a rejeição atrelada aos homossexuais, e a segunda determinada pela rejeição à homossexualidade como um evento social. O que de fato se atribui a homofobia em algumas sociedades é que ela infringe o direito individual que deve ser garantido a todas as pessoas quanto ao respeito e ao direito de viver livremente suas expressões sexuais (BORRILLO, 2010; ALMEIDA, 2012).

A homofobia caracterizada por agressões físicas através do uso da força pode ocasionar consequências letais, definindo-se como crime de ódio homofóbico contra aqueles que diferem dos padrões de heteronormatividade (BRASIL, 2016b). Quanto aos demais tipos de homofobia, a definida como institucional compreende a discriminação sofrida pelos indivíduos quanto a sua identidade de gênero e orientação sexual em ambientes e espaços institucionais.

Entre os tipos de violências sofridas por pessoas homossexuais, a psicológica (que tem intenção de humilhar, agredir as vítimas, embora não deixe marcas físicas) se mostra como a mais expressiva na população LGBT e pode levar a consequências como quadros depressivos, ideias suicidas, sentimentos de medo, culpa, isolamento social, entre outros, podendo culminar em prejuízos pra a saúde desses indivíduos (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Segundo o Relatório de Violência Homofóbica no Brasil, no ano de 2013, 1.695 denúncias de 3.398 violações relacionadas à população LGBT foram registradas nesse período, com 1.906 vítimas envolvidas e 2.461 suspeitos (BRASIL, 2016b). O maior número das violências homofóbicas registradas foi de 73% em pessoas do sexo masculino, e 17% em pessoas do sexo feminino. Com relação à identidade sexual das vítimas, 24% se identificaram como gays, 9% como lésbicas, 12% como travestis, 6% como transexuais e 2% como bissexuais, sendo que 46% das vítimas não se identificaram. Com relação ao tipo de agressão, 40% foram de violências psicológicas, seguidas de 36% de discriminação e 14% de agressões físicas (BRASIL, 2016b). Com relação à faixa etária identificou-se que 67% das vítimas eram adolescentes entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2016b). Segundo

apontado pelo relatório, esses números evidenciaram a tendência de anos anteriores que demonstraram que, entre os grupos vítimas de violência homofóbica, a maior parcela se encontra entre adolescentes (BRASIL, 2016b).

Destacando-se o perfil de violência homofóbica que afeta os adolescentes, torna-se importante salientar que, quando são vítimas de homofobia em virtude do rompimento dos padrões heteronormativos, essa população pode se tornar mais suscetível a violência, tanto pela idade quanto por exposições que levem a essa condição, o que pode incidir em fatores como o abandono ou a evasão escolar, a exclusão social e a limitação de acesso a espaços coletivos e de serviço de saúde (SOUSA et al., 2013).

Adolescentes que sofrem rejeição e violência foram considerados como mais propensos a ser inseguros quanto a sua orientação sexual, o que pode desencadear maiores problemas de autoconfiança, isolamento social, tentativas de suicídio, quadros depressivos, maior probabilidade de consumir álcool e drogas e maiores chances de ter relações sexuais desprotegidas, se comparados aos que não sofrem nenhum tipo de rejeição (RYAN et al., 2009; ALBUQUERQUE et al., 2016).

Diante do exposto, podemos considerar que a homofobia vivida por alguns adolescentes pode impactar na qualidade de vida, causar interferências na sua saúde, bem como limitar o acesso destes aos serviços de saúde, já que muitos desses locais prestam atendimentos com abordagem limitada acerca das diversidades e experiências sexuais existentes (NATARELLI et al., 2015). Considerando-se as diversidades sexuais de identidade de gênero e orientação sexual, observadas pelos HSH e TrMT, aborda-se também neste referencial teórico a transfobia, que é definida como a aversão, a discriminação e o ódio direcionado às pessoas travestis e transexuais, e pode ser cometida através de violência psicológica ou física, sendo esta última principalmente observada no Brasil, em virtude do alto número de assassinatos nessa população (ABILIO, 2017).

Segundo Stahlman (2016), quando comparadas aos homossexuais, as travestis e mulheres transexuais vivenciam maiores índices de rejeição familiar, acessam menos os serviços de saúde por receio de serem mal atendidas e sofrem maiores números de agressões verbais e físicas. A violência contra pessoas trans também se entrelaça com outros marcadores como cor/raça, gênero e

discriminação contra profissionais do sexo (BENEVIDES, 2019). Como apontado no relatório da ONG Transgender Europe (TGEU), publicado em 2018, o Brasil é o país com o maior número de casos de morte violenta entre travestis e pessoas transexuais. Ainda segundo o apresentado no relatório, o perfil das vítimas apontou que 60% tinham entre 17 e 29 anos, 65% eram profissionais do sexo e 60% dos crimes aconteceram na rua (TGEU, 2018).

As discriminações e a violência entre as pessoas trans podem estar associadas à estigmatização que comumente é vivenciada por elas. Segundo Magno (2018), travestis e mulheres transexuais são tidas como transgressoras da heteronormatividade, pois infringem os conceitos da “normalidade” do sexo, seus corpos são vistos como anormais e, por isso, sofrem estigma e preconceito como forma de abominação e depreciação. O autor Erving Goffmam (1988) se referiu ao estigma como uma condição que é atribuída a um indivíduo, uma característica diferente de outros grupos, o que o levaria a ser visto como indesejável na visão de pessoas “normais” ao analisarem pessoas “anormais”, mas que, por outra ótica, o indivíduo não seria desonroso para ele em si.

Segundo Magno et al. (2019), a estigmatização entre travestis e mulheres transexuais pode levá-las a condições de vulnerabilidade individual, social e programática. Os autores apontam que existem três tipos de estigma: estrutural, interpessoal e individual, que, associados, podem causar um contexto desfavorável na vida da população transexual.

Assim, o estigma estrutural entende-se como aquele cujas leis destinadas à população transexual favorecem o estigma e a transfobia, principalmente quando relacionado à marginalização do mercado de trabalho sexual, que pode favorecer a vulnerabilidade programática ao HIV, uma vez que pode limitar o acesso aos serviços de saúde, à informação, às formas de prevenção do HIV e a tratamentos e hormonização para modificações corporais desejadas por elas.

Já o estigma interpessoal está relacionado à exposição a violências, rejeições familiares, agressões de parceiros e de policiais, ausência do direito ao uso do nome social, dentre outros. Ou seja, uma relação de questões que podem levar à vulnerabilidade social, causando reflexos como a baixa escolaridade e oportunidade de trabalho, condições mais desfavoráveis de moradia, prostituição e

dificuldade em negociar prevenção nas relações sexuais, em especial nos programas (MAGNO et al., 2019).

Ainda segundo Magno et al. (2019), o estigma individual marca a forma como pessoas transexuais podem ter baixa autoestima e distúrbios psiquiátricos, além de tendência a terem medo de sofrer atitudes discriminatórias. Há, assim, mais chances de envolvimento com álcool e drogas e de isolamento social, se comparados aqueles que se identificam como heterossexuais, ocasionando uma vulnerabilidade individual ao HIV, uma vez que esse quadro pode afetar a capacidade em negociar métodos preventivos nas relações com parcerias estáveis e favorece condições precárias de prostituição.

Entre os adolescentes, as primeiras manifestações de transfobia podem ser vividas na família e também na escola, através de discriminações, ofensas verbais e também pela falta de reconhecimento de sua identidade de gênero e de direito do uso do nome social. São questões que podem favorecer o abandono escolar, pela sensação de discriminação, desprezo e não identificação com o ambiente (NATAL-NETO; MACEDO; BICALHO, 2016). Muitos adolescentes que convivem com a transfobia podem não conseguir lidar com essas questões e se expor a experiências que podem colocá-los em risco em virtude disso, como a tentativa de suicídio (que possui alta incidência nessa população), o isolamento social, a busca por clínicas clandestinas e a automedicação para mudança corporal (SAADEHII et al., 2018).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

A presente pesquisa tem como objetivo compreender a gestão de risco sexual para a infecção por HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo de abordagem qualitativa, realizado com adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais. Segundo Pope (2009), a abordagem de pesquisa qualitativa é um estudo fundamentado acerca dos significados construídos do ponto de vista de cada sujeito através das suas experiências, crenças, e maneira de compreender o mundo.

A metodologia qualitativa consegue proporcionar condições necessárias para analisar e explicar múltiplas questões que envolvem uma pesquisa, através da construção da compreensão e do contato direto com a situação que se objetiva pesquisar, promovendo um destaque ao processo e aos participantes de determinada realidade social (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Para alcançar o objetivo desta pesquisa, com a abordagem escolhida foi possível compreender como os adolescentes homens que fazem sexo com homens, as travestis e mulheres transexuais entendem e estabelecem a gestão de risco sexual em suas interações cotidianas, através de seus relatos, falas e experiências (NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

Para Nogueira-Martins (2004), a abordagem de pesquisa qualitativa possui três principais características:

a) O pesquisador busca compreender aspectos individuais e particulares através da experiência dos indivíduos;
b) A pesquisa qualitativa é descritiva, ou seja, procura investigar dados ricos em descrição de pessoas, sentimentos, situações, experiências e acontecimentos vividos;
c) A abordagem qualitativa se concentra muito mais em uma análise que permita ao pesquisador compreender os processos, os significados, e não as evidências.

Esta pesquisa resulta de uma pesquisa formativa, realizada na cidade de São Paulo, que é parte de um estudo demonstrativo que contribuiu para conhecer a efetividade acerca do conhecimento da PrEP, servindo para organizar uma intervenção e avaliar sua funcionalidade, intitulado “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 PrEP 15-19), cujas especificidades serão mais detalhadas a seguir.

4.2 Estudo PREP 15-19

O estudo PrEP 15-19 é um estudo demonstrativo sobre a efetividade da profilaxia pré-exposição sexual ao HIV e está sendo realizado em três cidades do Brasil: São Paulo, Salvador e Belo Horizonte, em andamento até o ano 2021. Como objetivos gerais, o estudo visa contribuir para a diminuição da incidência de HIV entre os adolescentes HSH e TrMT, cujo grupo teria no Brasil recomendação para o uso de PrEP, bem como avaliar a efetividade do uso dessa profilaxia. A faixa etária compreende adolescentes entre os 15 e 19 anos.

Entre os objetivos secundários, o estudo PrEP 15-19 prevê gerar conhecimento sobre os locais de sociabilidade e as características das populações de adolescentes HSH e TrMT, conhecer os equipamentos sociais de apoio disponíveis e que sejam frequentados por esses adolescentes e estabelecer colaboração para a promoção da abordagem de prevenção combinada, além de analisar possíveis facilitadores, como redes de parcerias, coletivos, festas, atenção primária e saúde mental. Além disso, conhecer barreiras e aceitabilidade das diferentes estratégias de recrutamento para a oferta de métodos preventivos ao HIV, apreender percepções sobre sexualidade, vulnerabilidade e processos de decisão sobre prevenção, estimar a prevalência de HIV e outras ISTs, estimar a incidência de HIV entre adolescentes HSH e TrMT, avaliar a compensação de risco entre a população do estudo, bem como outras práticas entendidas como de menor possibilidade para infecção do HIV, e compreender as percepções sobre os efeitos do uso da PrEP no cotidiano dos adolescentes.

O estudo PrEP 15-19 está estruturado em seis componentes:

1. Pesquisa Formativa;

2. Estratégias de captação e vinculação às estratégias de prevenção combinada desenvolvidas no projeto;

3. Estratégia de prevenção combinada para adolescentes com risco acrescido que não escolhem a PrEP;

4. Avaliação do uso do autoteste para HIV;

5. Estudo demonstrativo da efetividade da PrEP;

6. Estudo da incidência de HIV a partir dos dados de prevalência.

A pesquisa formativa do estudo PrEP 15-19 foi desenvolvida com a participação de adolescentes homens e adolescentes autodeclaradas travestis ou mulheres transexuais com idade de 15 a 19 anos e que tenham tido prática sexual com um homem nos últimos seis meses. Especificamente para a cidade de São Paulo, incluíram-se como elegíveis aqueles que residiam ou frequentavam a região central da cidade.

A pesquisa formativa é o primeiro componente do estudo PrEP 15-19, tendo sido realizada com o intuito de caracterizar e mapear a população do estudo, a partir dos seus locais de sociabilidade e de concentração, mediada pelos riscos acrescidos e de vulnerabilidade à infecção ao HIV. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave adolescentes e não adolescentes, grupos focais e entrevistas coletivas com adolescentes.

A pesquisa formativa trata-se de um método que auxilia os participantes do projeto a obter dados, informações e entender um grupo, possibilitando o desenvolvimento de intervenções junto ao público-alvo (HIGGINS et al., 1996).

A escolha da realização de entrevistas semiestruturadas para este estudo foi dada a partir da possibilidade de que esse método permite um envolvimento entre o entrevistador e os entrevistados, almejando explorar, captar informações, bem como expressões verbais e não verbais, como gestos e posturas dos adolescentes, a partir da mediação de um roteiro, formulado a princípio para guiar uma conversa capaz de criar subsídios para o desenvolvimento desta etapa e das demais intervenções propostas (MINAYO, 2006).

Portanto, a entrevista semiestruturada parte do conceito de ser apoiada por referências teóricas pertinentes à pesquisa, que servirão para que o pesquisador reformule novas hipóteses a partir do relato dos entrevistados, sendo fundamental, para isso, que o pesquisador tenha aprofundado seu conhecimento sobre as hipóteses que interessam ser discutidas na pesquisa (NOGUEIRA-MARTINS, 2004). Também para este estudo a escolha do grupo focal se deu por essa técnica permitir

valorizar a comunicação entre os adolescentes, proporcionando explorar as ideias que surgiam a partir das entrevistas semiestruturas, através das falas, participações e expressões dos diferentes pontos de vista dos participantes (POPE, 2009).

A participação da autora desta pesquisa iniciou-se após a primeira etapa da pesquisa formativa do estudo PrEP 15-19, realizada através das entrevistas semiestruturadas, em que se realizou uma leitura minuciosa do projeto e das entrevistas transcritas com a intenção de aprofundar os conhecimentos dos fatos e dados empíricos, visando compreender os contextos e atingir os objetivos da pesquisa. Dado que a segunda etapa da pesquisa formativa seria a realização de dois grupos focais e que estava familiarizada com o conteúdo do estudo PrEP 15-19 e das entrevistas semiestruturadas realizadas, recebi o convite para participar da realização de um dos grupos focais, formado por participantes adolescentes travestis e mulheres transexuais, exercendo a função de observadora.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram adolescentes entre 15 e 19 anos que se autorrelataram quanto à identidade de gênero homens, travestis e mulheres transexuais. Em relação à orientação sexual, declararam-se gays, homossexuais, bissexuais, heterossexuais, assexual e pansexual. Para esta pesquisa, tanto quanto para a seleção dos participantes do projeto PrEP 15-19, analisaram-se pessoas que frequentavam ou residiam na região central de São Paulo.

Para esta dissertação, utilizamos do estudo PrEP 15-19 treze entrevistas, seis realizadas com adolescentes homens homossexuais e bissexuais, e sete com adolescentes travestis e mulheres transexuais assexuais, bissexuais, heterossexuais e pansexuais. Também participaram de entrevista coletiva três travestis e mulheres transexuais heterossexuais e bissexuais, e do grupo focal, nove adolescentes homens homossexuais e bissexuais.

Precisamos considerar que nem todos os participantes da entrevista semiestruturada participaram da entrevista coletiva e do grupo focal. E também nem todos que participaram das entrevistas e do grupo focal foram entrevistados nesta pesquisa. Esses fatos ocorreram devido à captação de alguns participantes ter ocorrido pelo chamado de outros adolescentes.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019. O local das entrevistas foi em uma sala reservada no Centro de Testagem e Aconselhamento Henrique de Souza Filho – CTA Henfil, localizado na região central de São Paulo. Esse espaço é reconhecido como local onde acontecem reuniões e grupos educativos sobre prevenção do HIV e testagens para o HIV e outras ISTs. As entrevistas foram realizadas e conduzidas pelos pesquisadores do estudo PrEP 15-19, assim distribuídas: os adolescentes HSH foram entrevistados por um pesquisador e psicólogo; as travestis e mulheres transexuais, por uma pesquisadora e psicóloga. Esta paridade entre os gêneros de entrevistador e entrevistado teve como intuito promover uma identificação e facilitar a interação entre os participantes, havendo a possibilidade de surgirem questões íntimas e o entrevistado se sentir à vontade com suas respostas.

A entrevista coletiva e o grupo focal ocorreram nos meses de fevereiro e março de 2019, em salas reservadas na Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), no município de São Paulo. A escolha do local se deu pelo fato de o responsável por moderar o grupo focal e a entrevista coletiva TFP, doutor em psicologia pela FMUSP e professor de medicina e aprimoramento de psicologia clínica e hospitalar em Aids, fazer parte do grupo de pesquisa dessa instituição e do estudo PrEP 15-19. Na entrevista coletiva com as travestis e mulheres transexuais, o papel de observadora foi realizado por esta autora. Antes do início das atividades, dividimos a função de oferecer às participantes o termo de assentimento e o preenchimento do formulário de identificação (Anexo 4), que continham informações como idade, escolaridade, orientação sexual e identidade de gênero.

Esta etapa inicial da entrevista coletiva foi realizada com o intuito de que elas reconhecessem o papel de observadora no grupo como parte da pesquisa e não sentissem estranheza em caso de uma postura de anotação. Cabe ao observador a função de anotar e registrar as reações, as falas significativas, as expressões faciais e toda a movimentação que possa ser relevante em uma entrevista coletiva e um grupo focal, que possam não ter sido captadas somente pelas gravações. Embora não interfira no desenvolvimento do grupo, desempenha um papel importante em

conjunto com o moderador (GATTI, 2005). Ao moderador coube conduzir os grupos, permitindo a fluidez e a produtividade dos assuntos discutidos a partir do roteiro, sem promover muitas intervenções, favorecendo para que as discussões seguissem de forma progressiva, ou seja, que um assunto levasse ao outro, assim tornando a experiência produtiva a todos as participantes (GONDIM, 2009).

Segundo Gondim (2009), é essencial que, ao início das atividades dos grupos focais, algumas regras sejam esclarecidas para que não haja a necessidade de muitas intervenções, sendo importante informar que cada participante fale um por vez, que se evitem assuntos paralelos para que a discussão não saia do objetivo e para uma melhor captura do som nas gravações, e que não se deixe de considerar a importância de que todos explanem sobre suas ideias sem que haja julgamentos a partir do surgimento de cada ponto de vista (GATTI, 2005).

4.5 Instrumentos de produção de dados

4.5.1 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas por um roteiro (Anexo 2), explorando os aspectos sociodemográficos como faixa etária, orientação sexual e identidade de gênero, cor, entre outros, além de atividades cotidianas, grupos de amizades e sociabilidades, relacionamentos, informação, utilização de métodos de prevenção do HIV em interações sexuais, percepção sobre vulnerabilidade ao HIV, negociação do uso de métodos preventivos nos contextos de interações sexuais, acessibilidade a serviços de saúde, uso de drogas e álcool nos contextos sexuais, conhecimento sobre PrEP e autoteste.

As entrevistas seguiram os seguintes passos para sua realização:

1) Apresentação dos pesquisadores-entrevistadores aos adolescentes entrevistados e apresentação do objetivo da pesquisa;
2) Leitura, preenchimento e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, ressaltando a participação voluntária, sigilosa e a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, bem como informação quanto à gravação das entrevistas;
3) Início da gravação, posicionamento e testagem do gravador;

4) Encerramento da gravação, abertura de um espaço de perguntas sobre dúvidas ou questões que os adolescentes gostariam que fossem esclarecidas e convite para participação do grupo focal.

Quando o entrevistado esboçou não entendimento da pergunta, os entrevistadores buscaram refazê-la de forma que pudessem passar-lhe mais clareza e assim, se possível, obterem uma melhor resposta.

4.5.2 Entrevista coletiva e grupo focal

Após a etapa de conclusão das entrevistas, seguiu-se com a realização dos grupos focais. Pela insuficiência do número de participantes necessário à condução de um grupo focal, foi realizada uma entrevistas coletiva com três adolescentes travestis e mulheres transexuais, de orientação sexual heterossexual e bissexual. O roteiro de discussão (Anexo 3) buscou estimular entre os/as participantes da entrevista coletiva e do grupo focal a construção de personagens que pudessem transmitir experiências por meio de situações de interações sexuais e como, onde e com que frequência esses encontros ocorreriam. Foram descritos como eram estabelecidos e programados, que tipo de envolvimento ocorreu entre os personagens, como progrediu o encontro, quais foram as sensações, os sentimentos e as percepções dadas às personagens, como se comportaram e se compreenderam dentro desse cenário e como se deu a conclusão do encontro.

Para os conceitos de informação e percepção sobre o HIV e suas práticas preventivas, buscou-se captar, através do roteiro, aspectos que permeassem o entendimento dos adolescentes quanto à vulnerabilidade à infecção pelo HIV, atuação dos personagens e negociação em relação ao estabelecimento de métodos de prevenção no envolvimento sexual criado para eles, além da questão do uso de álcool e drogas e possíveis interferências na decisão de prevenção, bem como o estímulo à discussão do conhecimento dos personagens acerca de métodos de prevenção combinada como a PrEP e o autoteste.

Três participantes chegaram para a formação da entrevista coletiva e, dada a diversidade entre elas, optamos por aproveitar a oportunidade do encontro e seguir com o início dos trabalhos. Acreditamos que a presença de apenas três participantes para o encontro de mulheres transexuais e travestis pode ser vinculada ao fato de

ter sido um dia chuvoso. A entrevista foi iniciada com a orientação do moderador quanto o esclarecimento da proposta do encontro para a pesquisa desenvolvida e também a apresentação da observadora como participante da entrevista e a função de ambos nesse encontro. Assim, utilizamos dois gravadores como segurança no caso de falha de um dos aparelhos, sendo estes posicionados próximos às participantes e certificamos o início da gravação.

Seguindo a mesma estrutura para a condução de uma entrevista coletiva e de um grupo focal, o moderador, com base no roteiro, realizou a estimulação de assuntos que contextualizavam o objetivo desta pesquisa. A entrevista coletiva se iniciou com a construção de uma cena sexual através da criação de uma situação hipotética, em que o moderador estimulou entre as participantes a construção de uma personagem com base em situações vivenciadas na vida real, através de similaridade com a idade e a identidade de gênero das participantes do grupo, não havendo a necessidade de caracterizar ou inserir experiências individuais, mas, caso isso acontecesse, o moderador reforçou o sigilo e o anonimato da pesquisa, inclusive após a transcrição dos relatos.

A partir dessa definição, as participantes criaram uma personagem que seria uma adolescente mulher transexual e que o encontro envolveria um programa sexual com um homem mais velho. O restante da construção foi aberto a partir do que fosse construído pelas participantes, com a condução dos assuntos contemplados no roteiro sendo inseridos pelo moderador.

Concluídas as gravações e a saída das participantes do local do encontro, realizamos um *debriefing,* relatando um resumo de nossa experiência no momento e os aspectos observados na realização dessa entrevista coletiva.

O *debriefing* se trata de uma discussão após uma simulação de casos reais em que se avaliam, através de um relato oral, os pontos transcorridos no cenário criado, proporcionando aos participantes relatar o momento por meio de suas percepções, experiências e interpretações (ALMEIDA, 2016). É essencial que, para que ocorra uma boa evolução do *debriefing*, o moderador demonstre conhecimento e habilidade do cenário no intuito de elaborar perguntas que contemplem as emoções, os sentimentos e o desenvolvimento da cena a partir da experiência dos participantes (MAZZO, 2019).

Por fim, o grupo focal foi formado por nove adolescentes homens gays e bissexuais. O roteiro seguido para o desenvolvimento foi similar ao primeiro grupo formado (Anexo 3). Dois gravadores foram utilizados como segurança no caso de falha de um dos aparelhos, sendo estes posicionados próximo aos participantes e certificado o início da gravação.

Seguindo a estrutura para a condução de um grupo focal, o moderador, de acordo com o roteiro, realizou a estimulação de assuntos que contextualizavam o objetivo desta pesquisa. Assim como na entrevista coletiva, a atividade do grupo focal se iniciou com a construção de uma cena sexual por meio da criação de uma situação hipotética, em que o moderador estimulou entre os participantes a concepção de um personagem com base em situações vivenciadas na vida real, pela similaridade com a idade e a identidade de gênero dos integrantes do grupo, não havendo a necessidade de caracterizar ou inserir experiências individuais, no entanto, caso isso acontecesse, o moderador também reforçou o sigilo e o anonimato da pesquisa, inclusive após a transcrição dos relatos.

O personagem criado pelos adolescentes foi um garoto de 18 anos, estudante de engenharia, que conheceu através de aplicativo de relacionamentos um homem mais velho, economista, HIV positivo. Após conversarem por um período, marcaram um encontro em um café e depois se dirigiram para o apartamento do mais velho, onde ocorreu a interação sexual.

Concluídas as gravações e a saída dos participantes do local do encontro, novamente foi realizado um *debriefing* entre moderador e observador.

4.6 Plano de análise

Para a análise desta pesquisa, foi realizada uma primeira etapa de pré-leitura dos dados transcritos das treze entrevistas semiestruturadas, da entrevista coletiva e do grupo focal. As transcrições dos conteúdos gravados visam buscar os sentidos, a lógica interna e as impressões que foram relatadas pelos participantes (MINAYO, 2006).

As etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin (2011) abrangem três fases diferentes, sendo estas:

1) Pré-análise: transcrição das treze entrevistas e dos dois grupos focais e leitura flutuante do material;

2) Exploração do material: agrupamento das unidades por semelhança, categorização dos temas analíticos, agrupamento de categorias;

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: elaboração dos textos acerca de cada tema analítico.

As transcrições foram realizadas na íntegra, preservando, além das falas, o registro de expressões, gestos, ruídos e interrupções que aconteceram no percurso das entrevistas e dos grupos focais. Para assegurar o anonimato dos participantes, as identificações foram realizadas através de codificação: HSH para os participantes adolescentes homens homossexuais e bissexuais e TS para as adolescentes travestis e mulheres transexuais. Dada a disponibilização do material, promovi as primeiras leituras no intuito de propiciar uma primeira familiarização com os discursos relatados pelos participantes nas treze entrevistas e nos dois grupos focais, buscando compreender a definição de ideias, expressões utilizadas e contexto da utilização do roteiro com significado de objeto da pesquisa.

Segundo Bardin (2011), nesta etapa em que o pesquisador inicia a organização do material coletado, a leitura flutuante é uma ação importante para o seguimento desse processo. No entanto, de acordo com a autora, algumas regras devem ser seguidas para que se alcance a eficácia dessa tarefa, como a leitura de todo o material, a congruência deste com os temas da pesquisa e a correlação do material com o objetivo do trabalho.

Na etapa seguinte, foi feita uma leitura exaustiva, buscando a absorção intensa das falas e dos assuntos captados nas entrevistas semiestruturadas, na entrevista coletiva e no grupo focal, de forma a ordenar frases e palavras que auxiliassem no desenho das categorias e na interpretação dos resultados. Segundo Pope (2006), essa metodologia objetiva apreender as estruturas apresentadas pelos atores sociais e captar as ideias centrais sobre o tema em foco.

Exploramos o material procurando realizar uma análise sistemática do texto, com a finalidade de encontrar recortes que tenham sido relevantes com base em aspectos a priori embasados na literatura, promovendo uma associação do referencial teórico com os assuntos de objeto quanto à vulnerabilidade dos participantes ao HIV, o que pensam sobre métodos preventivos, como se sentem em

relação à exposição ao HIV e como negociam a prevenção em diversos contextos de interações sexuais (MINAYO, 2006). Para esse percurso utilizamos a leitura seguindo o roteiro conforme o apresentado nos Quadros 1 e 2 deste texto.

QUADRO 1 – ROTEIRO PARA LEITURA EXAUSTIVA DAS TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Características	Exploração das características dos participantes, com relação a moradia, com quem reside, idade, cor da pele, orientação sexual, identidade de gênero, escolaridade, ocupação, uso de substâncias psicoativas, prostituição, motivações e incômodos pessoais em relação à identidade de gênero, ao corpo e à vivência social.
Sociabilidade	Exploração de informações quanto aos locais que frequentam para socializar, círculo de amizades, identidade de gênero e orientação sexual dos amigos com quem convivem, locais de preferência para diversão, o que gostam de fazer e onde costumam frequentar para sociabilidade, interação nesses espaços e com quais amigos, como costumam marcar encontros de lazer e diversão, se há acesso e uso de aplicativos digitais e sociais, conteúdos de interesse, utilização de aplicativos para encontros afetivos e sexuais.
Percepção	Exploração de como se percebem quanto a vulnerabilidade ao HIV, o que pensam em relação ao HIV, se achavam que podiam se infectar por HIV, circunstâncias em que se sentem menos ou mais vulneráveis a infecção pelo HIV, associação de uso de álcool e drogas como impeditivo para negociações e decisão do estabelecimento de métodos de prevenção.
Uso de Métodos	Exploração de processo de escolha no uso de métodos preventivos, quais estabelecem em suas práticas, como negociam a utilização, a autonomia quanto ao uso, quais métodos conhecem e utilizam, quais métodos pensariam em adotar como prevenção

	do HIV.

FONTE: Autoria própria (2019)

QUADRO 2 – ROTEIRO PARA LEITURA EXAUSTIVA DAS TRANSCRIÇÕES DA ENTREVISTA COLETIVA E DO GRUPO FOCAL

Construção do cenário sexual	Exploração das características dos personagens criados, tipo de relacionamento e envolvimento, sentimentos produzidos através do envolvimento dos personagens, local do encontro e sensações atribuídas a eles, programação do encontro, como e onde aconteceu, com quem, como foi marcado.
Momento do encontro	Exploração de como foi negociado o encontro, as interações sexuais, se houve interferências na negociação do uso de métodos de prevenção no momento da cena, que práticas sexuais ocorreram, se houve vontade e autonomia dos personagens em negociar nas cenas sexuais, quais os sentimentos relatados no encontro, como ocorreu a finalização do encontro.
Percepção	Exploração de como perceberam a vulnerabilidade ao HIV do personagem, o que pensavam os personagens em relação ao HIV, se houve impeditivo para negociações e decisão do estabelecimento de métodos de prevenção.
Uso de Métodos Preventivos	Exploração de processo de decisão no uso de métodos preventivos, quais os métodos preventivos estabelecidos na cena sexual, como ocorreu a negociação para a utilização dos métodos de prevenção, se houve autonomia para negociação nas cenas sexuais quanto ao uso, quais métodos os personagens conheciam e como poderiam ser utilizados na cena, quais condutas de gestão de risco os personagens realizaram antes ou após a cena sexual, se havia conhecimento sobre PrEP e autoteste e como isso colaboraria para a personagem e os participantes em sua gestão de risco.

FONTE: Autoria própria (2019)

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sob o número de parecer 308260 (Anexo 5). Os participantes, após orientação, assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, cujo objetivo foi descrever as especificidades da pesquisa para concordar em participar do estudo. Para este estudo houve a necessidade do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes menores de 18 anos , dispensando a necessidade de ciência dos responsáveis legais.

Em razão das características específicas da população deste estudo, essa exigência poderia promover uma inibição em virtude de esses adolescentes possuírem um risco significativo de infecção pelo HIV e outras ISTs, e poderiam temer ter sua privacidade limitada por conta da possibilidade de que a exposição de sua orientação sexual e práticas sexuais implicasse possíveis desavenças no seu contexto familiar. O conhecimento dos responsáveis sobre a participação do adolescente na pesquisa também poderia oferecer maiores probabilidades de ocorrência de discriminação e violência devido à possível exposição de aspectos relativos à orientação sexual ou à identidade/expressão de gênero.

Foram garantidos aos participantes o anonimato e a confidencialidade de seus relatos. Os participantes tiveram a garantia de que a participação neste estudo foi voluntária e confidencial. Todos os participantes foram avaliados quanto a fatores como capacidade de antecipar, dimensionar e construir estratégias para lidar com possíveis fatores negativos com relação ao uso de métodos preventivos no seu cotidiano, principalmente PrEP e autoteste. Adolescentes que não demonstraram o interesse em participar da pesquisa puderam realizar aconselhamento, testagem e acesso a métodos preventivos, com exceção da PrEP, que ainda não se encontrava disponível para uso nessa população fora do estudo PrEP 15-19.

Os participantes foram incluídos em meio eletrônico, identificados por um código de letras como HSH e TS, onde também foi atribuída uma numeração a cada participante para manutenção da sua confidencialidade. A única forma de

identificação dos sujeitos e de conexão entre eles e as suas informações foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nomes fictícios foram utilizados em textos e relatórios para manter o anonimato dos participantes das entrevistas em profundidade. Dados enviados eletronicamente também não contêm identificação dos participantes.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica

Apresentamos a seguir as características sociodemográficas dos participantes (idade, cor autorreferida, escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero, cotidiano, convivência familiar), dando início a nossa sessão de resultados. Logo a seguir, utilizamos um quadro com as informações sintetizadas, com o intuito de facilitar a leitura do conteúdo. Para a identificação dos participantes, utilizamos as codificações que foram empregadas nas entrevistas e nos grupos focais, a fim de proteger a identidade dos entrevistados.

Os participantes da etapa formativa utilizada nesta dissertação tinham entre 16 e 19 anos. Destes, onze com 17 anos, cinco com 18 anos, quatro com 19 anos e dois com 16 anos.

Quanto à identidade de gênero, quatro participantes se identificaram como mulheres transexuais e três como travestis; uma das participantes relatou que estava se construindo quanto a sua identidade, que no momento se reconhecia como uma mulher transexual, pois havia iniciado a transição com hormonização e, antes, se considerava um menino gay; uma das participantes, travesti, relatou que não sabia ao certo, mas que se identificava como travesti. Quanto à orientação sexual, três participantes se identificaram como heterossexuais, duas como pansexuais, sendo que uma delas revelou que está se descobrindo como pansexual, duas como bissexuais, e uma das participantes se definiu como assexual, por não ter “no momento” uma prioridade em relação a sexo, relatando que também se vê como bissexual e que gosta de pessoas.

Em relação à identidade de gênero dos participantes HSH, oito se reconheceram como homens e sete não responderam a questão. Quanto à orientação, onze se identificaram como gays e quatro como bissexuais, dentre os quais um relatou que já teve várias experiências até se reconhecer como bissexual no momento. Um deles também se expressou dizendo que está se descobrindo quanto a sua orientação sexual e se considerava atualmente como bissexual, embora não sentisse tanta atração por mulheres, revelando que se envolvia com menos frequência com o sexo feminino, mas que não conseguiria definir se essa

atitude seria uma maneira de buscar somente prazer ou diversão ou se, de alguma maneira, se via obrigado a relacionar-se com o sexo oposto.

Quanto à cor da pele, entre as participantes TrMT, três se autorreferiram como brancas, duas como pardas, uma como preta e uma como indígena. Entre os HSH, três se autorreferiram como pretos, dois como pardos e um como branco.

5.1.1 Cotidiano de estudo, trabalho e convivência familiar

No que se refere à escolaridade, entre as participantes TrMT, quatro possuíam ensino médio incompleto; duas relataram estar cursando; uma possuía ensino médio completo; e duas estavam cursando o ensino superior. Entre os adolescentes HSH, oito possuíam o ensino médio completo; seis possuíam ensino médio incompleto e cursavam outras atividades complementares, como cursinho preparatório e teatro em conjunto com as atividades escolares; um dos participantes que relatou estar cursando o ensino médio iria iniciar um curso técnico; outro participante havia terminado o ensino médio e estava fazendo cursinho pré-vestibular, ansiando pelo ingresso em uma universidade; e um dos participantes cursava ensino superior.

Com relação ao trabalho, doze adolescentes HSH relataram que não estavam trabalhando de maneira formal e um destes relatou que havia parado de trabalhar há um mês após fim do contrato de escola; um participante relatou trabalhar de maneira informal como cabeleireiro, profissão que aprendeu na infância com a mãe de uma amiga e que realizava com completa satisfação; um dos participantes não relatou a ocupação. Entre as participantes TrMT, três relataram exercer atividades informais como eventos em festas, DJs, danças e *freelancers*; três se consideraram desempregadas por não exercerem nenhum tipo de trabalho formal ou com remuneração fixa, motivo pelo qual expressaram preocupação e ansiavam por uma ocupação, ressaltando que tinham responsabilidades; uma das participantes relatou que trabalhava em um projeto de reintegração social destinado à população trans e eventualmente realizava trabalhos de animação em festas; e uma participante disse considerar como fonte de renda a prostituição como maneira de se manter e se sustentar.

Quanto aos relatos de convivência entre os adolescentes HSH, quatorze relataram que moravam com familiares (pais, mãe ou avós) e um relatou morar sozinho.

No grupo das TrMT, três relataram que moravam com amigas e que buscaram essa opção quando saíram de suas cidades para morar em São Paulo; uma destas relatou que foi expulsa de casa pelos pais; outra participante explicou que buscou um abrigo de pessoas transexuais para morar após conflitos familiares com a mãe e o padrasto na sua cidade de origem; uma das participantes relatou que estava procurando um lugar para morar por estar vivendo conflitos com a amiga com quem morava; e outras duas relataram que moravam com suas parcerias estáveis (namorada, marido).

Tendo em vista que as entrevistas e o grupo focal foram realizados em período de férias escolares, os participantes que estudavam relataram quanto a sua rotina nesse período e o que costumavam fazer quando ainda se encontravam em atividade escolar. Os adolescentes HSH relataram que costumeiramente nesse período passavam o dia em casa com atividades como cuidar do irmão, ajudar os pais em tarefas de rotina como arrumar a casa, utilizar redes sociais e encontrar-se com os amigos para estudar ou sair; um dos adolescentes relatou que, durante a semana, se ocupava com seu trabalho como cabeleireiro, tornando sua semana bastante corrida; enquanto estavam estudando, dois participantes relataram que, durante o período escolar, a rotina era de acordar cedo com muitos compromissos. outro participante relatou que, com a conclusão do ensino médio, houve o término de seu contrato de trabalho e que no momento estava de férias do curso que realizava, considerado que esses motivos o faziam permanecer mais tempo em casa.

Entre as adolescentes TrMT, uma relatou que, no período de férias escolares, realizava rotinas de acordar cedo e se dedicar às tarefas domésticas, o que também foi relatado por outras duas participantes, que falaram que desempenhavam atividades como ir à feira, ao mercado, cuidar dos sobrinhos e irmãos; uma das participantes relatou ficar em casa e aproveitar o tempo produzindo conteúdo para suas redes sociais, e que algumas vezes intercalava com a realização de trabalhos informais; uma das participantes relatou que, no período de férias escolares, costumava realizar menos atividades se comparado ao período que estava

estudando, pois o seu dia era preenchido de rotinas até o anoitecer; e uma das mulheres transexuais expressou que passava a maior parte do seu tempo buscando realizar a alteração de sua documentação para promover a mudança para seu nome social reconhecidamente feminino.

5.1.2 Relacionamentos afetivos sexuais

Quanto a relacionamentos afetivos sexuais entre os adolescentes HSH, três disseram não estar vivenciando um relacionamento que considerasse estável ou fixo; um relatou que havia tido um relacionamento que considerou ter sido breve, de dois meses; um contou que havia há pouco tempo terminado um namoro após o considerar abusivo por parte do parceiro e que, desde então, tinha relacionamentos que considerava aberto; um relatou que somente havia se relacionado com mulheres e que com os homens costumava praticar somente sexo oral; outro participante expressou não estar em relacionamentos estáveis e que estava vivendo um momento em que se considerou estar livre para se relacionar com outras pessoas; e um dos participantes relatou estar namorando um homem mais velho, que conheceu através de um aplicativo de encontros.

Entre as participantes TrMT, três relataram não estar namorando; uma se definiu como solteira, mas que não considerava estar sozinha; uma considerou não se sentir preparada para se relacionar com alguém no momento; uma expressou que, após um período em que se relacionou com muitas pessoas, se sentia em uma fase mais tranquila em questão de procurar relacionamentos; duas relataram que se consideravam em um relacionamento estável, porém se relacionavam com outras pessoas esporadicamente; uma definiu que considerava estar vivendo um relacionamento estável e que o casal havia feito um acordo de monogamia; e uma participante relatou estar casada no momento.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, ENTREVISTA COLETIVA E GRUPO FOCAL

Participante	Entrevista Coletiva	Grupo Focal	Idade	Cor	Escolaridade	Trabalho	Com quem Convivem	Identidade de Gênero	Orientação Sexual
EnHSHSP07			16	pardo	ensino medio incomplet	não trabalha	mãe	Homem	Bissexual.
EnHSHSP02			17	preto	ensino médio completo	não trabalha	mãe	Homem	Gay
EnHSHSP04			17	pardo	ensino médio completo	não trabalha	pais	Homem	Bissexual.
EnHSHSP06			17	preto	ensino médio completo	não trabalha	mãe	Homem	Bissexual.
EnTSSP06	X		17	branca	ensino medio completo	não trabalha	mãe	Mulher Transexual	Heterossexual
EnTSSP07			17	parda	ensino medio incomplet	não trabalha	amigas	Travesti	Bissexual.
EnHSHSP03			18	preto	ensino médio incomplet	cabeleireiro	sozinho	Homem	Gay
EnHSHSP05			18	branca	ensino médio completo	não trabalha	avó	Homem	Gay
EnTSSP03			18	branca	ensino médio incomplet	não trabalha	amigos	Mulher Transexual	Heterossexual
EnTSSP01			19	branca	ensino medio incomplet	trabalho informal	abrigo	Mulher Transexual	Assexual/Bissexual
EnTSSP04	X		19	preta	superior incompleto	trabalho informal	namorada	Travesti	Pansexual
EnTSSP05			19	indigena	superior incompleto	trabalho informal	amigas	Travesti	Pansexual
EnTSSP02	X		19	parda	ensino medio incomplet	trabalho informal	marido	Mulher Transexual	Heterossexual
GFHSHGGG		X	16	branca	ensino médio incomplet	não respondeu	mãe	não respondeu	Gay
GFHSHPHS		X	17	branca	ensino médio incomplet	não trabalha	avó	Homem	Gay
GFHSHPHSP		X	17	branca	ensino médio incomplet	não trabalha	mãe	Homem	Gay
GFHSHNCL		X	17	branca	ensino médio completo	não trabalha	pai	não respondeu	Gay
GFHSHCLSS		X	17	pardo	ensino médio incomplet	não trabalha	mãe	não respondeu	Bissexual.
GFHSHGT		X	17	branca	ensino médio incomplet	não respondeu	avós	não respondeu	Gay
GFHSHJL		X	17	branca	ensino médio completo	não trabalha	mãe	não respondeu	Gay
GFFSHGRM		X	18	branca	ensino médio completo	não trabalha	mãe	não respondeu	Gay
GFHSHLD		X	18	branca	superior incompleto	não trabalha	pais	não respondeu	Gay

FONTE: Autoria própria (2019)

5.2 Contextos e dinâmicas de sociabilidade

5.2.1 Rede de amizade dos adolescentes

Quanto ao perfil de amizades, os adolescentes HSH relataram que ter amigos de idades variadas era comum no grupo. Tal variação compreendeu relatos de amigos entre os 15 anos ou mais e que isto dependia de como se sentiam em determinados locais, como a escola, os cursos, entre outros. Um dos participantes relatou que se considerava uma pessoa com facilidade em fazer amizade e por isso possuía amigos de diferentes idades, expressando que entre eles alguns chegavam até os 60 anos. Considerou que com cada pessoa de seu círculo de amigos possuía um tipo de diálogo, como assuntos de cotidiano e até de prevenção. Para um participante, o reconhecimento de sua orientação sexual como gay fez com que seu nicho de amizades se modificasse, incluindo entre os amigos mais velhos que possuía, pessoas com mais proximidade de sua idade e com quem se identificasse. Um participante relatou amizade com pessoas mais velhas e atribuiu isso ao fato de participar de eventos na noite e ao curso de teatro que realizava.

Entre o grupo das TrMT, foi comum o relato de ter em seus nichos de amizades pessoas que elas consideravam mais velhas e também mais experientes sobre alguns assuntos . Uma das participantes atribuiu isso ao fato de ter começado muito nova a sair à noite, o que a levou a ter amizade com pessoas mais velhas. Outra participante relatou que seu círculo de amigos era de pessoas mais velhas e via isso como uma maneira de receber conselhos. Uma das participantes, ainda, expressou que seus amigos em geral tinham a sua mesma faixa etária e que possuía uma identificação com eles.

Quanto à orientação sexual e identidade de gênero do nicho de amizade, entre as adolescentes TrMT os relatos foram de amizades com pessoas de diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero. Uma das participantes expressou que entre seu nicho de amigos existiam pessoas que se relacionavam com todas as formas de gênero, sem que precisamente se definissem quanto a isso. Uma participante relatou que, embora tenha amizade com pessoas de todos os gêneros, homens, mulheres e pessoas trans, convivia mais com pessoas trans e considerou que essa aproximação acontecia em geral de uma forma não programada, e com isso se sentia também mais acolhida. Uma participante utilizou para definir seus amigos o termo "*transvestigêneres"*, utilizado por ativistas e militantes e que define pessoas trans, travestis e não binários. Contudo, considerou que convivia mais proximamente com pessoas que se identificam como travestis.

Entre os adolescentes HSH, os amigos foram relatados como pessoas cisgênero. Quanto à orientação sexual, um dos participantes considerou que seus amigos se relacionavam tanto com meninos como com meninas; alguns dos entrevistados expressaram que possuíam mais amigos que se definiam como gays se comparado ao número de amigos heterossexuais; um dos entrevistados expressou que se sentia identificado com seus amigos gays; e um dos participantes relatou que não considerava ser um problema ter amigos heterossexuais e comentou que mantinha um bom convívio com eles.

Considerando ainda o contexto de amizades entre os adolescentes HSH, estes relataram que costumavam utilizar aplicativos sociais e digitais como o WhatsApp, Facebook e Instagram, em geral com temática LGBT, para formar grupos de amizades com pessoas de várias idades, onde amigos indicam a outros. Um dos participantes relatou que, em um dos grupos do qual fazia parte, procurava reunir

amigos de diversas orientações sexuais e identidades de gênero e considerou que essa variação permitia uma interação entre as pessoas do seu nicho de amizades, dando a oportunidade de um amigo conhecer outro. Um aplicativo de encontros denominado Tinder foi mencionado por um dos entrevistados como forma de conhecer novas pessoas e também fazer amizades, mesmo que sem a intenção de encontrar-se pessoalmente.

Para as adolescentes TrMT, os aplicativos citados para conhecer pessoas e também para marcar encontros foram WhatsApp, Facebook e Instagram. Uma das participantes considerou que utilizava constantemente o aplicativo Instagram, conhecidamente utilizado para postagens de fotos, e expressou que sentia como se fosse um vício, já que se conectava a todo o momento e, através das interações proporcionadas por ele, conhecia novas pessoas e prosseguia para conversas e amizades. Já outra participante relatou que nunca havia utilizado com o intuito de fazer amizades e que, para isso, dava preferência para encontros e amizades presenciais.

5.2.2 Dinâmicas de lazer, baladas e diversão

Entre os adolescentes HSH foi unânime o relato de sair frequentemente aos finais de semana. Um dos participantes relatou que, após as atividades da semana, considerava os finais de semana uma oportunidade de “curtir” e extravasar com os amigos. Outro relatou que, mesmo trabalhando durante toda a semana, costumava se encontrar com os amigos aos finais de semana. Os locais frequentados mais citados pelos participantes estavam localizados na região central de São Paulo, como o Museu de Arte de São Paulo (MASP), a Praça Roosevelt, a Avenida Augusta, a Avenida Paulista, e menos citados o parque do Ibirapuera, Peixoto e o bairro do Arouche, sendo este último citado como um local frequentado por pessoas mais velhas.

Quanto aos discursos dos locais que frequentavam, os participantes HSH referiram que, nos momentos de lazer, buscavam por espaços onde se concentrava a população LGBT, como festas, bailes, boates e festivais de música, expressando que não se sentiam à vontade em ambientes frequentados por pessoas heterossexuais motivados pelo receio em como seriam abordados nestes locais. Um

dos participantes relatou ter preferência por praças por se sentir mais à vontade para conversar com os amigos. Foram vários os relatos sobre se reunirem em grupos para se dirigir ao local que costumam frequentar.

As adolescentes TrMT relataram que costumam sair com pouca frequência e não há um dia específico da semana para que isso aconteça. Uma das participantes relatou que, quando saía, sua preferência e a de seus amigos era pela região do centro de São Paulo (Roosevelt). Esse local também apareceu no relato de outras participantes, que disseram frequentar essa região aos sábados e domingos.

Uma das participantes relatou que costumava sair somente em situações mais específicas, como festas, e que também evitava alguns locais frequentados por pessoas cisgênero e heterossexuais. Uma das participantes relatou que não conhece bem os espaços de encontro na cidade, pois morava há pouco tempo em São Paulo, mas que seus amigos relatavam que costumavam frequentar boates na Avenida Augusta e na Paulista. Outra participante relatou que não gostava de festas e baladas e que por isso não saberia definir nenhum lugar específico. Expressou que seus amigos costumavam frequentar locais como tabacarias, mas que não gostava em virtude do cheiro desses ambientes.

Entre as participantes TrMT, prevaleceram relatos de que preferiam locais mais calmos, sem agitação, bem como realizar encontros em casa com as amigas, onde costumavam conversar, beber, fumar e usar drogas. Outras contaram que não se reconheciam em ambientes frequentados por heterossexuais pela forma que comumente eram olhadas nesses espaços, inclusive verbalizando terem sofrido episódios de agressão verbal. Uma das participantes relatou buscar por passeios mais tranquilos e com uma amiga, já que não gostava de agitações e lugares cheios.

5.2.3 Uso de redes sociais e virtuais para relacionamentos e interações sexuais

Entre os participantes HSH foi relatada a utilização de aplicativos de encontros em busca de relacionamentos. O Tinder foi o aplicativo mais citado e definido com o intuito de inicialmente se fazer um contato para depois evoluir para troca de números de telefone, passando a conversas por WhatsApp que poderiam resultar ou não em um encontro presencial. Três participantes, porém, relataram que

não apreciaram a experiência e que desistiram de usar o Tinder por conta da abordagem sexual comum desse aplicativo ou porque conheceram nele pessoas das quais não gostaram em virtude da maneira como foram tratadas o qual consideraram desrespeitosa. Outro entrevistado relatou não ter gostado de utilizar a plataforma porque se decepcionou com algumas pessoas que encontrou, que se mostraram com atitudes diferentes no encontro presencial. Um dos participantes citou o uso de vários aplicativos de encontros, como Tinder, Hornet e Grindr, e que conheceu seu namorado neste último. Já um dos entrevistados relatou que, por ter muitos amigos, estes vão indicando a ele outros amigos pelo WhatsApp e acabam se envolvendo, podendo ter um relacionamento quando ocorre o interesse.

Entre as entrevistadas TrMT, quanto ao uso de aplicativos para relacionamentos, uma das participantes relatou que, antes de se casar, tinha três aplicativos de encontros instalados em seu celular, mas que agora não se interessava mais por isso. Segundo outra participante, quando comparado a ferramentas similares, o Tinder oferecia a possibilidade de conhecer pessoas e de ter um diálogo antes da relação sexual.

Diferentemente, uma participante considerou que o uso de aplicativos de relacionamentos nunca funcionou para ela, sem querer explicar os seus motivos. Outra entrevistada disse que nunca utilizou outro aplicativo além do Tinder e que não achou a experiência agradável, porque seu corpo havia sido “banido”, referindo-se a sentir-se excluída em virtude da sua identidade de gênero.

Quanto ao aplicativo Badoo, uma das participantes alegou que os perfis de pessoas transexuais são denunciados devido à homofobia e transfobia e que prefere se relacionar com pessoas bem próximas, as quais conheça pessoalmente.

O Grindr foi citado por uma das participantes como um aplicativo de relacionamentos para sexo voltado para heterossexuais e relatou não ter tido uma experiência positiva em seu uso. Outra entrevistada relatou que não estava procurando por encontros ou parcerias sexuais e que tem medo de usar esses aplicativos por ter ouvido muitas histórias ruins que a levaram a não ter interesse e confiança.

Quanto ao uso de redes sociais, predominaram na fala das adolescentes TrMT os relatos sobre seguir algumas personalidades que falam sobre aceitação e reconhecimento com pessoas transexuais e travestis, experiências de vida,

hormonização, cirurgias plásticas, discussões acerca de questões políticas e sociais e cantoras como Pablo Vittar. Uma participante relatou utilizar o Facebook para trocas de acessórios como maquiagens e artigos femininos.

Acessar páginas de influenciadores digitais foi relatado por uma das participantes como uma forma de se sentir amparada e buscar referências. Duas participantes relataram seguir páginas de ativismo transexual e de personalidades como Nataly Neri, cujo conteúdo envolve textos de autoajuda. Uma das entrevistadas relatou não seguir nenhuma personalidade ou página, já que possuía sua própria página no canal do YouTube, mesmo que com poucos acessos.

Quanto a seguir páginas de personalidades ou de redes sociais, os adolescentes HSH relataram que costumavam acessar páginas de personalidades gays com as quais se identificavam. Como exemplo, foi citado Carlinhos Maia. Consideravam se sentirem ajudados e influenciados, pois muitas vezes essas pessoas compartilham conteúdos relacionados a situações que eles também vivenciam e nas quais se reconhecem. Os relatos também expressaram que tais páginas e personalidades são um meio de sentirem-se informados sobre as coisas que acontecem no mundo LGBT.

Alguns entrevistados relataram utilizar esses conteúdos com o intuito de ouvir música, compartilhar *"*memes*"* e, em geral, não costumavam realizar muitas interações como participar de debates. Um dos participantes relatou acessar essas páginas muito pouco, somente para distração e diversão através de fotos e publicações, e que nenhuma personalidade o influenciava. Um dos participantes, ainda, revelou que já reconheceu um *youtuber* chamado Felipe Neto como uma personalidade sem conteúdo e que atualmente o considerava como alguém que defende as pessoas LGBT. Relatou também que procurava realizar pesquisas na internet para ter argumentos para embasar suas falas e que para isso utilizava o Google, Instagram e Twitter.

5.2.4 Conhecimento sobre métodos preventivos e acesso a informações

5.2.4.1 Conhecimento sobre métodos preventivos

Quanto aos métodos de prevenção ao HIV conhecidos pelos adolescentes HSH, houve unanimidade nos relatos acerca da camisinha. Um dos participantes considerou que possuía um conhecimento básico e necessário para se prevenir. Três participantes relataram que conheciam sobre o teste de HIV e já o haviam realizado após terem tido relações sexuais sem o uso do preservativo. Um dos participantes relatou que conhecia o autoteste e que o havia realizado quando foi abordado por uma equipe de saúde em uma praça de São Paulo. Outro, ainda, revelou que já havia ouvido falar do uso de antirretrovirais em pacientes com HIV e que isso seria uma possibilidade de evitar a transmissão do vírus. A PrEP foi mencionada por alguns dos participantes como um método que poderia ser utilizado por pessoas que teriam muitas interações sexuais e não usavam o preservativo em todas as relações. Um dos relatos também expressou o uso do preservativo como uma segunda barreira e como uma forma de se prevenir quando não há controle das emoções, ou quando a vontade de ter relações sexuais fala mais alto que a possibilidade de prevenção. Outro entrevistado demonstrou um interesse em utilizar a PrEP, porém o fato de ser menor de idade levou o adolescente a desistir da procura. Por fim, um dos participantes expressou que, após relações desprotegidas, poderia ser usada a PrEP, demonstrando uma confusão com a sigla da PEP, mesmo referindo-se à pós-exposição.

Entre as participantes TrMT, o uso de preservativo para prevenção do HIV apareceu de forma unânime nos relatos. Uma das participantes relatou que, quanto à prevenção, considerava seu conhecimento básico, mas suficiente. Algumas relataram realizar teste rápido com frequência como uma estratégia para negociar a não utilização de preservativo nos relacionamentos estáveis, incluindo acordo de monogamia. Uma das participantes relatou que havia realizado teste rápido após ter sido diagnosticada com sífilis. Outra revelou usar lubrificante anal nas relações em que não usava camisinha como maneira de reduzir atritos, e que assim havia sido orientada por um médico no posto de saúde. A PrEP também apareceu no discurso das participantes como uma possibilidade de prevenção quando não há camisinha na hora da relação sexual e que existem as trans que gostam de ter relações com vários parceiros e sob o uso de substâncias como drogas, por isso optam pela PrEP. Outro relato considerou seu uso entre as pessoas trans em contexto de prostituição que teriam dificuldade de negociação e maiores oportunidades na rua. Uma

entrevistada considerou que, após uma exposição sexual, a PrEP ou PEP poderia ser utilizada, sugerindo uma confusão entre os métodos, mas não deixando de saber sobre a possibilidade de buscar por essa estratégia.

5.2.4.2 Fontes de informação sobre métodos de prevenção

Em relação às fontes de informação sobre métodos preventivos, a internet apareceu em todos os relatos. Os adolescentes buscavam conteúdos no YouTube e no Google. Um deles relatou que, após realizar pesquisas, tirava dúvidas com os amigos. Outro participante revelou que, quando se sentia em dúvida após acessar a internet, procurava um médico (urologista) com quem se consultava mensalmente e que havia lhe orientado a realizar teste rápido de HIV. Relatou que as trocas de informações também aconteciam através de mensagens de celular. Outro entrevistado relatou que buscava informações na internet e compartilhava com os amigos, expressando que nunca procurou um serviço de saúde para sanar dúvidas por ser menor de idade e ter medo de não ter sua privacidade garantida. Já um dos participantes considerou que seus pais eram a sua principal fonte de informação quanto à prevenção do HIV e que a afirmação sobre uso de preservativo se dava para que ele não tivesse consequências vistas como negativas, tais como ISTs ou gravidez não planejada. Amizades com pessoas mais velhas LGBT fizeram parte do relato de três dos participantes, que disseram que costumavam falar sobre prevenção quando se reuniam. Um dos adolescentes também mencionou que teve informações sobre o uso de camisinha no ensino fundamental, mas que o conteúdo fora abordado superficialmente quanto à prevenção entre gays, embora deixando claro que a camisinha deveria ser usada. Um dos participantes relatou que conheceu sobre prevenção através de amigos que sempre falavam sobre camisinha, mas não se aprofundavam sobre outros métodos de prevenção.

Quanto às formas de informação sobre métodos preventivos relatados pelas TrMT, algumas disseram que costumavam conversar com amigas trans por considerá-las mais experientes sobre assuntos de prevenção do HIV, relacionando ao discurso que a experiência e a vivência destas, na sua maioria, estava atribuída ao sexo. Uma participante relatou que participava de um grupo de WhatsApp chamado Prevenção Combinada, onde ocorria troca de informações sobre métodos

de prevenção para jovens, mas que mesmo assim só conheceu sobre ISTs e outras formas de prevenção após contrair sífilis e buscar atendimento com o esposo em uma unidade de saúde. Outra participante relatou que possuía vínculo com a UBS (Unidade Básica de Saúde) do seu bairro, onde estava realizando atendimento para hormonização, e com isso seu médico sempre lhe aconselhava quanto a uso de camisinha e realização de teste rápido. O acesso a um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) foi relatado como uma fonte de informação por uma das participantes. Mais uma entrevistada relatou que procurava por informações sobre prevenção em sites como o Google.

5.3 Gestão de risco nas relações sexuais para infecção do HIV

Os resultados mostram uma concepção rígida dos adolescentes quanto a uma normatividade em relação à gestão de risco sexual na prevenção do HIV.

Apesar de relatarem procurar se prevenir em suas relações sexuais e considerarem o uso do preservativo masculino como uma forma suficiente para alcançar a prevenção do HIV, alguns contextos também precisam ser gerenciados para que seu uso seja consistente, como os tipos de parceira, o uso de álcool e drogas e relações sexuais comerciais.

Desconhecer outros métodos de prevenção além da camisinha e ter reduzidas informações que possibilitem a escolha de outras estratégias como as de prevenção biomédica favorecem uma restrita possibilidade de gestão de risco sexual entre essa população.

Para além do reconhecimento de sentirem-se expostos à infecção pelo HIV em algum momento da vida, houve uma percepção de que o uso da camisinha nem sempre era inserido nos seus contextos sexuais, e que isso acarretava sentimentos de medo, repulsa e horror em ambos os grupos de adolescentes, por não terem conseguido cumprir com o que são orientados sobre prevenção, mesmo antes de iniciarem suas práticas sexuais.

As TrMT explanaram quanto a uma repulsa em praticarem o ato sexual sem camisinha e que, quando isso ocorre, se sentem irresponsáveis, considerando que se descuidaram. Também surgiu nas falas o medo de morrer e a tristeza por conhecerem amigos que vivem com HIV, já que para estes elas atribuem a infecção

ao não uso do preservativo. Uma das adolescentes relatou que encontrava dificuldades em procurar os serviços de saúde, pois geralmente se sentia desrespeitada pelos profissionais.

Entre os adolescentes, também se notou o medo e um deles discursou acerca da vergonha em ter contraído uma IST, reconhecendo que, mesmo tendo tido aulas de educação sexual na escola, acreditava que entre homossexuais não haveria a necessidade de usar camisinha, já que não ocorreria o risco de uma gravidez, e que somente após o tratamento tomou conhecimento da possibilidade.

Mesmo para aqueles que reconheceram ter informações sobre outros métodos de prevenção, a intenção de uso destes foi referida a partir da possibilidade de incorporá-los ao uso do preservativo masculino nos cenários sexuais, em especial em momentos que julgassem haver chances de falha no uso da camisinha.

Assim, apresentaremos nos próximos tópicos os relatos que contemplam as categorias de gestão de risco sexual para infecção pelo HIV.

5.3.1 Pensamento sobre a prevenção do HIV

Como exposto anteriormente, a camisinha foi relatada como a principal forma de prevenção do HIV a ser utilizada nas relações sexuais. Os principais sentidos atribuídos ao uso do preservativo incluíram obrigatoriedade, prioridade, hierarquia no sexo e preservação. Os discursos se apoiam na maneira como são passados geralmente aos adolescentes, sugerindo que eles se sentem responsáveis por sua prevenção. Por outro lado, alguns relacionaram o uso do preservativo ao conforto e à segurança, considerando seu uso necessário nas relações com penetração. As falas destacadas a seguir ilustram tal prerrogativa:

> *“Que **tem** que usar camisinha, né?” (HSH07, homem, bissexual, entrevista).*
>
> *“Preservativo. A **primeira** coisa que vem na minha cabeça” (TS03, 18 anos, mulher transexual, entrevista).*
>
> *Não [...]. Porque **eu me** preservo [...]. Só uso camisinha” (TS03, 18 anos, mulher transexual, entrevista).*

Esses relatos se aproximam do fato de o preservativo masculino ter sido incorporado como prática de prevenção do HIV desde o início da epidemia, configurando a ideia de que sua utilização possibilita a redução do risco de exposição ao HIV. Essa perspectiva ainda se sobressai quanto ao discurso de prevenção na atualidade, estabelecendo que pessoas sexualmente ativas devam incorporá-lo e adotá-lo em seus contextos sexuais (PAIVA et al., 2007).

O discurso acerca do preservativo masculino como método de prevenção do HIV e outras ISTs é amplamente divulgado para adolescentes através de campanhas e diversas políticas públicas que enfatizam a importância de se divulgar tal método em espaços escolares, visando garantir o desenvolvimento de uma vida sexual segura e saudável. O intuito dessas ações é tornar a camisinha mais presente nos contextos sexuais e sugeri-la como melhor maneira de prevenção para as pessoas consideradas sexualmente ativas (PAIVA et al., 2008; PINHEIRO, 2015). Desse modo, a relação com o sexo e com a prevenção se configura através da percepção de uma obrigatoriedade, cabendo a cada indivíduo gerir sua decisão.

No plano de prevenção à infecção pelo HIV, apoiado pelas políticas públicas que fazem parte do que se considera um direito à sexualidade, voltadas aos adolescentes, o almejado é assegurar que estes estejam livres dos riscos de ISTs e do HIV, partindo da premissa da educação que reitera quanto ao uso do preservativo masculino, muitas vezes reforçado nos ambientes escolar e familiar.

Nos relatos que se seguem, observamos a reprodução da necessidade do uso do preservativo e que, a partir dessa visão, há uma tentativa dos adolescentes de incorporá-lo no cotidiano, assumindo exclusivamente para si essa responsabilidade. Mesmo com políticas públicas e educação sexual voltada para os adolescentes no campo da prevenção, o que se indica é que eles são limitados quanto ao conhecimento de outros métodos de prevenção, já que os discursos se pautam sempre na camisinha. Além disso, as intervenções que seriam necessárias para fortalecer a divulgação de outras estratégias não são ofertadas com base no respeito de diversidades de identidade de gênero e de orientação sexual.

> *“Porque, assim, eu, desde pequeno, querendo ou não, tipo [...] eu estudei em escola pública. Mas, assim, a minha escola, no ensino fundamental, eles sempre* ***bateram muito na tecla*** *sobre essas coisas, educação sexual, respeitar e tudo mais. Então, tipo, eu sempre tive essa visão de, tipo, tenho*

> *que me prevenir, tenho que usar camisinha, tenho que saber com quem eu estou me relacionando [...]" (HSH02, 17 anos, gay, entrevista).*

> "*E meus pais, também, quando eu era pequeno [...], sobre tudo que envolve relação sexual, usar camisinha, essas coisa, e ter noção dos meus atos. Então, hoje em dia, eu sou bem, eu sou bem responsável, posso dizer, entendeu? [...] Então, questão de usar camisinha, meus pais sempre, desde cedo, sempre falaram: "Se você começar relação sexual use camisinha. Existe essas DSTs. Você vai ter consequências" (HSH04, 17 anos, bissexual, entrevista).*

> *"Mas no fundamental, nono ano e tal, falaram bastante sobre prevenir gravidez, sobre como usar, deixar de usar. Bastante coisa [...], mas não chegaram a falar, tipo: 'Você que é homem com homem, usa isso aqui ou deixa de usar isso aqui'" (HSH07, 16 anos, bissexual, entrevista).*

É atribuída pelos programas de educação sexual e de prevenção a perspectiva de enfatizar sobre o uso do preservativo entre os adolescentes que, assim, alcançariam a capacidade de prevenção do HIV, estimando que essas informações sejam capazes de mudar hábitos (PAIVA, 2007). É um discurso de normas de prevenção que especifica regras socialmente construídas, atribuindo uma obrigatoriedade no que é entendido como fundamental nas práticas de prevenção do HIV, o que também pode ser observado a partir do discurso de profissionais de saúde e pessoas mais próximas do adolescente (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013).

As informações se concentram na moralidade em recomendar que os indivíduos mudem seus hábitos sexuais e estabeleçam o uso do preservativo de maneira consistente, e são reforçadas por orientações de como e quando usá-lo (PINHEIRO, CALAZANS; AYRES, 2013). Podemos observar nos contextos de prevenção do HIV que algumas ações enfatizam o papel que a camisinha possui nesse cenário, reafirmadas tanto por profissionais de saúde quanto pela população em geral, havendo um estímulo para que cada vez mais pessoas a utilizem como método de prevenção e que se tenha sua ampla divulgação e disponibilidade em serviços de saúde e espaços de sociabilidade, bem como sua distribuição gratuita e universal (MONTEIRO, 2019).

Por esta ótica de normatividade, Pinheiro (2013) ressalta que o slogan "use camisinha" impera tanto nas políticas de prevenção observadas através das campanhas de incentivo ao uso quanto no discurso dos profissionais de saúde, que impõe que sua utilização deva ser considerada e estabelecida, independentemente

da vontade ou de qualquer dificuldade de cada indivíduo que possa por acaso contrariar a adoção desse método.

Mesmo considerando alguns desmontes associados às políticas públicas relacionadas à prevenção do HIV, como cortes financeiros e de investimentos, em contraste com as décadas passadas em que recursos e estratégias viabilizaram o enfrentamento da Aids, inclusive colocando o Brasil num patamar de referência se comparado a outros países, a camisinha segue sendo disponibilizada e incentivada para que seu uso seja mais difundido no apoio às ações de combate à epidemia (MONTEIRO, 2019).

A fala de um dos participantes expressa que essas orientações acerca do uso de preservativo fazem parte inclusive do contexto escolar e que, embora ele tenha tido uma abordagem sobre a importância do uso de camisinha, o discurso foi apoiado sob a ótica das práticas heterossexuais, com foco em fatores como prevenção de ISTs, entre elas a Aids, e risco de uma gravidez não planejada.

As estratégias de prevenção da Aids abordadas nos espaços escolares muitas vezes assumem um caráter informativo e normativo que dá enfoque à reprodução. Estão longe, portanto, de alcançar o que foi idealizado pelo PSE, por exemplo, que foi estabelecido a fim de garantir que as discussões sobre sexualidade para adolescentes fossem capazes de desenvolver a reflexão e a escolha, possibilitando uma vida sexual saudável e segura independentemente de gênero e orientação sexual (ATALIBA; MOURÃO, 2018).

Vale destacar que os programas de prevenção abordados no contexto escolar teriam como premissa abranger os vários processos envolvidos nessa etapa da vida e, com relação à sexualidade dos adolescentes, não somente a reprodução, mas também outras questões como os sentimentos, os gêneros, a vulnerabilidade e o modo de vida de cada um deveriam ser contemplados (MARTINS; SOUSA, 2013).

É possível observar, contudo, que um dos desafios para que isso aconteça é desencadeado pela participação dos profissionais sobre a discussão desses temas na escola. Alguns possuem dificuldades em abordar questões inerentes à educação sexual, deixando que suas percepções pessoais, crenças e valores sejam fatores que interfiram no processo de ensino. Em outra perspectiva, a capacitação que recebem sobre sexualidade é feita de uma maneira inespecífica, refletindo na qualidade de abordagem dessa temática com adolescentes (SILVA et al., 2016).

Pode-se considerar também que a população adolescente atualmente está sendo atravessada por um período em que os discursos conservadores estão cada vez mais tomando espaço no cenário da prevenção, impedindo que se abordem questões como a prevenção de ISTs e informações corretas sobre suas estratégias de prevenção (TERTO Jr., 2017).

A disseminação de informações de prevenção centradas na necessidade do uso da camisinha nos cenários sexuais foi corroborada através do relato de uma das participantes que, mesmo não se identificando com esse método, realizava um esforço para que a orientação pudesse ser cumprida em suas relações sexuais de maneira consistente, conforme ilustrado a seguir:

> *"Ah, então, tipo um risco é porque eu, faz parte de mim,* ***eu não*** *gosto de transar com camisinha. Acho o uó. Acho podre. Entendeu? Eu não gosto, mas eu me forço por conta disso, sabe? Eu sempre transo com camisinha por causa disso. Sempre transo com camisinha com outras pessoas fora do meu relacionamento. No meu relacionamento, a gente, geralmente, transa sem" (TS 05, 19 anos, travesti, entrevista).*

Pode-se observar, então, um estímulo do uso do preservativo através da promoção de uma mudança de comportamento. Em geral, quando há um questionamento e uma visão que vão além das normas quanto ao seu uso, vem à tona a percepção de irresponsabilidade condicionada à visão que é atribuída aos adolescentes, reforçando-se a crença de que eles não saberiam lidar com outras possibilidades de prevenção além do uso do preservativo (PINHEIRO, 2013).

Angelim et al. (2017) expressaram que nem sempre as políticas de prevenção enxergam os indivíduos considerando todos os seus contextos e especificidades, o que pode acarretar atendimentos que limitem a abordagem somente a contextos individuais. Embora o que se discuta na atualidade seja quanto às estratégias globais de prevenção, e o avanço obtido através da inserção destas, o que ainda se nota é uma baixa discussão tanto em relação ao que se considera população-chave na epidemia quanto na divulgação de outros métodos de prevenção como os biomédicos, por exemplo (MONTEIRO, 2019).

Considerando o exposto por Grangeiro et al. (2015), não se pode valer do preservativo masculino como única aposta na prevenção do HIV. Embora este configure no cenário de prevenção como um método atribuído como de primeira

escolha, sabidamente sua adoção consistente pode ser influenciada por diversas variações de comportamento.

Dadas as considerações de que a prevenção parte de uma concepção de um cuidado individual e sua falha estaria condicionada a uma irresponsabilidade pelo não uso do preservativo, alguns de nossos participantes relataram que as percepções atribuídas caso se infectassem com HIV seriam de ter falhado de alguma maneira em não aderir a essa prática de prevenção.

> *”Eu acho... Se eu pegasse, se eu contraísse o vírus HIV, eu acho que eu ia ficar muito mal, assim, pelo fato da minha irresponsabilidade, né? Em questão a prevenção” (TS02,19 anos, mulher transexual, entrevista).*
>
> *“Eu ter impedido. Eu ter falado não. Que eu deveria ter sido mais consciente. Porque senão eu não teria ficado no desespero naquele dia de eu ter feito o exame do HIV” (HSH06, 17 anos, bissexual, entrevista).*

Nota-se que há uma percepção de culpabilidade associada a uma possível infecção pelo HIV em casos em que o uso de preservativo não foi considerado. A estratégia de divulgação do preservativo masculino muitas vezes sofre influência dos profissionais de saúde que incutem no indivíduo a responsabilidade por não enfrentar o que consideram como comportamentos de risco, e assim se expõem à infecção (BRUM, 2012).

A ótica pessoal por parte de alguns profissionais e serviços de saúde também pode reforçar a manutenção da normatização do preservativo no cenário da prevenção, já que outras estratégias podem não ser vistas com caráter de interromper a circulação da transmissão do HIV, conforme previsto nas estratégias de prevenção combinada (MONTEIRO, 2019).

Os discursos e aconselhamentos de prevenção muitas vezes são abordados em tons ameaçadores, de maneira genérica, trabalhados a partir do convencimento exclusivo sobre o uso do preservativo masculino, deixando de lado a abordagem quanto às características individuais e baseando-se na restrição de condutas que estão relacionadas ao que os profissionais de saúde entendem como correto e eficaz (FERRAZ, 2009).

Nessa perspectiva, pode-se observar que foram mencionados nos relatos outros métodos de prevenção do HIV através de expressões que demonstraram dúvidas quanto à acessibilidade a menores de idade e uma confusão entre as

estratégias de prevenção combinada. Alguns adolescentes também relataram que ouviram falar de outros métodos que poderiam ser uma alternativa para aqueles que não utilizam o preservativo de forma consistente. A partir do estímulo dos entrevistadores, houve um reconhecimento de outras estratégias de prevenção como a PEP, a PrEP e o autoteste.

> *“Acho que você ter mais a chance de não pegar a doença. Então, melhor... Tipo, além de usar camisinha, tem outra chance” [Referindo-se a PrEP] (HSH07, 16 anos, bissexual, entrevista).*
>
> *“Acho que eu usaria. Mas, tipo, nesse quesito, tipo: "Ah, vou usar o medicamento e vou usar camisinha." Mas, tipo, acho que não seria uma coisa... Pra mim, pelo menos, não seria uma coisa necessária ter que ficar usando todo dia” [Referindo-se a PrEP] (TS07, 17 anos, travesti, entrevista).*
>
> *“Eu sei que uma pílula que você deve tomar diariamente em qualquer horário a não ser horário da relação. Tem que ser antes de você ter a relação. Daí tomando diariamente você meio que fica protegido, tem uma imunidade sobre o vírus. Então, ele não muda o fato que você não tem que usar camisinha, tipo, só deixa você mais seguro. Caso aconteça algo, você está seguro de qualquer jeito” [Referindo-se à PrEP] (TS04, 19 anos, travesti, entrevista).*
>
> *“É. Porque ela, tipo, ela gosta de manter relações sexuais sem camisinha, mas ela também não transa sempre sem camisinha. [...] Mas aí ela toma justamente por causa disso, entendeu? E inclusive eu acho que eu também preciso, que vou começar tomar” [Referindo-se a PrEP] (TS05, 19 anos, travesti, entrevista).*

Em contrapartida ao que se estima de prevenção individual associada ao uso do preservativo masculino, as estratégias de prevenção combinada visam considerar a particularidade de cada indivíduo e a possibilidade de contemplar suas especificidades e escolhas (EDMUNDO, 2018).

Estratégias como a PrEP foram estabelecidas visando beneficiar aqueles considerados população-chave com risco substancial de infecção pelo HIV, inclusive entre os adolescentes. Considerando que tanto para informações sobre esse método quanto para sua dispensação é necessário o acesso a serviços de saúde, caberia avaliar o quanto profissionais da área estariam preparados para promover tal abordagem nessa população (RAVASI et al., 2016; MONTEIRO, 2019).

Considerada como um recurso estratégico de prevenção combinada do HIV, a PrEP é utilizada quando outros métodos como o uso consistente do preservativo falham, porém o que se percebe é que seu conhecimento entre a população e profissionais de saúde é limitado (GRANGEIRO et al., 2015). Embora haja um

reconhecimento de sua efetividade como possibilidade de prevenção, muitos serviços se limitam em disseminar informações sobre essa profilaxia, receosos em banalizar seu uso e em estimular o abandono do preservativo. Há também o reflexo de uma percepção pessoal dos profissionais de saúde, que culpabilizam os indivíduos que procuram por esse método, através do julgamento atrelado a uma irresponsabilidade por não cuidarem de si mesmos (KAUSS, 2018).

Além da PrEP, a procura por testagem segue a premissa dentro das estratégias de prevenção combinada, já que reconhecer seu estado sorológico possibilita aos indivíduos o início do tratamento e consequentemente a redução da carga viral e da transmissibilidade do HIV entre a população (MONTEIRO 2018).

Segundo Terto Jr. (2015), a garantia de cada indivíduo possuir autonomia para a escolha de um método preventivo está relacionada ao seu nível de informação sobre as possibilidades de transmissão do HIV e suas estratégias de prevenção, bem como à acessibilidade a serviços de saúde.

5.3.2 Sentimentos dos adolescentes quanto à infecção pelo HIV

Apresentaremos nesta categoria como os adolescentes se expressaram quanto a sentirem-se expostos à infecção pelo HIV, em relação ao não uso do preservativo em suas relações sexuais.

Nos relatos os adolescentes atribuíram o uso do preservativo como uma maneira de se sentirem protegidos quanto à exposição ao HIV, entendendo que é uma forma de demonstrar que se preocupam com sua saúde e com seu autocuidado. Percebeu-se que a falha quanto ao uso consistente do preservativo esteve relacionada a sentimentos ruins, e que isso, por muitas vezes, esteve atrelado à forma como receberam educação sobre a prevenção do HIV, enfatizando que o uso consistente da camisinha é o método de prevenção que garante segurança contra exposição ao HIV. Não utilizar preservativo em uma relação sexual esteve relacionado a pensar que, como consequências, haveria tanto o risco de terem sido expostos à infecção, o que causou medo e remorsos, quanto a necessidade de buscarem um serviço de saúde para realização de exame de detecção do HIV para sanar suas dúvidas.

> *“Pra mim é um **horror**, tipo, ter que pensar em fazer sexo sem camisinha. Então, tipo, acho que isso já é um princípio. Tipo, eu não consigo pensar em fazer sexo **sem** camisinha. Então, tipo, é algo que eu fico meio, tipo, é um horror pra mim. Então, talvez eu esteja já prevenido” (HSH02,17 anos, homem, gay, entrevista).*
>
> *“Eu penso bastante [sobre prevenção]. Na verdade, assim, isso já vem comigo já desde quando era mais novo. Eu sempre pensei assim, eu **tenho** que me prevenir o máximo que eu puder. [...], eu já transei uma vez só sem camisinha. Foi o meu último ato. Já faz um tempo, já. Foi o meu último ato. Eu tenho remorso até hoje. Até hoje eu tenho remorso” (HSH 03,18 anos, homem, gay, entrevista).*
>
> *“[...] E sem contar que se a pessoa usar camisinha é muito mais, assim, prático depois [...] ‘ah, usei camisinha e estou todo suave’, dá aquele [...], não precisa se preocupar [...], acho que se ele passar pelo stress de ter que ir até um posto de saúde [...], passar o constrangimento de – ah, talvez tenha tido contágio, porque seria uma situação estressante [...]” (P. grupo focal, HSH).*

Durante o curso da epidemia de Aids, principalmente a partir dos primeiros casos, em que houve uma grande culpabilidade da transmissão atribuída aos homossexuais e suas práticas sexuais, o discurso difundido era o quanto essa doença era terrível, disseminava sofrimento e inevitavelmente o esperado era a morte para aqueles que eram infectados (BRASIL, 2007d).

Na década de 1990, havia uma concepção sobre a Aids de que a morte era certa, sendo tida como uma doença incurável que, há época, possuía poucas opções de tratamento. Foram motivações suficientes para que se reforçasse um temor com relação à Aids, embasado pela discriminação e o estigma atribuídos aos portadores de HIV que, em virtude disso, sofriam isolamentos sociais e negação por parte de profissionais de saúde ao atendimento e à internação das pessoas infectadas (GRECO, 2016).

Percebe-se, entre nossos participantes, que eles carregam em seus discursos os mesmos conceitos negativos atribuídos à Aids desde o início da epidemia no que tange às impressões atribuídas aos homossexuais, refletindo a política construída a partir do medo e da intimidação, que mostrou ao longo de todas essas décadas sua insuficiência na garantia de uso consistente do preservativo, já que outros fatores influenciam nessa questão, como relacionamentos e parcerias ou a influência de substâncias como o álcool e as drogas (MAZZARIELLO, 2017).

Frente a essa perspectiva, talvez para os adolescentes contrair o HIV seja mais um dos riscos que eles têm ao decorrer da vida, atribuído às suas práticas homoafetivas (PAIVA, 2002).

Duas participantes relataram que a preocupação quanto a usar preservativo de maneira consistente se deu a partir da experiência de não utilização nas primeiras relações sexuais e de terem se sentido amedrontadas e inseguras quanto à possibilidade de terem se infectado, sendo que, após a realização de um teste para o HIV cujo resultado deu negativo, passaram a se preocupar mais com as formas de se prevenir.

> *"É uma preocupação comigo. Tipo, as primeiras relações sexuais que eu tive, eu lembro que eu fiquei muito paranoica, sabe? Exatamente por isso. Na primeira eu não me preveni. Mas nas outras sim. Na primeira eu fiquei, nossa, louca. E aí acho que eu fiz um exame pra ver se eu tava com HIV. Fiz acho que três semanas depois, porque não pode fazer, né? E aí eu fiz, mas não deu nada. Aí eu fiquei mais tranquila e aí eu comecei a me prevenir" (TS 01, 19 anos, mulher trans, entrevista).*

> *"Sim. sempre. [risada] Só nesse último ato que eu tive agora, que eu tive um pouco de medo, mas eu fiz o exame, também, e deu também que eu não tenho nada, que eu estou limpíssimo, maravilhoso, né? Mas mesmo assim, agora [...]" (HSH 03, 18 anos, gay, entrevista).*

O medo de ter contraído HIV em uma relação sexual sem o uso de preservativo muitas vezes é tranquilizado quando os adolescentes realizam teste para saber sua condição sorológica. Algumas vezes a mudança no comportamento e a percepção acerca da prevenção são construídas a partir da experiência vivida por cada indivíduo, e não somente através do saber e do conhecimento que possuem sobre métodos de prevenção (CUNHA, 2016).

O que se nota é que nenhuma outra doença foi pautada em cima de uma construção que visa a modificação de hábitos individuais como a Aids, através de discursos que permearam uma ordem moral e social, relacionada a uma ênfase no estilo de vida e de sexualidade, principalmente na culpabilidade atribuída aos homossexuais desde o início da epidemia (PORTINARI, 2017).

Conviver com o HIV constrói significados a partir do estigma e da discriminação que sempre cercaram os acometidos por esse vírus, sob a perspectiva de que a infecção é originada pela falha com o cuidado de sua prevenção através do rompimento dos valores morais vistos como socialmente aceitáveis (ALMEIDA, 2007).

A busca pelo prazer e a vontade intensa da relação sexual foi um motivo relatado por um dos participantes quanto à não adoção do preservativo no momento,

o que desencadeou sentimentos de culpa após a relação, mesmo quando considerou acreditar que não estava exposto ao risco de contrair o HIV. Outro participante revelou que, por querer experimentar a primeira relação sexual, teve dificuldades em se controlar e adotar o uso da camisinha.

> *“Mas mesmo assim foi naquele desespero, aquela vontade, aí acabou sendo o ato sexual sem a camisinha. Mas eu me arrependo até hoje. Fico pensando até hoje nisso” (HSH 03,18 anos , gay, entrevista).*

> *“E aí ele não tinha, eu não tinha, mas acabou acontecendo pelo fato dos hormônios à flor da pele, né? Dessa vez foi assim, tipo, eu pensava que ele era hétero. [risada] E, tipo, ele era só meu amigo. Então, do nada, começou a rolar um clima estranho e aconteceu. [risada] Cara, eu acho que [...], pra falar a verdade, era [...], foi a minha primeira vez. Aí, foi a minha primeira vez e isso, eu sempre tive a vontade de transar. [risada] Então, tipo, acabou... Tipo, fui indo ali e a vontade tava tão grande que não deu pra controlar” (HSH06, 17 anos, bissexual , entrevista).*

O impulso pelo desejo em ter a relação sexual, o momento inesperado em que esta pode ocorrer são fatores que podem colaborar com a diminuição da racionalização sobre a prevenção e adoção de preservativo no momento (ANTUNES, 2013).

Nessa visão, a camisinha pode ser associada a uma perda do clima sexual, interferindo em um contexto de ter de planejar o que pode não ser planejado, podendo levar desvantagem com relação ao desejo e ao prazer que se espera para determinado momento, o que influencia a perspectiva de que o risco possa acontecer (JEOLAS, 1999).

5.3.3 A negociação dos adolescentes no uso de métodos preventivos

Este tópico buscou compreender como os adolescentes praticam a gestão de risco sexual a partir do que pensam sobre a prevenção do HIV e os sentimentos quanto a uma possível exposição. A mediação quanto ao uso de método preventivo pode ser influenciada pelos relacionamentos e parcerias estabelecidas.

5.3.3.1 Gestão de risco em programa sexual

Nos relatos das participantes travestis e mulheres transexuais, o sexo relacionado a um programa comercial esteve presente como uma maneira de obter ganhos financeiros e gerar subsídios de sobrevivência para essas adolescentes. A grande dificuldade apontada esteve atrelada ao fato de que a negociação do uso do preservativo se condicionava muitas vezes à exigência ou à decisão dos seus clientes. Quando se viam frente à oferta de uma quantia maior de dinheiro para que o preservativo não fosse utilizado, para algumas isso influenciava quanto à decisão de prevenção, mediada pela necessidade em garantir seu sustento e, assim, o preservativo poderia não ser estabelecido. Uma das falas expressou a influência de condutas heteronormativas, em que cabe ao homem decidir sobre a adoção de prevenção nos encontros com transexuais, o que foi ilustrado pela fala de duas participantes que relataram que tal decisão fica condicionada ao homem. A cocaína permeava o contexto de negociação como uma possível interferência no poder de decisão do uso de prevenção na situação de programa, já que algumas participantes relataram que, sob essa influência, possuíam menor condição de consciência frente ao risco de exposição de infecção pelo HIV, diminuindo seu poder de tomada de decisão.

> *"Porque o fato [...], tipo, quando a gente faz programa, assim, na época que eu fazia programa, tinha muito a questão de, tipo, na hora da relação sexual pegar o preservativo e o cliente falar: "Se você fizer sem, eu te dou mais." E tudo mais. [...] E a gente é impulsionada nesse momento pelo dinheiro, né? Porque a gente não tá ali pelo prazer. É pela necessidade que a gente tem. [...] E já aconteceu comigo. Tipo, do cara dizer que sem preservativo ele me daria mais, né?" (TS02, 19 anos, mulher transexual, entrevista).*

> *"É que nem ela falou, ela se sente muito desrespeitada, mas ela não vai abrir mão do dinheiro que ela precisa, né? Então acho que fica uma mistura de... você se sentir usada, mas [...] pensar na necessidade que você quer [...]" (Y., mulher trans, entrevista coletiva).*

> *"Sim, que é ele [cliente] que está pagando [...], ele que decide [...]" (A., travesti, entrevista coletiva).*

> *"Pensa, mas se o bofe falar que não quer camisinha [...] vai sem camisinha [...], mais provavelmente que ele não queira, porque se ele penetrou ela sem camisinha... então ele vai querer ser penetrado sem camisinha. [...] [Houve negociação] nada [...], [ela] só guardou [...], colocou na bolsa [...]" (P., mulher trans, grupo focal).*

As dimensões de vulnerabilidade são vivenciadas pelas travestis e mulheres transexuais desde a tenra idade, ocasionando dificuldades que as impedem de permanecer na escola e no ambiente familiar. Evidencia-se, assim, um reflexo do estigma, da discriminação e da transfobia a que estão suscetíveis, resultando em uma baixa qualificação e dificuldade no acesso ao mercado formal de trabalho, o que as leva a buscar a prostituição como maneira de obter ganhos e sobreviver (SOFAL et al., 2019).

Nessas relações mediadas por negociações ou trocas, é possível afirmar que o dinheiro tem um destaque para as pessoas trans em contextos de prostituição, já que ao receber maiores ofertas elas podem se submeter a atender aos desejos do cliente, mesmo que isso possa torná-las propensas a riscos de violência ou de exposição à infecção pelo HIV (PELÚCIO, 2011). Assim, a prostituição também pode ser um fator que as aproxima do uso de drogas, através da interação com seus clientes, levando à possibilidade de distanciá-las da prevenção do HIV (ROCHA; PEREIRA; DIAS, 2013). Ao descrever sobre gestão de risco sexual, Leite e Murray (2015) relataram que a prostituição merece especial atenção nas ações e estratégias de prevenção do HIV, pois ter de gerenciar questões financeiras e de ganhos pode influenciar a adoção ou não de preservativo.

Segundo Rocha (2013), nos contextos de prostituição em que se encontram as travestis, o uso de substâncias como álcool e drogas pode ser cotidiano e frequente, entre elas a cocaína, sendo então necessário compreender que isso favorece o agravamento das condições de vulnerabilidades delas frente à infecção do HIV. A cocaína é uma droga que causa um estímulo no sistema nervoso central, e que por isso pode acarretar diversos efeitos colaterais que alteram a esfera psicológica dos indivíduos, afetando sua capacidade de julgamento, de atenção, de coordenação e de memória, e que associados a práticas sexuais podem ser causadores da diminuição de decisão e negociação quanto ao uso de preservativo (SAYAGO et al., 2013).

Segundo Bertoni et al. (2009), o uso de drogas interfere substancialmente na adoção consistente de preservativo nas relações sexuais entre adolescentes. Além disso, nessas transações comerciais, muitas vezes não há uma decisão individualizada, já que o domínio da situação e do programa é do cliente, que assume a gestão da negociação, tanto dos valores como da prevenção, decidindo

sobre o uso ou não, o que torna maiores as chances para que o sexo desprotegido aconteça (DIEHL; FIGLIE, 2014).

Percebe-se que esses relacionamentos, mesmo que de cunho comercial, são pautados muitas vezes sob as égides da heteronormatividade, cabendo ao homem as decisões a serem tomadas e o prazer da relação (PELÚCIO, 2006).

Segundo Kimmel (1988), há muitos anos é evidente a construção de uma masculinidade que dá poder a um grupo de homens seletos que possuem como características ser macho, branco, ter a virilidade e ser heterossexual, motivos estes que levam quem não se encaixa nesse padrão normativo, no caso as pessoas trans, a serem condicionadas a um tratamento de aversão, subalternidade e transfobia, colocadas como inferiores e sujeitas aos desejos dos homens.

A violência sofrida pelas trans que estão em prostituição é comumente relatada. Segundo descreveu Pelúcio (2005), as travestis mais jovens são mais suscetíveis a vivenciarem esse tipo de violência quando comparado às mais velhas, talvez por ainda não terem aprendido tudo o que a autora chama de “truque” das ruas.

De fato, o que podemos observar quanto ao não uso de preservativo nos programas é a compreensão do porquê as profissionais do sexo não terem a opção de fazer valer seus desejos, os quais acabam por ser mediados por influência de drogas ou da decisão do homem (MOURA et al., 2010). E é sob essa ótica que ações e estratégias de prevenção que não tenham um enfoque limitado somente quanto ao uso da camisinha devem ser implementadas entre as pessoas que estão em contexto de prostituição (LEITE; MURRAY, 2015).

5.3.3.2 Gestão de risco sexual em parcerias casuais

Uma das participantes expressou que uma maneira que estabelecia para garantir sua prevenção nas relações sexuais baseava-se em ter consigo um preservativo em todos os momentos, porém essa atitude não esteve relacionada a deixar de progredir com a relação nos casos de ausência da camisinha.

> *“Aí eu tenho [...]. Ando sempre com camisinha na minha bolsa. Esse que foi o problema. Tipo, a minha predisposição de ontem só aconteceu porque eu não tinha levado” (TS 05, 19 anos, travesti, entrevista).*

Nas relações sexuais que envolvem um contraste de idade, os participantes do grupo focal dos meninos relataram que o fato de serem mais novos muitas vezes condicionava a espera de que as orientações de prevenção e atitudes de estabelecê-la na relação sexual partissem dos parceiros mais velhos, demonstrando que é esperado que a iniciativa seja tomada por alguém mais experiente que conduza o contexto de prevenção. Há uma condição de expectativa quanto a uma segurança relacionada à experiência, ao conhecimento e ao poder de decisão do mais velho quanto à prevenção ideal, que, se comparado ao mais jovem, saberia o que é necessário para o curso de uma relação sexual protegida.

> *"Mas não vai falar nada [...] porque ele não tem padrão de comparação, sabe? [...] Acho que por isso ele acaba aceitando e concordando [...], ele vai pensar 'deve ser assim que funciona uma transa' [...], não, porque o garoto mais novo não teria iniciativa de [pedir camisinha]. Exato, ainda mais que ele é mais velho [...], acho que o lance da coisa é a sobreposição do mais velho [...]" (P., HSH, grupo focal).*

> *"O cara está pegando o lubrificante [...], a camisinha [...], o cara fala pra ele abrir a gaveta, aí o menino abre a gaveta e pega o lubrificante e o preservativo e [...] o cara falou que tem na gaveta, aí quando ele abre tem um lubrificante e preservativo dentro. Aí ele fala para pegar, o menino pega [...] e dá para o cara [...]" (P., HSH, grupo focal).*

> *"Acho que normalmente é um pouco de confiança que a pessoa acaba passando, mas eu acho que o maior fator motivador é a curiosidade, ainda mais por ser uma primeira experiência sexual, acho que o que mais vai motivar é a curiosidade e essa curiosidade vai germinar para uma ação, pelo conforto que o parceiro está passando para ele [...]" (P., HSH, grupo focal).*

Muito se discute na literatura sobre o relacionamento entre adolescentes e homens mais velhos, ponderando que diversos fatores de risco de exposição ao HIV poderiam estar relacionados nesse envolvimento, por conta de maior experiência e parceiros sexuais, o que aumenta, assim, as possibilidades de infecção pelo HIV, levando em conta também o poder de decisão que teriam sobre os adolescentes, o que poderia limitar a negociação de prevenção (BRUCE et al., 2012).

Rios (2013) considera que as relações entre parceiros mais velhos e mais jovens podem demonstrar desigualdade, refletindo uma menor experiência e tornando os adolescentes vulneráveis ao HIV. Ainda segundo Rios (2013), embora tenham conhecimento sobre preservativo e reconheçam sua importância, os adolescentes nesses relacionamentos podem deixar de usar proteção, quer por não

terem o insumo no local, quer por decisão do parceiro em abdicar do uso se valendo de sua influência, experiência, confiança e desigualdades sociofinanceiras que também os distanciam.

O uso de álcool foi relatado por alguns participantes como um possível fator de interferência nas negociações de uso de preservativo nas interações sexuais por provocar desinibição e perda de senso crítico, o que comprometeria o julgamento na adoção de prevenção nas relações sexuais em parcerias casuais que podem acontecer em locais de sociabilidade, onde os encontros podem não ser programados.

> *"Acho que sim. Se eu, tipo, não cuidar, sabe? Que, às vezes, tipo, a gente tá lá num rolê. Aí a gente começa, né,* ***beber*** *e tals. E aí, chega a hora de, tipo [...], que a gente tá deparada com um* boy*, ficando com ele, aí a gente vai pra uma coisa mais íntima. Às vezes, a gente nem* ***pensa****, tipo, de perguntar se o* boy *tem alguma doença, ou ele* ***mentir*** *sobre. Porque, vários casos, né?" (TS07, 17 anos, travesti, bissexual, entrevista).*

> *"[...] Na verdade, a gente tinha* ***bebido*** *um pouco. Foi pouco, realmente, né? E* ***não*** *tinha mesmo a camisinha. Aí acabou que foi. Aí, no dia seguinte, eu fiquei com aquilo na cabeça. Aliás, depois, quando acabou o ato, eu já fiquei pensado. Eu falei: 'Meu Deus do céu. Eu fiz uma coisa que não é certa'. Mas claro, né? Eu já tinha certeza de que, realmente, não tinha nada. Porque ele não tinha tido nenhum outro ato, antes, né? Então, assim, eu já fiquei mais tranquilo. Mas, realmente, se fosse com outra pessoa, eu acho que eu teria ficado maluco. Maluco, realmente. Porque eu fiquei muito preocupado. Porque, meu Deus, eu fiz uma coisa, assim, que nunca tinha acontecido, entendeu? Então [...]" (HSH03, 18 anos, homem gay, entrevista).*

> *"Eu [...], tipo, sim, consumi demais [cocaína]. Acho que todos esses caras que, tipo, já tiveram essa proposta de drogas, assim, porque acontece isso, também, né, às vezes o cliente só quer uma companhia pra usar droga e acabava naquele impulso, tipo, usando mais e mais e mais. Nem sabia o que era prevenção mesmo [...], mas no outro dia eu ficava com peso na consciência" (TS02, 19 anos, mulher transexual, heterossexual, entrevista).*
> *"[...] Foi [...], tipo, porque ali tu tá, tu não tá totalmente consciente, sabe? [uso de álcool e droga] Do que você está fazendo e que, às vezes, a* ***impulsividade*** *e* ***a vontade****, tipo, acaba gritando mais alto do que tua consciência real, sabe?" (TS05,19 anos, travesti, pansexual, entrevista).*

O álcool apresenta um consumo crescente pela população adolescente, e está presente em diversos contextos sociais, onde seu uso pode influenciar nas emoções e nas reações dos indivíduos. Além disso, é considerado como uma substância lícita e socialmente aceita, mesmo que sendo considerada não permitida para menores de 18 anos, cujo consumo é comumente visto em espaços de sociabilidade (MARTINS; RIBEIRO; CRUZ, 2019; VIEIRA et al., 2019).

Os locais onde costumam ocorrer o consumo de álcool entre os adolescentes variam entre locais privados, como a casa de amigos e a própria casa, e os locais públicos, como bares, discotecas e festas, que em geral são espaços de circulação dessa população (BRITO et al., 2015). Ainda segundo os autores, os fatores que levam os jovens a consumir álcool se relacionam ao anseio por diversão, à libertação da tensão e da ansiedade, à desinibição e ao aumento da autoestima, que permitiria alcançar uma maior confiança em si.

A associação de relação sexual com o álcool pode levar a práticas sexuais com maiores números de parceiros, com envolvimentos casuais e sem adoção do uso de preservativo, o que aumentaria os fatores de risco de infecção pelo HIV, principalmente entre adolescentes que, mesmo conhecendo sobre a importância do uso do preservativo, podem ser negativamente influenciados por essa substância (SILVA; JACOB; HIRDES, 2015).

Bertoni et al. (2009) afirmaram que, reconhecendo-se a influência causada pelo álcool na adoção consistente de preservativo, torna-se uma questão primordial a necessidade de implementação de outras possibilidades de prevenção nessa população que não sejam atreladas somente ao discurso sobre o uso de camisinha.

5.3.3.3 Gestão de risco sexual entre parcerias estáveis

Para os participantes, pode haver falha na negociação quanto ao uso de preservativo nas interações sexuais consideradas estáveis, influenciadas por amor, excitação, intimidade e confiança no parceiro. Apesar disso, um dos entrevistados relatou que, mesmo conhecendo o parceiro e ambos tendo realizado o teste de detecção do HIV, após uma relação sexual desprotegida sentiu-se arrependido.

> *"Aconteceu uma vez com esse cara primeiro que eu conheci. Falei que a gente ficava, tipo, a gente chegou a ficar **bastante tempo**, tipo, uns cinco meses. Pra mim era algo normal. Tipo, a gente chegou a fazer sem camisinha. Pra mim foi OK. Mas eu meio que sabia que ele ficava com outras pessoas. Então, isso me dá um pouco de medo. Embora ele falou que tinha sido só comigo, tipo, sem camisinha. Mas mesmo assim eu meio que... Não sei, fico inseguro. [...] Eu acho que eu gostava dele tinha um bom tempo, né? Não era uma coisa de um dia pro outro. Eu conhecia, eu confiava, então pra mim é OK" (HSH05, 18 anos, homem, gay, entrevista).*

> *"[...] Eu também já tinha feito já uns dois meses antes [teste]. Mas eu não tinha tido ato sexual. Só fui ter o ato com ele. Mas mesmo assim foi naquele desespero, aquela vontade, aí acabou sendo o ato sexual sem a camisinha.*

> *Mas eu me arrependo até hoje. Fico pensando até hoje nisso [...]" (HSH03, 18 anos, homem, gay, entrevista).*

> *"Ah, como eu disse, eu não gosto muito de transar sem camisinha. Mas acontece, às vezes. Mas, tipo, são com pessoas que eu me relaciono* ***há muito tempo****, são pessoas que eu tenho muita* ***segurança.*** *Então, até por, até por saber que elas não se relacionam com todas as pessoas do mundo, sabe? Tipo, também são outras pessoas mais fechadas dentro do seu círculo. Então, varia. Varia, assim, de pessoa pra pessoa. Mas é sempre nessa lógica de tipo, com quem também eu [...]" (TS04, 19 anos, travesti, pansexual, entrevista).*

> *"Acho que quando você* ***conhece*** *mais a pessoa [...]* ***já conversou*** *mais com ela [...], a sua preocupação [...], espera aí [...], no geral a preocupação com preservativo acaba caindo um pouco, sabe? Ah [...], se a pessoa não tem [...] eh [...] não tem nada... eu não tenho nada também. Se acontecer de novo de não ter preservativo [...] enfim [...], estar de difícil acesso, uma coisa assim [...], não vou barrar a situação, sabe?" (P, HSH, grupo focal).*

Uma das participantes do grupo focal de TrMT relatou que quando estava casada não utilizava preservativo e que essa negociação ocorreu após ambos realizarem testagem de detecção do HIV e partirem para um acordo monogâmico. Um participante do grupo focal dos adolescentes HSH apontou que realizou um acordo com seu parceiro para que não se envolvessem com outras pessoas e realizavam testagem rápida periodicamente como forma de não precisarem utilizar preservativo entre eles.

> *"Eu com o meu marido não me prevenia porque antes de eu me relacionar com ele a gente fez um [...], antes de eu ter a primeira relação sexual com ele a gente fez um teste, né?, tipo 'oh...estamos OK, e tudo mais', né? Eu não ficava com outras pessoas e nem ele. Então a gente não se prevenia com a camisinha nem nada. Mas [...] tinha outras formas de prevenção [...]" (P., TrMT, entrevista coletiva).*

> *"Mas [...] até hoje eu* ***só*** *fiz sexo com um cara e faço sexo com o mesmo cara e no caso a gente tem o nosso pacto de honestidade, sempre. E assim [...] não tenho [...] independente que seja sexo ou beijo [...], mas honestidade acima de tudo, em relação a isso. Um pacto, não pela saúde, mas também pela responsabilidade afetiva dos dois. Então no caso [...] esse tipo de coisa nunca passa despercebida. [...] Sabe, então [...], assim [...] a gente fez anos de testes" (L., grupo focal HSH).*

Os relacionamentos estáveis são construídos a partir da confiança e, em geral, neles se estabelecem acordos de fidelidade, o que tende a se tornar dispensável o uso de preservativo entre os casais. Essa ideia é criada através da percepção de que cabe aos promíscuos e com múltiplos parceiros o uso da

camisinha, livrando os monogâmicos do risco de infecção pelo HIV (GELUDA et al. 2006).

De maneira histórica e estigmatizada, o relacionamento entre pessoas homossexuais foi visto através de uma relação com a promiscuidade, a perversão e a crença de que estes se relacionavam sexualmente sem compromisso. O que vemos atualmente são relacionamentos construídos com bases estáveis e de compromisso, cujos discursos reproduzem a interação dos relacionamentos heteronormativos, nos quais o que se almeja é ter uma casa, estabilidade financeira e um cônjuge (PELÚCIO, 2007).

O amor, a estabilidade da relação e o casamento se estruturam sendo vistos como elementos que seriam por si capazes de causar proteção da infecção do HIV. Segundo Guimarães et al. (2019), não se pode deixar de considerar também a crença religiosa, que apoia o casamento como uma forma de proteção, sendo percebido como favorável para a manutenção da monogamia e seus enlaces de confiança.

Dentre os acordos de prevenção que são estabelecidos por casais homoafetivos, Mora (2018) cita que atualmente considera-se imprescindível a realização de testagem do HIV como garantia de que a retirada do preservativo do cenário sexual seja realizada de uma forma segura.

Para Rios et al. (2019), a testagem do HIV é quase uma norma que, apoiada pelas políticas de prevenção, funcionaria como uma garantia de definição de status em relação ao HIV ou estaria ligada a uma comprovação de fidelidade ou a uma maneira de reparar um dano após uma exposição de risco.

Talvez isso se reflita em virtude de que as outras estratégias de prevenção combinada sejam pouco divulgadas, principalmente nos espaços de sociabilidade frequentados por homossexuais, já que o que se percebe é que ainda se limitam a divulgação e distribuição de camisinhas e a oferta de testagem em casos de falha no uso do preservativo (RIOS et al., 2019).

Através das diferentes vertentes apresentadas nesta seção, que explicitam as dimensões que influenciam na gestão de risco sexual dos adolescentes frente à infecção do HIV, é possível entender que a sexualidade é um elemento crucial no desenvolvimento de vida desses indivíduos, sendo importante que seus valores, culturas, determinantes sociais, desigualdades e vulnerabilidades sejam respeitados

e acolhidos de maneira que suas singularidades e especificidades consigam ser alcançadas para um contexto de prevenção.

Para tanto, não podemos desconsiderar o papel significativo e a importância da camisinha ao longo destes anos na prevenção do HIV, mas devemos ter em mente que o discurso através de tons imperativos e as várias influências tornam seu uso inconsistente a partir de diversas oportunidades e situações. Isso demonstra que devemos rever o discurso de prevenção, ofertando possibilidades, ações e estratégias que efetivamente sejam capazes de transformar cada sujeito como protagonista de seus cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se realizar um aprofundamento quanto à compreensão de gestão do risco sexual na prevenção do HIV entre adolescentes. Analisaram-se, através de suas perspectivas, relatos e experiências, as maneiras como contextualizavam práticas de prevenção em suas relações sexuais.

A investigação realizada forneceu elementos que demonstraram que a gestão de risco sexual não somente implica a proteção no sexo em si, mas também diversos componentes que podem afastar ou influenciar sua adoção.

Embora diversas políticas públicas promovidas por esferas como o Ministério da Educação e da Saúde contemplem os adolescentes em relação aos discursos de prevenção do HIV, há uma lacuna que deixa claro que poucas de suas especificidades são abordadas sobre aqueles vistos como diferentes sob o olhar dos padrões de normatividade de determinadas sociedades. Diversos aspectos são observados nessas práticas de orientação e promoção de saúde sexual, dentre eles o olhar da heteronormatividade, que impera em alguns discursos e aconselhamento de profissionais e serviços de saúde, cujo maior foco está em envolver os riscos de gravidez não planejada e de infecções sexualmente transmissíveis, bem como da Aids, mas que não alcança a abordagem para outros grupos de adolescentes com identidade de gênero e orientação sexual que destoam desses padrões. Mesmo que as políticas visem garantir as singularidades da comunidade LGBT adolescente, ainda observamos que as ações executadas não contemplam com êxito as abordagens que essa população necessita, a fim de minimizar as lacunas vivenciadas no contexto de prevenção entre eles.

Ainda que a abordagem da sexualidade e da prevenção de ISTs e do HIV deva ser amplamente realizada nas escolas, visando contemplar um desenvolvimento saudável para os adolescentes conforme as políticas públicas de Saúde e Educação, percebe-se que, entre os discursos apresentados pelas TrMT, isso ocorre de modo pouco efetivo quando relacionado a um público com especificidades que diferem do padrão heteronormativo.

Há dificuldade de entender e acolher o adolescente como sujeito de diferenças, de diversos condicionantes de determinantes sociais, vulnerabilidades e capaz de ter autonomia e discernimento para suas escolhas, para além de outros grupos e populações que comumente são inseridos quando se trata de discussão de prevenção e manejo de saúde.

Isso abarca uma série de dificuldades em abrir espaço para uma política eficiente de prevenção que vise reduzir a incidência de HIV nessa população que, em geral, ao não se sentir reconhecida e identificada com quem possam acolhê-la, tende a ter dificuldades em expor seus problemas.

Preconceitos e julgamentos de ordem moral tendem a permear o atendimento a adolescentes, visto que alguns profissionais de saúde fazem juízo de valor e transmitem orientações limitadas, seja por seu desconhecimento de ações e estratégias para além da camisinha, seja por presumirem uma incapacidade de absorção de outras estratégias de prevenção por parte dos mais jovens, por acreditarem que a adolescência se trata de uma fase de irresponsabilidade e inconsequência.

O discurso dos responsáveis em transmitir conceitos de saúde e prevenção por vezes traz o que acreditam ser ideal a partir de seu próprio ponto de vista do que consideram norma de estilos de vida e de práticas sexuais, diferindo da realidade e indo contra o respeito pela individualidade e direito de escolha estimado pelas estratégias de prevenção combinada.

E, mesmo que com um discurso de imposição do uso de camisinha verbalizado pelos adolescentes neste estudo, não se pode deixar de considerar que as mudanças de hábitos também serão mediadas por seus valores, suas normas e sobre o que vivenciam em seu cotidiano, questões que influenciarão para que o uso de preservativo seja consistente ou não. Como demonstrado em diversas outras pesquisas, há uma lacuna entre os adolescentes reconhecerem a eficácia desse método com a sua utilização em todas as relações.

A partir de tais observações, conclui-se que alguns aspectos devem ser considerados nas políticas públicas e de saúde no que concerne à gestão de risco sexual entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais, se tornando necessário conhecer e reconhecer as necessidades e especificidades desses adolescentes através de suas experiências

pessoais e sexuais, bem como contemplar as dificuldades enfrentadas quanto à gestão de risco sexual em suas relações.

Considerando que as medidas devem ampliar a orientação e promoção de métodos preventivos do HIV, possibilitando que ações e estratégias da prevenção combinada possam alcançar as necessidades individuais dessa população;

Não menos importante deve-se garantir que as ações de prevenção sejam possibilitadas para além dos espaços escolares e institucionais, a fim de alcançar aqueles cujas vulnerabilidades os limitem a esse acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABILIO, A. G. Travestilidade e transexualidade: o reconhecimento jurídico das identidades sociais. **Libertas:** Revista de Pesquisa em Direito, v. 3, n. 1, 2017.

AFRIYIE, J.; ESSILFIE, M. E. Association between risky sexual behaviour and HIV risk perception among in-school adolescents in a municipality in Ghana. **Ghana Medical Journal**, v. 53, n. 1, p. 29-36, 2019.

AGUIAR, A. de; CAMARGO, B. V. Romantic relationships, adolescence and HIV: Love as an element of vulnerability. **Paidéia,** Ribeirão Preto, v. 24, n. 58, p. 165-176, 2014.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Autonomia sexual feminina: o preservativo feminino nas práticas eróticas. **Rev. Saúde Com.**, v. 11, n. 2, p. 123-36, 2015.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 100-111, 2016.

ALENCAR, L. S. de. Sexualidades e Gênero: breve estudo acerca da Homofobia e Heteronormatividade. **MovimentAção**, v. 2, n. 2, p. 01-15, 2015.

ALMEIDA, M. R. C. B. et al. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 263-274, 2007.

ALMEIDA, M. B.; SOARES, A. S. O futebol no banco dos réus: caso da homofobia. **Movimento**, v. 18, n. 1, p. 301-321, 2012.

ALMEIDA, C. B. de; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo?. **Revista Direito GV**, v. 14, n. 2, p. 303-333, 2018.

ALMEIDA, R. G. d. S. et al. Validação para a língua portuguesa da Debriefing Experience Scale. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 705-711, 2016.

ANGELIM, R. C. M. et al. Representações sociais de estudantes de escolas públicas sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 221-229, mar. 2017.

ANDRADE, L. N. de. **Travestis na escola:** assujeitamento ou resistência à ordem normativa. 2012. 278f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

ANTUNES, M. C.; PAIVA, V. S. F. Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1125-1143, dez. 2013.

ARAÚJO, T. M. E. et al. Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 242-247, 2012.

ARRINGTON-SANDERS, R. et al. Older partner selection in young African-American men who have sex with men. **The Journal of Adolescent Health:** official publication of the society for adolescent medicine, v. 52, n. 6, p. 682-688, 2013. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.011

ASSIS, S. G. de; GOMES, R.; PIRES, T. O. Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 43-51, 2014.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

ATALIBA, P.; MOURÃO, L. Avaliação de impacto do Programa Saúde nas Escolas. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 1, p. 27-35, 2018.

AYRES, J. R. de C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva** [S.l: s.n.], 2009.

BARAL, S. D et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect. Dis.**, n. 13, p. 214-22, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70 Ltda., 2011.

BATTISTI, E.; OLIVEIRA, S. G. de. Sexo, gênero e orientação sexual na pesquisa sociolinguística. In: CARVALHO, D.; BRITO, D. **Gênero e Língua(gem):** teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2017.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. **Dossiê:** assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Brasil: ANTRA/IBTE, 2019.

BERTOL, C. E.; SOUZA, M. de. Transgressões e adolescência: individualismo, autonomia e representações identitárias. **Psicologia:** ciência e profissão, v. 30, n. 4, p. 824-839, 2010.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE2, p. 1326-1330, 2009.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, 2009.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.

BORRILLO, D. **Homofobia:** história e crítica de um preconceito. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

BRAGA, I. F. et al. Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1220-1227, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e das DTS entre gays, HSH e travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 226, seç. 1, p. 25, nov. 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde.. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

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. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 135, seç. 1, p. 13563, jul. 1990.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seç.1, p. 2, 6 dez. 2007a.

BRASIL. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde. **Série Prevenção às DST/Aids**, Brasília, 2007d.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Vigilância do HIV no Brasil:** novas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/HIV/AIDS. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da AIDS e outras DSTs**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil:** ano de 2013. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Homens gays e bissexuais**: direitos, saúde e participação social. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira**. 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 Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**: bases programáticas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

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. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de adolescentes:** orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo traça perfil do comportamento em relação ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C em Travestis e Mulheres Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/estudo-traca-perfil-do-comportamento-em-relacao-ao-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-em. Acesso 15/02/2020>.

BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e adolescência. **ver. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 10, n. 2, p. 89-96, 2010.

BRIGEIRO, M. A emergência da assexualidade: notas sobre política sexual, ethos científico e o desinteresse pelo sexo. **Sexualidad, Salud y Sociedad,** Rio de Janeiro, n. 14, p. 253-283, 2013.

BRITO, I. et al . Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência, em função do género. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 16, n. 3, p. 392-410, dez. 2015 .

BRUCE, D. et al. Age-concordant and age-discordant sexual behavior among gay and bisexual male adolescents. **Archives of sexual behavior**, v. 41, n. 2, p. 441-448, 2012.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 689-697, dez. 2012.

CAMARGO, B. V. et al. Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 27, n. 3, p. 343-354, 2010.

CAMPOS, H. M. et al. Saúde sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. **Adolescência e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 26-32, 2016.

CARVALHO, M. E. P.; ANDRADE, F. C. B.; JUNQUEIRA, R. D. **Gênero e diversidade sexual**: um glossário. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2009.

CARVALHO, M. P. de. O conceito de gênero: uma leitura com base nos trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANPEd (1999-2009). **Revista brasileira de Educação**, v. 16, n. 46, p. 99-117, 2011.

CEDARO, J. J. et al. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho – RO**. Psicologia:** Ciência e Profissão, v. 32, n. 2, p. 320, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) et al. Pneumocystis pneumonia: Los Angeles. **MMWR**, v. 30, p. 250-252, 1981.

CHEW, D. et al. Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: a systematic review. **Pediatrics**, v. 141, n. 4, p. e20173742, 2018.

COHEN, S. E. et al. Preparing for HIV pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. **American journal of preventive medicine**, v. 44, n. 1, p. S80-S85, 2013.

COSTA, M. I. F. da et al. Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1595-1601, dez. 2019.

CUNHA, R. B. B.; GOMES, R. Sentidos atribuídos aos cuidados de saúde e à prevenção de DST/Aids em específico por jovens gays. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, n. 26, p. 807-828, 2016.

CYRINO, R. A produção discursiva e normativa em torno do transexualismo: do verdadeiro sexo ao verdadeiro gênero. **Revista Crítica e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 92-108, 2013.

DAYRELL, J. A escola "faz" as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. **Educação & Sociedade**, v. 28, n. 100, p. 1105-1128, 2007.

DIAS, C. A. R. **A família na formação da identidade**: orientações de futuro. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2012.

DOS ANJOS, R. H. D. et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 829-837, 2012.

DOURADO, I. et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00180415, 2016.

EDMUNDO, K. Politicas de prevenção: a prevenção como um direito. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids ABIA, p.17-22, 2018.

FARID, N. D. N. et al. Predictors of sexual risk behaviour among adolescents from welfare institutions in Malaysia: a cross sectional study. **BMC Public Health**, BioMed Central, 2014. p. S9.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180013, 2018.

FISHER, C. B. et al. Facilitators and barriers to participation in PrEP HIV prevention trials involving transgender male and female adolescents and emerging adults. **AIDS Education and Prevention**, v. 29, n. 3, p. 205-217, 2017.

FONSECA, D. C. A adolescência e subjetividade: pressupostos teóricos para uma análise dos sentidos e significados no campo da saúde. **Educação**: teoria e prática, v. 21, n. 36, p. 63-83, 2011.

FONTES, M. B. C. et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, p. 1343-1352, 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1:** a vontade de saber. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FRANCO, N. Transfobia e cotidiano escolar: impactos na relação docente/discente. **Revista de Educação Pública**, v. 27, n. 65/1, p. 469-486, 2018.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005, p. 77.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.

GELUDA, K. et al. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1671-1680, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert. Brasil: Zahar Editores, 1988, v. 4.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, jan. 2003.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos de prevenção na redução do risco sexual para o HIV e seu potencial impacto em larga escala: uma revisão da literatura. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 43-62, 2015.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016

GUTIERREZ, E. B. et al. Fatores associados ao uso de preservativo em jovens – inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190034, 2019.

HIGGINS, D. L. et al. Using formative research to lay the foundation for community level HIV prevention efforts: an example from the AIDS Community Demonstration Projects. **Public health reports**, Washington, D.C., v. 111, p. 28-35, 1996.

HOSEK, S.; PETTIFOR, A. HIV prevention interventions for adolescents. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 16, n. 1, p. 120-128, 2019.

JEOLÁS, L. S. Os jovens e o imaginário da Aids: entre o risco e a prevenção. **Serviço social em revista**, v. 2, n. 2, p. 121-134, 1999.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Bagoas – estudos gays:** gêneros e sexualidades, v. 1, n. 01, 2007.

JUSTO, J. S. O "ficar" na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 17, n. 1, p. 61-77, 2005.

KAUSS, B.S. A implementação da profilaxia pós-exposição na perspectiva dos trabalhadores da linha de frente da saúde. **Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids** ABIA, p 76 – 82 2018

KIMMEL, M. S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. **Horizontes antropológicos**, v. 4, n. 9, p. 103-117, 1998.

KOBLIN, B. A. et al. Post-exposure prophylaxis awareness, knowledge, access and use among three populations in New York City, 2016–17. **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 8, p. 2718-2732, 2018.

LANNES, D. R. C.; 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.

LEITE, G. S.; MURRAY, L.; L, F. O par e o ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/Aids em contextos de prostituição. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 7-25, 2015.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LOGIE, C. H. et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 21385, 2017.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNA, I. T. et al. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Ciencia y Enfermeria**, v. 18, n. 1, p. 43-55, 2012.

MACEDO, E. O. S. de; CONCEIÇÃO, M. I. G. Group actions to promote the adolescents health. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 222-230, 2013.

MACEDO, E. O. S. de; CONCEIÇÃO, M. I. G. Significações sobre adolescência e saúde entre participantes de um grupo educativo de adolescentes. **Psicologia:** ciência e profissão, v. 35, n. 4, p. 1059-1073, 2015.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. da. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00135917, 2018.

MAGNO, L. et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00112718, 2019.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidem.**, v.18, p. 104-119, 2015.

MARINHO, M. B. Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids. **Interface**-**Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 103-110, 2000.

MARTINERIE, L. et al. Assessment and management of gender dysphoria in children and adolescents. **Archives de pediatrie:** organe officiel de la Societe francaise de pediatrie, v. 23, n. 6, p. 668-673, 2016.

MARTINS, R. A.; RIBEIRO, C. F.; CRUZ, L. A. N. Depressão e consumo de álcool em adolescentes: análise da produção no período de outubro de 2008 a março de 2017. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 60, 2019.

MAYER, K. H. et al. Tenofovir DF plus lamivudine or emtricitabine for nonoccupational postexposure prophylaxis (NPEP) in a Boston Community Health Center. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 47, n. 4, p. 494-499, 2008.

MAZZARIELLO, C. C. **Sexualidade e prevenção do HIV-aids entre jovens gays de uma favela de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2017.

MAZZO, A. et al. Implicações do uso de som e imagem na avaliação de debriefing. **REME**: Rev. Min. Enferm, n. 23, p. e-1159, 2019.

MELLO, L.; BRITO, W.; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad. Pagu**, n. 39, p. 403-429, 2012.

MENEGHEL, S. N.; ANDRADE, D. P. Conversas entre mulheres durante o exame citopatológico. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 174-186, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, T. L.; SCHIMANSKI, E. Relações de gênero: algumas considerações conceituais. In: FERREIRA, A. J. **Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade:** perspectivas contemporâneas. Ponta Grossa: Editora UEPG, p. 67-91, 2014.

MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. Fora do sujeito e fora do lugar: reflexões sobre performatividade a partir de uma etnografia entre travestis. **Rev. Gênero**, v. 7, n. 2, 2006.

MONTEIRO, S. Prevenção e Testagem do HIV/Aids na Baixada Fluminense . Contribuição da Pesquisa Social. **Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids** ABIA, p 64-69 , 2018.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e-180410, 2019.

MORA, C.; BRIGEIRO, M.; MONTEIRO, S. A testagem do HIV entre “HSH”: tecnologias de prevenção, moralidade sexual e autovigilância sorológica. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280204, 2018.

MOREIRA, S. A. et al. Percepção de risco como estratégia de convívio comensal com jovens órfãos pelo HIV/AIDS em São Paulo, SP, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p.141-152, 2018.

MOURA, A. D. A. et al. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 545-553, 2010.

MOURA, L. R. et al. Conhecimentos e percepções relacionadas ao HIV/AIDS: uma investigação com adolescentes de Vespasiano–MG. **ver. Med. Minas Gerais**, v. 26, n. supl 8, p. S98-S106, 2016.

NATAL-NETO, F. O.; MACEDO, G. S.; BICALHO, P. P. G. A Criminalização das Identidades Trans na Escola: Efeitos e Resistências no Espaço Escolar. **Psicologia Ensino & Formação**, v. 7, n. 1, p. 78-86, 2016.

NATARELLI, T. R. P. et al. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 664-670, 2015.

NEWCOMB, M. E. et al. The effects of sexual partnership and relationship characteristics on three sexual risk variables in young men who have sex with men. **Archives of sexual behavior**, v. 43, n. 1, p. 61-72, 2014.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 44-57, 2004.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. de. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de Aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-78, 2002.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 45-53, 2008.

PAIVA, A. C. S. Protagonismo erótico, classificações e formas de sociabilidade de gays idosos. **Revista de Ciências Sociais,** v. 44, n. 1, 2013.

PAPALIA, D.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 10 ed. Porto Alegre: McGraw Hil, 2009.

PELÚCIO, L. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. **Cadernos Pagu**, n. 25, p. 217-248, 2005.

PETRY, A. R. Transgender women and the Gender Reassignment Process: subjection experiences, suffering and pleasure in body adaptation. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 70-75, 2015.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. C. M. Uso de camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, dez. 2013.

PINHEIRO, T. F. **Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/Aids**. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2015.

PINTO, T. P. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00113316, 2017.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

PORTINARI, D. B.; WOLFGANG, S. M. B. M. Imagens e marcas: um imaginário ligado à epidemia de HIV-Aids no Brasil. **ALCEU** [Internet], v. 34, n. 17, p. 45-60, 2017.

Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, 2006.

PROCÓPIO, E. V. P. et al. Adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV por adolescentes vítimas de violência sexual: revisão integrativa. **Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-62, 2014.

RAVASI, G. et al. Towards a fair consideration of PrEP as part of combination HIV prevention in Latin America. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, p. 21113, 2016.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.7, n. 3, p. 405-418, 2007.

RIOS, L. F. Homossexualidade, juventude e vulnerabilidade ao HIV/Aids no Candomblé fluminense. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1051-1066, 2013.

RIOS, L. F. et al. O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 65-89, 2019.

ROCHA, R. M. G.; PEREIRA, D. L.; DIAS, T. M. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 554-565, 2013.

ROMANELLI, G. Sociabilidade grupal entre jovens de camadas populares: subjetividade e gênero. **Revista da SPAGESP**, v. 9, n. 2, p. 45-49, 2008.

RYAN, C. et al. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bissexual young adults. **Pediatrics**, v. 123, n. 1, jan. 2009.

SAADEHII, A. et al. AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. Instituto de Saúde. **Boletim**, v. 19, n. 2, p. 86-103, 2018.

SAMPAIO, J. et al. Gênero, sexualidade e práticas de prevenção das DST/Aids: produções discursivas de profissionais da saúde da família e de adolescentes do Vale do São Francisco. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 173-187, fev. 2010.

SANCHEZ, Z. M. et al. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. **Clinics**, São Paulo, Brasil, v. 68, n. 4, p. 489-94, 2013. doi:10.6061/clinics/2013(04)09

SARAIVA, K. Educando para viver sem riscos. **Educação**, v.36, n. 2, p. 168-179, 2013.

SAYAGO, C. B. et al. Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. **Aletheia**, n. 42, p. 164-174, 2013.

SCANDURRA, C. et al. Health of non-binary and genderqueer people: a systematic review. **Frontiers in psychology**, v. 10, 2019.

SCHECHTER, M. Profilaxia pré e pós-exposição: o uso de drogas antirretrovirais para a prevenção da transmissão sexual da infecção pelo HIV. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 2, n. 4, p. 112-117, 2016.

SCOTT-SHELDON, L. A. J. et al. Condoms+ pleasure= safer sex? A missing addend in the safer sex message. **AIDS care**, v. 18, n. 7, p. 750-754, 2006.

SHAVER, J. et al. Gay and bisexual men's perceptions of HIV risk in various relationships. **American journal of men's health,** v. 12, n. 4, p. 655-665, 2018. doi:10.1177/1557988317745759

SHORT, S. E et al. Sex, gender, genetics, and health. **American journal of public health,** v. 103, n. 1, p. S93-101, 2013. doi:10.2105/AJPH.2013.301229

SIDEBOTTOM, D. et al. A systematic review of adherence to oral pre-exposure prophylaxis for HIV: how can we improve uptake and adherence?. **BMC infectious diseases,** v. 18, n. 1, p. 581, nov. 2018. doi:10.1186/s12879-018-3463-4

SILVA, C. E. et al. Discussing sexuality/STI in the school context: public school teacher's practices. **Journal of Nursing UFPE**, v. 10, 2016.

SIMÕES, J. A. Generations, changes and continuities in the social experience of male homosexuality and the HIV-AIDS epidemic. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 313-339, 2018.

SIMÕES, J. A. et al. Desejo, hierarquia e agência: juventude, homossexualidade e marcadores de diferença em São Paulo. **Pesquisa sobre sexualidade e política social**, v. 7, n. 4, p. 252-269, 2010.

SOFAL, A. M. S. et al. Trajetórias de vida de travestis e transexuais de Belo Horizonte: ser “T” e “Estar Prostituta”. **Serviço Social em Revista**, v. 21, n. 2, p. 375-396, 2019.

SOLL, B. M. et al. Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 40, n. 2, p. 174-180, 2018.

SOUSA, P. J. de et al. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2239-2251, 2013.

STAHLMAN, S. et al. Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, p. 20774, 2016.

STEPHENSON, R. et al. HIV testing behaviors and perceptions of risk of HIV infection among MSM with main partners." **AIDS and behavior**, v. 19, n. 3, p. 553-60, 2015. doi:10.1007/s10461-014-0862-4

STOP TRANS PATHOLOGIZATION. **Rede Internacional pela despatologização Trans.** Manifesto, 2012.

TERTO JR., V. Different preventions methods lead to different choices? Questions on HIV/AIDS prevention for men who have sex with men and other vulnerable populations. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 156-168, 2015.

TERTO JR., V. **A aids é um problema de todos**. Entrevista especial. Instituto Humanitas Unisinos, 2017. Disponivel em: <http://www.ihu.unisinos.br/564732-a-aids-e-um-problema-de-todos>. Acesso em 25 mar. 2020.

TOLEDO, M. M. et al. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011.

TRANSGENDER EUROPE. Transrespect versus transphobia worldwide: trans murder monitoring 2018. **TvT Research Project**, 2016.

UNAIDS. **90-90-90:** uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia da aids. Genebra: UNAIDS, 2014.

UNICEF. **Viva melhor sabendo jovem**: estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids entre os adolescentes e jovens. Brasília: UNICEF, 2017.

VALIM, E. M. A. et al. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 44-49, 2015.

VIANNA, C.; AMARAL, L.. Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença. **Una-sus| Unifesp**, 2012.

VIEIRA, I. S. et al. Fatores associados a experimentação do álcool entre adolescentes escolares. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 414-423, ago. 2019.

WONG, V. J. et al. Adolescents, young people, and the 90–90–90 goals: a call to improve HIV testing and linkage to treatment. **AIDS,** London, England, v. 31, n. 3, p. S191, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV testing services: WHO recommends HIV self-testing. **Policy Brief**, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young people's health – a challenge for society**: report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731. Genebra: WHO, 1986.

ZANONI, B. C; KENNETH, H. M. The adolescent and young adult HIV cascade of care in the United States: exaggerated health disparities. **AIDS patient care and STDs,** v. 28, n. 3, p. 128-35, 2014. doi:10.1089/apc.2013.034

ZUCCHI, E. M. et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar uma profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV a pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00206617, 2018.

ANEXO 1 – TERMO DE ASSENTIMENTO

A ser aplicado a adolescentes com menos de 18 anos que frequentam locais de encontro, de sociabilidade e unidades de saúde.

Componentes 1- Pesquisa Formativa e 2-Estratégiasde captação e vinculação às estratégias de prevenção combinada desenvolvidas no projeto

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

Esta pesquisa será realizada de acordo com as diretrizes éticas em Pesquisa com Seres Humanos brasileiras emanadas da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS)e/CONEP

Pesquisadores responsáveis:
Alexandre Grangeiro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Dirceu Greco, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Inês Dourado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil
Financiamento e apoio: Ministério da Saúde do Brasil e UNITAID

Nome:_____
Data de Nascimento:__/__/____

Estamos convidando você a participar de pesquisa que vai avaliar a efetividade de uma nova estratégia de prevenção contra a infecção pelo HIV, chamada profilaxia pré-exposição, que vamos referir por chamaremos a partir de agora de **PrEP**. Este Termo de Assentimento pode conter palavras que você não entende. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente. Antes de decidir se deseja participar deste estudo, queremos que saiba mais do que se trata. Você deverá assinar este formulário apenas se concordar e mesmo que o assine, poderá desistir de participar da pesquisa no momento que quiser.

O QUE É A PrEP? Trata-se da profilaxia pré-exposição sexual, que implica no uso diário de um comprimido que junta contém dois medicamentos, sendo eles: tenofovir e emtricitabina. Trata-se de medicamentos conhecidos como antirretrovirais, utilizados no tratamento de pessoas com HIV, mas que, nesse estudo, serão usados por pessoas não infectadas como forma de prevenir a infecção pelo HIV.

QUAIS OS MÉTODOS PREVENTIVOS ALTERNATIVOS EXISTENTES? Para prevenção do HIV existem outros métodos preventivos, como o uso de preservativo em todas as relações sexuais e o uso de profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV (que é o uso de antirretrovirais por 28 dias,iniciado em até 72 horas após uma exposição de risco).

O QUE ESTA PESQUISA PRETENDE ESTUDAR? O presente estudo pretende avaliar a efetividade da PrEP em adolescentes homens que fazem sexo com homens e adolescentes mulheres transgênero, de 15 a 19 anos, por um período de 3 anos, de 2018 à 2020, em três cidades brasileiras: Belo Horizonte, Salvador e São Paulo; e se os medicamentos de fato protegem contra o HIV, ou seja, se todas as pessoas que tomaram corretamente o medicamento não se infetam por HIV.

POR QUE ESSA PESQUISA ESTÁ SENDO PROPOSTA? Estudos realizados em diferentes regiões do mundo e com diferentes populações mostraram que a PrEP foi capaz de prevenir o HIV em adultos que utilizaram o medicamento de forma correta. Mas como ainda não há ainda estudos suficientes realizados entre adolescentes e adultos jovens, como você, está é a razão principal para que você esteja sendo convidado a participar.

O QUE EU DEVO FAZER SE EU CONCORDAR EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO? Caso aceite participar, você será entrevistado(a) individualmente e/ou participará de grupos de discussão. As entrevistas serão conduzidas por um pesquisador do projeto em local com privacidade e terão seu áudio gravado. Elas durarão em torno de 40 minutos, mas excepcionalmente poderão exceder uma hora. Nas entrevistas conversaremos sobre assuntos relacionados a: práticas e orientação sexual, escolha de métodos preventivos, frequência a locais de sociabilidade, uso de

álcool e drogas, acesso a redes sociais e aplicativos para paquera ou encontros (tinder e outros), uso de serviços de saúde e situações de violência, assédio e discriminação. Os grupos de discussão serão realizados em local com privacidade e compostos por até 8 participantes, com duração de aproximadamente uma hora. Estes serão conduzidos por pelo menos dois pesquisadores do projeto. Os grupos focais procuram identificar opiniões, percepções e ideias dos participantes sobre um determinado assunto. Assuntos como, por exemplo, as melhores estratégias para alcançar adolescentes e ofertar métodos e estratégias de prevenção serão abordados; o modo como serviços de saúde, o Projeto e profissionais de saúde podem lidar com situações de violência e preconceito associados à orientação sexual e gênero; ou como lidar adequadamente com a saúde daqueles que estão em contextos de maior marginalização social.

Você poderá ser convidado(a) a participar de até cinco entrevistas e cinco grupos de discussão nas situações descritas a seguir:

(1) Pesquisa formativa: a pesquisa formativa é uma atividade utilizada para mapear contextos de sociabilidade da população-alvo (HSH e TrMT), fornecendo conhecimentos sobre a população de estudo, os locais de sociabilidade de adolescentes HSH e TrMT e aspectos relacionados à vulnerabilidade ao HIV. Esse conhecimento será também utilizado no planejamento dos demais componentes do estudo, notadamente o delineamento das estratégias de captação, a organização dos serviços de PrEP e prevenção do HIV; e o aperfeiçoamento do trabalho de campo e coleta de dados.

(2) Estratégias de prevenção combinada: serão analisadas diferentes ações desenvolvidas no projeto para identificar e vincular adolescentes com maior exposição ao HIV como, por exemplo, intervenções comunitárias (intervenções entre pares; informação e testagem em locais de sociabilidade; informação e testagem em ONG), por redes sociais; e por rede de saúde, escolas e usuários de PrEP.

(3) Efetividade da PrEP: pretende compreender os efeitos do uso da PrEP no cotidiano, bem como a adesão ao uso do medicamento e aos serviços que oferecem a PrEP.

QUAIS OS RISCOS/DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO? É possível que você se sinta desconfortável ou envergonhado(a) em decorrência de uma pergunta durante e entrevista ou no grupo de discussão. Tais questões abordarão temas como sexualidade, uso de drogas ou violência sexual. Esses assuntos podem deixa-lo(a) pensativo(a) ou desconfortável, mesmo depois de terminada a entrevista ou grupo de discussão. Se isso ocorrer, você pode pedir para retirar sua participação ou para receber qualquer assistência do pesquisador ou de algum serviço especializado. Você pode fazer essas solicitações mesmo depois de terminada a entrevista ou os grupos de discussão. Você tem a garantia de indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

Benefícios: Sua participação não lhe trará benefícios diretos. Esperamos que, ao conhecer melhor sobre o cotidiano e os locais de frequência dos adolescentes que pretendemos recrutar, possamos atingir os objetivos do estudo, tais como acessar e recrutar adolescentes em risco de infecção por HIV, testar o uso da PrEP com pessoas nessa faixa etária, e sua efetividade como parte de uma estratégia de prevenção combinada.

QUANTO TEMPO TEREI QUE FICAR NO ESTUDO? Todo o estudo tem um tempo previsto de até 30 meses, mas sua participação se dará pelo tempo necessário para realizar as entrevistas.

O QUE PODE OCORRER SE EU NÃO CONCORDAR EM PARTICIPAR? Sua participação é voluntária. Você pode decidir não participar deste estudo ou se decidir participar, poderá desistir a qualquer momento 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 que trabalham neste estudo. Os resultados deverão ser publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos médicos, mas seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não será revelado em qualquer publicação ou apresentação científica resultante da informação recolhida neste estudo.

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 para sua participação neste estudo, 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, assim como qualquer descoberta científica de importância que resultar do estudo lhe será transmitida por um membro da equipe. Você receberá uma 2º via deste Termo de Assentimento.

O QUE DEVO FAZER SE TIVER PROBLEMAS OU DÚVIDAS? Nós responderemos a qualquer questão relativa ao estudo, agora ou em qualquer momento que for necessário. 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 2ºandar - 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 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo, telefone (11) 3893-4401. Também para dúvidas ou denuncia 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 formulário de consentimento (ou alguém leu e o explicou para mim), recebi uma 2º via deste

Termo, 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 caso haja necessidade:

pelo telefone – não ( ) sim ( )

e-mail – não ( ) sim ( )

correio – não ( ) sim ( )

pessoalmente. – não ( ) sim ( )

_____ _____Data: ___/___/___

Nome do Participante Assinatura do Participante

_____ _____Data: ___/___/___

Nome da Testemunha (se aplicável) Assinatura da Testemunha

ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Roteiro norteador para entrevistas semiestruturadas da pesquisa formativa com os informantes-chave adolescentes.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Data: ____/____/____ **Nome social: _____Idade: _____** **O que faz (trabalho/profissão, estudos)?_____** **Onde mora?_____ Com quem mora?_____** **Você estuda atualmente? Em qual série estuda/parou de estudar? _____** **Podemos entrar em contato posteriormente? ( ) Sim ( ) Não** **Se sim, qual o número do seu WhatsApp? _____** **Como posso achar seu perfil do Facebook? _____** **Aceita gravar a entrevista? ( ) Sim ( ) Não**
Nome do entrevistador:_____ **Sítio: ( ) Belo Horizonte ( ) Salvador ( ) São Paulo**

Instruções para o entrevistador:

- Neste momento, será importante que a(o) interlocutora(o) possa relatar suas interações cotidianas e sua história relativa aos tópicos que aparecem abaixo. Será importante que a entrevista/conversa seja gravada.
- Conduza a entrevista de acordo com o roteiro ~~de entrevista~~. Uma boa entrevista é conduzida como uma conversação e não com perguntas e respostas secas (sim/não, etc.). A ordem das perguntas não importa, pode ampliar para clarificar seu objetivo. Para cada, pergunte se tem mais algo que ele gostaria de dizer. Além de gravar, anote as coisas principais ditas pelo respondente.
- Neste caso, a(o) interlocutora(o) deve assinar (com seu nome de registro ou nome social) o *termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)*, caso haja autorização para a gravação e utilização dos relatos. Se a interlocutora não souber assinar (ou não quiser), após a explicação sobre objetivos da pesquisa (nova etapa) pelo(a) pesquisador(a), ela deve autorizar verbalmente e a autorização deve ser gravada. É importante destacar que o anonimato ficará garantido.
- Cheque todo o equipamento necessário para a entrevista: gravador ou smartphone, pilhas, recarregador de pilhas, cadernos de anotações e canetas.
- Escolha um lugar tranquilo e livre de interrupções para realizar a entrevista e que garanta privacidade ao entrevistado.
- Ao gravar sua fala ou a do entrevistado, posicione o gravador ou smartphone, fale alto suficiente para que as questões possam ser ouvidas e, principalmente, as respostas.
- Grave o ID da entrevista, data e hora e local (município);
- No final da entrevista, diga “Este é o fim da entrevista com o nome do entrevistado às _____horas”;
- Identifique todo o material de pesquisa: os arquivos digitais, o questionário sociodemográfico, o TCLE e as anotações referentes à entrevista com o mesmo número identificador. O seguinte código de identificação será utilizado:
    - Entrevista individual (En);
    - Para o Local: BH (Belo Horizonte), SSA (Salvador) e SP (São Paulo);
    - Para a população: HSH (homens que fazem sexo com homens), TR (travesti) e TS (mulher transexual);
    - Inclua o prefixo de alguma característica identificadora do informante (idade, baixa ou alta renda, etc.);
    - Etiquete todo o material impresso e os arquivos de áudio com o número identificador criado: Ex.: EnSSAHSH01.
    - Não se esqueça de salvar o arquivo de áudio no computador e enviá-lo para as nuvens.

INFORME: a partir dessa entrevista, outros encontros/interações poderão ocorrer para complementar alguma informação ou mesmo para enriquecer as narrativas (biografias) referentes aos tópicos ou blocos destacados em cada conversa. Autoriza? () Sim () Não

Roteiro de entrevista semiestruturada para informantes-chave adolescentes	
TÓPICOS	AO PESQUISADOR/A
Aquecimento **1 Você poderia falar um pouco sobre como é seu dia a dia, sua convivência com família, amigos, na escola, no trabalho?** **2 Você pode contar um pouco sobre sua experiência no trabalho, estudo, amigos, família etc.?**	Pergunta inicial para mobilizar a entrevista (disparadora da conversa – narrativa). Peça à (ao) interlocutora (o) para **contar um pouco sobre sua experiência no trabalho, estudo, amigos.** Deixe que ela inicie ou conte livremente sua história a partir de qualquer ponto ou momento de sua vida (o que julgar importante). Pedir para **se descrever livremente.** Deixe que ele/ela explore todos os aspectos que julgar importantes.
Mapeamento dos espaços de sociabilidade **3 Você poderia descrever os espaços nesta cidade onde você se encontra com amigos/colegas/conhecidos que são adolescentes gays e/ou adolescentes travestis e mulheres transexuais?** **4 Poderia descrever também os espaços nesta cidade onde você encontra parceiros sexuais?** **Você poderia descrever os espaços virtuais (internet, aplicativos etc.) que vocês utilizam em seu dia a dia? Qual o objetivo do uso destes espaços virtuais? Você encontra parceiros sexuais utilizando esses espaços?**	O objetivo deste tópico é Explorar onde estão os adolescentes e em quais locais/situações são estabelecidas interações afetivo-sexuais. Explorar com quem costuma ir para a balada (sozinho, em turma, etc.), onde se divertem, paqueram, lugares específicos de "pegação". Explorar uso de redes sociais com frequência, dispositivos (PC, smartphone, tablete), apps de paquera.
Identidade/expressão de gênero, orientação sexual e sexualidade **Introdução: Agora vamos conversar sobre sua orientação sexual, com quem você transa ou sente atração** **5 Como você se revela no seu cotidiano com seus amigos (como gay, viado, travesti, transexual, trans etc.)?** **6 Você se sente atraído mais por homens ou mulheres?**	• Explorar categorias identitárias. • Lembrar que temos uma diversidade de categorias (Gay, Homossexual, Bissexual, Bofe, Heterossexual, HSH (homem que faz sexo com homens), Entendido, Viado, Bicha, Urso, Mulher, Goy etc.) e que muitas pessoas não se identificam com nenhuma delas.

7 As pessoas sabem da sua orientação sexual? Quem sabe? Se não sabem, por que não revelou?	• Lembrar que a identidade de gênero nem sempre determina o desejo sexual.
Vulnerabilidade ao HIV e situações de violência e discriminação **8 Como você se protege de HIV ou IST em suas relações sexuais?** **9 Você costuma utilizar álcool ou drogas ilícitas em situação de paquera e/ou transa? Se sim, isso interfere na sua maneira de se prevenir do HIV?** **10 Você acha que você pode pegar Aids? Por quê?** **11 Você já passou por situações de ameaças, brigas 'pesadas' etc. nos seus relacionamentos ou com 'ficantes'?** **12 Você se sente discriminado no cotidiano? Por quê? Pela sua cor de pele? Pela sua orientação sexual? Pela sua expressão/identidade de gênero? Pela sua classe social? Você acha que isso interfere de alguma forma no modo como você se relaciona com parceiro/a e/ou se protege do HIV?**	• Explorar escolha e uso dos métodos preventivos; • Explorar a presença de situações de violência nos relacionamentos afetivo-sexuais.
Conhecimento e motivação para uso de PrEP e de autoteste **13 Antes deste estudo, você já tinha ouvido falar do uso diário da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para prevenir infecção pelo vírus da Aids? Se sim, o que ouviu falar?** ***EXPLICAR O QUE É PREP:*** **A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) é uma estratégia de prevenção do HIV e trata-se do uso de um comprimido de antirretroviral (remédios para tratar pessoas com HIV/AIDS) por indivíduos não infectados pelo HIV, mas que possuem práticas sexuais**	• Explorar percepções, conhecimento e motivação relacionados à PrEP. • Explorar conhecimento e percepção sobre autoteste.

arriscadas (como o sexo sem camisinha). Ela previne a infecção pelo HIV se tomada direitinho todos os dias. Se não tomar todos os dias, a pessoa pode ser infectada pelo vírus.	
14 Se você precisar de mais informações sobre PrEP, onde ou com quem você buscaria mais informações?	
15 De acordo com o que você já sabe sobre PrEP, você teria interesse em tomar um remédio diariamente para prevenir uma infecção pelo HIV? **a. Se sim, por quê?** **b. Se não, qual o motivo?**	
16 O uso de PrEP diminuiria seu medo de ser infectado pelo HIV?	
17 Os efeitos colaterais são leves e passageiros depois de uma semana de uso, como enjoo, dor de barriga, vômito, tontura e dor de cabeça. Você teria medo dos efeitos adversos?	
18 Algumas pessoas acreditam que as pessoas que tomam PrEP poderiam parar de usar camisinha e teriam mais parceiros por acreditar que não têm mais risco de infecção pelo HIV. O que você acha disso?	
19 Se fôssemos fazer anúncios sobre a PrEP e sobre exames para HIV/ISTs, como e onde você acha que deveríamos anunciar? Que tipo de mensagem deveríamos utilizar para melhor atingir o público jovem?	
20 Você teria medo de tomar PrEP por medo de que as pessoas achem que você possui HIV? Por quê?	
21 Você teria medo de tomar PrEP por poder ser considerado promíscuo? Por quê?	
22 Você já ouviu falar de autoteste? **Explicar diferença entre punção digital e fluido oral.**	

23 Você acha que o autoteste poderia te ajudar na forma como você e/ou seus parceiros se protegem do HIV? **24 Qual seria a melhor forma de ter acesso ao autoteste?**	
Aceitabilidade do desenho do estudo e planejamento das estratégias de recrutamento **25 Vamos realizar nesta cidade um estudo que vai disponibilizar PrEP para adolescentes de 15 a 19 anos em alto risco de infecção por HIV. Vamos acompanhá-los por três anos, de três em três meses para garantir que a PrEP está sendo efetiva. O que você acha? Você participaria? Por quê?** **26. Gostaria de saber sua opinião sobre como poderíamos trabalhar com as seguintes estratégias de recrutamento para o nosso estudo:** • **Intervenções entre pares**: adolescentes, capacitados para o desenvolvimento de ações preventivas junto a grupos de adolescentes e em espaços de sociabilidade; • **Captação por oferta de informação, insumos de prevenção e testagem em locais de sociabilidade**: intervenções semanais, realizadas por profissionais de saúde e leigos treinados, em locais públicos; nestes locais, será oferecido aos adolescentes de 15 a 19 anos a testagem rápida para o diagnóstico da infecção pelo HIV, triagem para sífilis e hepatites B e C; insumos de prevenção, como preservativo e gel lubrificante; encaminhamento para os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV e IST; • **Aconselhamento e testagem em ONG**: profissionais de saúde e leigos treinados, que disponibilizarão aconselhamento e testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites em ONG (ou outras instituições definidas localmente); • **Intervenções nas redes sociais**: aquelas realizadas diretamente pelo projeto com a população de estudo, por meio de página web, Facebook, WhatsApp, outras redes sociais e aplicativos.	

• **Captação por rede de saúde, escolas e usuários de PrEP:** profissionais de saúde ou leigos treinados, que realizam atividades educativas e informativas diretamente para os adolescentes; serão envolvidas nessa rede de referência/contrarreferência serviços de saúde, escolas e outras instituições governamentais e não governamentais. **27. Você gostaria de acrescentar outra estratégia?**	

ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA DE ENTREVISTA COLETIVA E GRUPO FOCAL

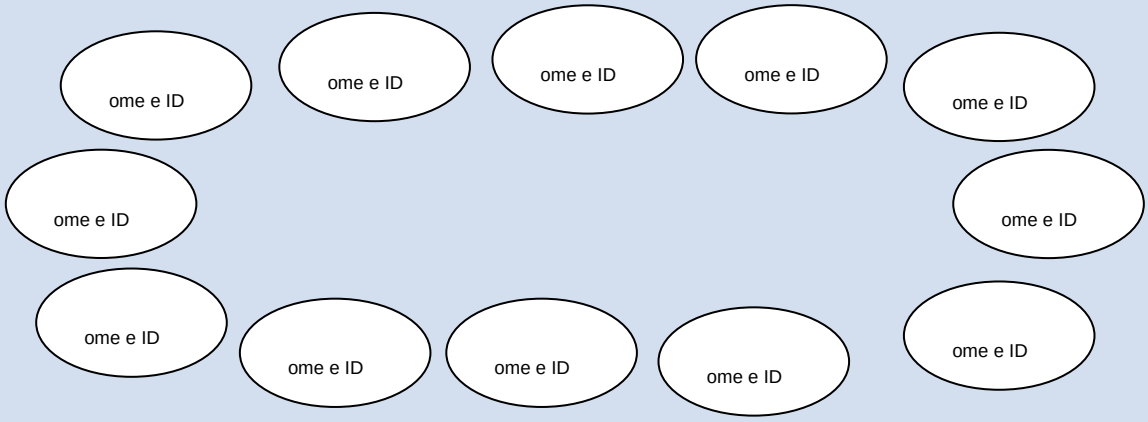
Roteiro norteador para os grupos focais da pesquisa formativa com os informantes-chave adolescentes.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

Município: _____
Endereço do local do grupo: _____
Tipo de local (sala, ONG, clínica, etc.): _____
Número do grupo: _____
Descrição breve do grupo (quem são, idades, nível educacional):_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Hora de início do grupo: _ _:_ _ Hora de término do grupo: _ _:_ _
Moderador: _____Observador (relator): _____
Identificação da disposição dos participantes no grupo:



[Identifique cada posição com um número ou letra dos participantes no grupo, incluindo a posição do moderador e observador. Utilize esse desenho para identificar as falas dos participantes].

Observações:
_____
_____
_____
_____
_____

_____

Sítio: ( ) Belo Horizonte ( ) Salvador ( ) São Paulo

Instruções para o entrevistador:

Antes de iniciar o GF:

- Descreva claramente os objetivos e os passos do grupo, ou seja, que antes de iniciá-lo será lido o TCLE cuja autorização para a participação no grupo e a gravação do mesmo será solicitada e um formulário com informações sociodemográficas aplicado;
- Teste o gravador: Clique no botão "Rec/Pause" para iniciar a gravação-teste;
- Após esclarecer eventuais dúvidas, pergunte ao participante se ele aceita participar e se ele aceita que sua fala seja gravada. Assine e date o TCLE certificando que o consentimento verbal do respectivo participante foi dado a você;
- Decida com os participantes do GF como eles querem ser identificados durante o GF, que não com seus reais nomes, e peça que usem etiquetas com esse código de identificação;
- O observador (anotador) deverá identificar a disposição dos participantes e respectivos códigos de identificação no formulário de identificação do grupo focal;

Durante o GF:

- Grave a data e hora e local (município);
- Apresentação do moderador e observador (anotador) e seus papéis aos participantes;
- Conduza o grupo de acordo com o roteiro de entrevista. Assegure que não use formato de pergunta/resposta simples, mas sim, você deve promover uma discussão entre eles.
- Fale claramente e não muito rápido – o respondente, provavelmente, fará o mesmo;
- Peça ao respondente que fale alto se sua voz começar a suavizar;
- Não faça barulho com papéis, copos ou objetos perto do microfone;
- Monitore (discretamente) o gravador para confirmar a gravação;
- No final do GF, diga "Término do grupo focal às _____horas";

Após o GF:

- Agradeça novamente a participação de todos e faça o ressarcimento dos participantes;
- Identifique todo o material de pesquisa: os arquivos digitais, os questionários sociodemográficos, os TCLE e as anotações referentes ao GF com o mesmo número identificador. O seguinte código de identificação será utilizado:
- Grupo focal (GF);
- Para o local: BH (Belo Horizonte), SSA (Salvador) e SP (São Paulo);
- Para a população: HSH (homens que fazem sexo com homens), TR (travesti) e TS (mulher transexual);
- Etiquete todo o material impresso e os arquivos de áudio com o número identificador criado: Ex.: GFSSAHSH01 etc.
- Não se esqueça de salvar o arquivo de áudio no computador e enviá-lo para as nuvens.

INFORME: a partir desse grupo focal, outros encontros/interações poderão ocorrer para complementar alguma informação ou mesmo para enriquecer as narrativas (biografias) referentes aos tópicos ou blocos destacados em cada conversa. Autoriza? () Sim () Não

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Data: _____/_____/_____ Nome social: _____ Idade: _____ Sexo de nascimento: _____ Raça/cor (IBGE): Branco ( ); Preto ( ); Pardo ( ); Amarelo ( ); Indígena ( ) Onde mora? _____ Com quem mora? _____ O que faz (trabalho/profissão, estudos)? _____ Você estuda atualmente? Em qual série estuda/parou de estudar? _____ Podemos entrar em contato posteriormente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual o número do seu Whatsapp? _____ Como posso achar seu perfil do Instagram/Facebook? _____ Aceita gravar a entrevista? ( ) Sim ( ) Não
Nome do(a) entrevistador(a): _____ Sítio: ( ) Belo Horizonte ( ) Salvador ( ) São Paulo

ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

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

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:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_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

Ausência	TCLE_24_10_18.pdf	29/10/2018 17:37:21	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Min_Pub_Instauracao_Processo_Acompanhamento.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_06Ago2018.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_SVS_MS_COFINANCIAMENTO.pdf	14/05/2018 19:23:28	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_participacao_ISC_UFBA_Projeto_PrEP_Adolescente.pdf	14/05/2018 19:22:47	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_SMS_SP.pdf	14/05/2018 19:21:56	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_UFMG_PrEP_15_19.pdf	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.pdf	14/05/2018 17:47:13	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito

Outros	ficha_PrEP_01_Cadastro_Paciente_PrEP.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

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador(a))