

## O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia

HIV/AIDS diagnosis in heterosexual men: still a surprise after more than 30 years of the epidemic

El diagnóstico del VIH/SIDA en hombres heterossexuales: se mantiene la sorpresa incluso tras más de 30 años de epidemia

Daniela Riva Knauth <sup>1</sup>  
Bruna Hentges <sup>1</sup>  
Juliana Lopes de Macedo <sup>2</sup>  
Flavia Bulegon Pilecco <sup>3</sup>  
Luciana Barcellos Teixeira <sup>1,4</sup>  
Andréa Fachel Leal <sup>5</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00170118

### Resumo

Os homens são o principal grupo afetado pela infecção do HIV no Brasil, com tendência de crescimento nos últimos dez anos. Nos dados oficiais, os homens heterossexuais representam 49% dos casos, os homossexuais 38% e os bissexuais 9,1%. Os homens heterossexuais ficaram subsumidos na categoria de “população geral”, não recebendo destaque em políticas ou ações de prevenção. O presente artigo se propõe a analisar as circunstâncias e estratégias por meio das quais os homens heterossexuais descobrem o diagnóstico do HIV. Busca-se, assim, compreender os caminhos percorridos, bem como os atores sociais envolvidos no diagnóstico de HIV/aids. Os dados analisados resultam de uma pesquisa qualitativa na qual foram entrevistados 36 homens vivendo com HIV/aids que não se identificam como homossexuais e/ou bissexuais. Esses homens foram contatados em três serviços especializados em aids de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados indicam que eles se consideram imunes ao HIV, sendo o diagnóstico um evento inesperado. As mulheres (parceiras afetivo-sexuais e/ou ex-parceiras) são peças fundamentais para o diagnóstico masculino, pois revelam, seja pelo pré-natal, seja pelo adoecimento, a presença do HIV. Uma parcela importante dos homens se descobre soropositivo por ocasião de alguma doença, como a tuberculose, ou após várias idas e vindas dos serviços de saúde. A busca pela testagem de forma espontânea só acontece mediante a identificação de situações e sinais associados a uma possível contaminação. Os homens heterossexuais possuem poucas oportunidades de diagnóstico do HIV e, para além do gênero, são sujeitos à vulnerabilidade programática.

*Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Masculinidade; Heterossexualidade*

### Correspondência

D. R. Knauth  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Rua Ramiro Barcelos 2400, Porto Alegre, RS 90040-341, Brasil.  
daniela.knauth@ufrgs.br

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>4</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

<sup>5</sup> Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.



## Introdução

A quarta década da epidemia de aids no Brasil tem evidenciado que os homens estão no principal grupo afetado pela infecção. De acordo com o *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS* de 2018, eles representam 65,5% dos casos de aids registrados de 1980 a junho de 2018. Há uma tendência recente de crescimento nas taxas de detecção de novos casos de aids entre homens, que passaram de 24,8 casos/100 mil habitantes em 2007 para 26,0 casos/100 mil habitantes, em 2017, enquanto verifica-se um declínio de 30% nos últimos 10 anos nas taxas de detecção entre mulheres <sup>1</sup>.

Em relação às categorias de exposição, os homens heterossexuais representam 49% dos casos, os homossexuais 38% e os bissexuais 9,1%. Estudos com populações específicas, como a de homens que fazem sexo com homens (HSH), indicam uma alta prevalência de HIV neste grupo. Uma pesquisa nacional realizada em 2016, em 12 capitais brasileiras, estimou uma prevalência de HIV de 18,4% entre HSH <sup>2</sup>. Em pesquisa semelhante conduzida em 2009 a prevalência era de 12,1%, o que indica um aumento da infecção nos HSH nos últimos anos <sup>3</sup>.

Há, no entanto, importantes diferenças regionais na apresentação da epidemia. Na Região Sul, no ano de 2018, entre os homens com mais de 13 anos vivendo com HIV/aids, observa-se o predomínio da exposição pela via de relação heterossexual, correspondendo a 58,4% dos casos; já a via homossexual corresponde a 31,5% e a bissexual 6,5% <sup>1</sup>.

Historicamente na epidemia da aids, os chamados grupos de risco incluíam homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. O foco nos usuários de drogas injetáveis em função da transmissão via sanguínea do HIV produziu um certo esvaziamento da categoria e das estratégias de prevenção utilizadas, como a troca de seringas, visto o crescimento do uso de drogas não injetáveis, como o *crack* <sup>4</sup>. Por outro lado, face ao estigma que a categoria grupo de risco produziu, passou-se a usar o conceito de comportamento de risco, destacando práticas e não identidades. É nesse contexto que se dissemina a categoria de homens que fazem sexo com homens, a fim de incluir homens que não se identificam na categoria homossexual, mas que se expõem ao HIV por meio de práticas sexuais com outros homens. Essas mudanças nas categorias, no entanto, não implicaram mudanças efetivas nas políticas e no imaginário social, que ainda operam, em grande parte dos casos, com a ideia de grupo de risco <sup>5</sup>.

Assim, por não serem percebidos como grupo com risco para a infecção pelo HIV, os homens heterossexuais ficaram subsumidos na categoria de “população geral” nas análises de vigilância epidemiológica, não recebendo destaque em políticas ou ações de prevenção. As mulheres, diferentemente, foram contempladas no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, em 2007 <sup>3</sup>, e a população LGBTI+, no Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis, também em 2007 <sup>4</sup>. Ainda que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009, apresente a prevenção do HIV/aids como um de seus objetivos, este está inserido num eixo temático mais amplo, de saúde sexual e reprodutiva, e, na prática, este é bastante negligenciado pelos gestores <sup>5</sup>.

Estudos indicam que o gênero <sup>6</sup>, entendido como elemento constitutivo das relações sociais e forma de dar significado às relações de poder, desempenha um papel importante na orientação do comportamento sexual. Ele está inserido no conceito de vulnerabilidade social que, de acordo com Ayres et al. <sup>7</sup>, diz respeito aos aspectos contextuais e coletivos que interferem diretamente na suscetibilidade dos indivíduos às doenças e recursos de prevenção e tratamento.

As questões de gênero influenciam de maneiras distintas o comportamento de homens e mulheres. Entre as mulheres, observa-se um maior consumo de drogas lícitas, em especial psicofármacos (como antidepressivos, ansiolíticos e anfetaminas <sup>8,9,10</sup>), que podem estar relacionados a comportamentos que impliquem uma maior suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, no que se refere às políticas de prevenção da aids, as mulheres são destacadas apenas quando se inserem em categorias sociais específicas, como profissionais do sexo, ou quando estão gestantes <sup>11,12</sup>.

Entre os homens, as questões de gênero são impostas especialmente nas relações entre homens e mulheres e nas relações entre homens com outros homens, em razão do que se denomina de “masculinidade hegemônica” <sup>13</sup>. Práticas como a multiparceria sexual, o consumo de drogas ilícitas e o consumo de bebidas alcoólicas, que podem contribuir para a vulnerabilidade ao HIV, acabam sendo

naturalizadas e não associadas a uma maior vulnerabilidade ao HIV. Um indicador dessa naturalização é a pequena produção de estudos sobre aids <sup>14,15,16,17,18</sup> com homens que se identificam como heterossexuais quando comparados aos HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas <sup>19</sup>.

Os dados da epidemia no país apontam para essas importantes diferenças de gênero. No que se refere ao diagnóstico do HIV, com a ampliação da cobertura pré-natal e a introdução do teste no protocolo de cuidados pré-natal, as mulheres têm oportunidade de conhecer seu *status* sorológico, enquanto que para a população masculina a testagem não é oferecida de forma rotineira nos serviços de saúde, diminuindo, portanto, a probabilidade de se testarem. Somado a isso, há aspectos ou normas da masculinidade influenciando o acesso à testagem.

Nesse sentido, um estudo de base nacional, representativo da população urbana brasileira, mostrou que houve um aumento da testagem (alguma vez na vida) em mulheres entre 1998 e 2005, passando de 14,8% para 38,2%, ao passo que, entre os homens, esta proporção permaneceu praticamente a mesma, passando de 26,2% para 28,4%. Enquanto para as mulheres a principal estratégia era o pré-natal (46% delas se testaram durante este período), para os homens era quase que igualmente a testagem por iniciativa própria (37%) e no momento de uma doação de sangue (36%) <sup>20</sup>. Essas diferenças aparecem também nos dados de mortalidade por aids, em que a razão de sexos observada no ano de 2017 é de vinte óbitos entre os homens para cada dez óbitos entre as mulheres, sendo 70,6% do total de óbitos registrados no Brasil de 1980 a 2017 ocorrendo entre os homens <sup>1</sup>.

Face a esse contexto, o presente artigo se propõe a analisar as circunstâncias e estratégias por meio das quais os homens que se identificam como heterossexuais descobrem o diagnóstico do HIV. Busca-se, assim, compreender os caminhos percorridos, bem como os atores sociais envolvidos no diagnóstico de HIV/aids desses homens.

## Metodologia

A fim de dar conta das concepções e práticas sexuais dos homens vivendo com HIV/aids, a presente pesquisa adotou uma metodologia qualitativa, de cunho etnográfico. A coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisadores treinados, composta por mulheres e homens. Foram realizadas 36 entrevistas semiestruturadas com homens vivendo com HIV/aids no ano de 2015. Antes do convite para a participação no estudo, os pesquisadores questionavam os potenciais participantes a respeito de sua identidade sexual. Foram incluídos apenas aqueles que, após o contato inicial, se identificavam como heterossexuais. Os homens foram contatados em três serviços especializados no tratamento de HIV/aids de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, embora pudessem ser residentes de outros municípios da Região Metropolitana. A equipe de pesquisadores acompanhou pelo período do estudo o cotidiano desses serviços e, a partir da indicação dos profissionais ou de abordagem direta, convidaram os participantes.

As entrevistas abordaram particularmente as formas pelas quais os homens souberam o seu diagnóstico para o HIV. Não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa, embora alguns tenham preferido agendar a entrevista para outro dia. Os entrevistados não hesitaram em falar abertamente sobre suas relações sexuais com outros homens e os sentimentos que envolviam estas relações, como medos, angústias e arrependimentos. Todos os temas propostos na entrevista foram tratados de forma bastante franca e aberta. O momento da entrevista permitiu, inclusive, como alguns deles manifestaram, uma elaboração que eles próprios fizeram sobre suas trajetórias e um momento de reflexão sobre o tema.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas com base no software de pesquisa qualitativa QSR NVivo 11 (<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>). O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições envolvidas (CAAE 23169613.0.0000.5347) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os nomes dos entrevistados foram mudados a fim de garantir o anonimato dos participantes.

## O universo pesquisado

Foram entrevistados homens de diferentes idades, variando de 25 a 60 anos. A grande maioria dos pesquisados está na faixa de 40 a 60 anos: 14 têm entre 50 e 60 anos e 13, entre 40 e 50. Os homens mais jovens totalizam nove, sendo sete deles na faixa etária de 30 a 39 anos e apenas dois na faixa dos 20 (25 e 26 anos). Apesar dos esforços dos pesquisadores em identificar e incluir no estudo homens mais jovens, observou-se que estes são minoria nos serviços de saúde pesquisados. Os poucos jovens presentes nos serviços, quando contatados pela equipe de pesquisadores, não se identificavam como heterossexuais.

A baixa escolaridade predomina entre os entrevistados. Três são analfabetos, metade não concluiu o Ensino Fundamental e apenas um quarto deles concluiu o oitavo ano do Ensino Fundamental. Dentre os entrevistados, apenas três terminaram o Ensino Médio e outros três possuem curso superior.

Uma parcela significativa dos pesquisados exerce algum tipo de atividade remunerada, vinculada particularmente à construção civil, a serviços gerais, à limpeza urbana, à segurança e ao transporte (particularmente, ao táxi). A valorização do trabalho pode ser identificada no relato sobre a trajetória profissional, em que as diferentes ocupações, os postos alcançados e o tempo de exercício são destacados, como atestam as seguintes falas:

*“Aí eu comecei como celetista [regime de contratação de trabalho] e em 90 eu fiz concurso [para órgão público]. Eu fiz o concurso para carpinteiro e marceneiro, aí eu trabalhei sete anos e meio ali no DMAE – Departamento Municipal de Água e Esgoto – tá, sete anos e meio ali e daí voltei para a SMOV – Secretaria Municipal de Obras e Viação – de novo”* (Antônio, 52 anos).

*“Porque eu queria, meu pai na época também era funcionário público e na época era bem mais difícil que agora. O salário era pouco, a gente não tinha nem onde morar. A gente morava de aluguel ou nos fundos da casa de um tio, sempre assim. Eu achei que deveria trabalhar, ajudar também. Eu via o pai sair de manhã cedo para o serviço, em dia de frio, e ficava até com pena. A gente morava em Viamão e ele [o pai] ia a pé, dia de chuva, vento e tudo”* (Valter, 52 anos).

Apesar da aids ser reconhecida no Brasil como uma das doenças pelas quais os trabalhadores podem requerer aposentadoria por invalidez <sup>21</sup>, ela não é percebida pelos entrevistados como uma razão que justifique o fim da atividade laboral. Apenas dois dos pesquisados recorreram ao auxílio-doença e outros dois se aposentaram por causa do HIV. Acidentes de trabalho e outras doenças graves são considerados pelos entrevistados mais “legítimos” para requer o benefício.

Entrevistador: *“Como foi esse seu acidente?”*

Entrevistado: *“Virou um reboque de arroz em cima de mim, eu só não morri porque Deus não quis, só ficou a cabeça de fora”*.

Entrevistador: *“Eu achei que o senhor tinha se aposentado por causa do vírus [HIV]”*.

Entrevistado: *“Não, se fosse por isso estaria trabalhando hoje”* (Salvador, 48 anos).

*“Não, eu só parei de trabalhar porque eu me acidentei. Me acidentei. Fiquei um tempo sem trabalhar e me deu mais pressão [aumentou a pressão arterial] e deu uma ameaça de derrame e eu perdi essa visão. Fiquei um tempo com essa mão sem tato, mas depois recuperou. Hoje se fosse... Se não tivesse me aposentado, trabalhava normal”* (Samuel, 56 anos).

Assim, mesmo com a possibilidade de acionar a doença como incapacitante, o trabalho se mantém como um valor relacionado à masculinidade, como apontado pela literatura sobre o tema <sup>18,22,23,24</sup>. No caso dos homens heterossexuais vivendo com HIV/aids, a manutenção da atividade laboral se apresenta como uma das estratégias para o enfrentamento dos estigmas associados à aids, semelhante à manutenção da atividade reprodutiva no caso feminino. Possibilita a manutenção do *status* de provedor, importante valor de masculinidade no contexto dos grupos populares brasileiros <sup>25</sup> e, ao mesmo tempo, posterga a vinculação com a doença e seu caráter incapacitante.

## A surpresa perante o diagnóstico

Apesar de quase quatro décadas de epidemia da aids, a associação da doença com determinados grupos ainda domina o imaginário social. A forte presença da mídia no início da epidemia e o fato da doença ter afetado algumas celebridades homossexuais mantêm essa associação ativa. No caso dos homens heterossexuais, a aids ainda é vista como uma doença distante de sua identidade sexual <sup>26</sup>, pois não se consideram gays ou “bichas”. Os limites do uso de categorias formuladas com base em critérios epidemiológicos e biomédicos para contemplar grupos sociais específicos (tais como HSH, Trans, entre outros), sem considerar a diversidade existente dentro destes grupos e suas relações com fatores como raça/cor e classe social, têm sido apontados pela literatura <sup>27</sup>. A busca de privilegiar grupos mais afetados pela epidemia por meio das noções de grupo e/ou comportamento de risco e, mais recentemente de “populações-chave”, não impediu o aumento das taxas de HIV nestes grupos. Por outro lado, o uso dessas categorias pode contribuir para invisibilizar segmentos mais vulneráveis ou ainda fazer com que certos grupos não se identifiquem com o HIV/aids <sup>28</sup>.

Nesse contexto, os entrevistados também não se percebem em risco de adquirir o HIV, visto não se identificarem com as tradicionais categorias de risco (homossexuais e usuários de drogas injetáveis). Eles também não percebem suas parceiras estáveis como possíveis portadoras do vírus. Dessa forma, muitas vezes, o diagnóstico é uma surpresa, como indicam os seguintes relatos:

*“Aí eu não, doutora, não pode, tá louca? Não me aplico, nunca me apliquei, não tomo dose, não sou bicha, não. (...) No outro dia eu fui lá e ele disse: Ó tu tá com o vírus do HIV. Bah! Eu sai louco da cabeça. Dando cabeça na parede. Eu chorava. Não sabia o que eu ia fazer. Como é que eu vou contar pra minha mulher. Graças a Deus ela não pegou essa doença. Graças ao meu bom Deus”* (Armando, 55 anos).

*“Aí eu fui lá ver esse exame. Aí a menina falou assim: ‘olha, o senhor está com HIV’. Eu nem sabia o que era HIV. Fui saber por ela. HIV é aids, não quando ela disse aids, aí caiu o queixo, pelo amor de Deus, não pode ser. Aí eu já enlouqueci. Aí eu peguei aquele exame ali, eu enlouqueci. E ela pediu para eu fazer outro exame na época. E eu fiz e aprovou de novo, mas eu não aceitava”* (Antônio, 52 anos).

*“Ele [o médico] falou isso, que poderia ter alguma suspeita e a gente saiu brabo de lá. Na realidade tu tem um choque, tu não aceita. Pelo menos foi: esse cara está doído! Parece uma coisa muito distante de ti na realidade”* (Tadeu, 33 anos).

Apesar da surpresa e do caráter inesperado do diagnóstico, em todos os casos citados antes, os entrevistados relataram saber que uma ex-parceira sexual tinha aids. A surpresa parece estar mais relacionada à forma de transmissão heterossexual do que à doença em si, ou seja, ao fato deles terem “pego” a doença de uma mulher. O choque e o “enlouquecer” estão relacionados à necessidade de revelar à parceira atual sua condição sorológica. Essa situação é considerada bastante delicada por sugerir infidelidade, o que pode acarretar o término do relacionamento. Esse misto entre o “susto” pelo diagnóstico e uma certa “previsibilidade” do mesmo em função de comportamentos ou sintomas é também observado no estudo de Silva et al. <sup>14</sup> com homens homossexuais e heterossexuais.

## O diagnóstico por intermédio das mulheres

As mulheres, sejam estas parceiras fixas ou não, possuem um papel importante no diagnóstico de HIV dos homens. Quase metade dos entrevistados soube ser HIV+ após o diagnóstico de alguma parceira. Desses, oito deles fizeram o teste depois que alguma parceira revelou ser soropositiva para o HIV, ou ainda por ocasião da morte por aids de alguma ex-parceira sexual. Outros seis entrevistados descobriram o HIV por meio da testagem da parceira realizada durante o pré-natal.

*“Eu descobri por intermédio da minha esposa. Ela passou mal, né, e aí ela baixou [foi hospitalizada]. Aí foi feito os exames lá, diagnosticaram que ela tinha [o HIV]. E aí mandaram me chamar. (...) Então eu assumi toda a responsabilidade, uma vez que eu sabia que ela era inocente”* (Ernando, 54 anos).

*“Então ela [parceira eventual] entrou de férias, a gente trabalhava junto. Uma semana depois eu fiquei sabendo que ela faleceu, ela estava com HIV. Ela nem sabia que tinha, e foi por isso que eu peguei o HIV. Falaram: ‘Marcos, a tua parceira morreu de HIV, ela entrou de férias, você sabe disso?’ Sim. ‘Então vai lá e faz o teu teste porque você deve estar com HIV’”* (Marcos, 26 anos).

*“Ela fez pré-natal e tudo e não deu nada. Mas daí eu andava muito magro, e eu tinha passado por um clínico geral, e esse clínico geral disse: ‘tem umas coisas meio estranhas nesse teu sangue, tem que dar uma investigada’. E eu não dava bola, ficava naquela opinião, os outros vão ter, mas é meio difícil. Então naquele período eu talvez já tinha alguma coisa. E aí a esposa depois da primeira gestação, ela fez pré-natal e não indicou que ela tinha reagente, nada. Aí ela começou a mamar [a criança] e ela [a esposa] se sentiu ruim, magra, debilitada, enfraquecendo. Foi fazer os exames, onde descobriu. Teve que ser interrompida a amamentação da primeira filha com urgência” (Lucas, 41 anos).*

Em algumas situações, como a apresentada anteriormente, os homens já apresentam sintomas que poderiam levar a suspeitar de uma infecção por aids. Mesmo assim, a testagem ocorre na maioria das vezes por ocasião do diagnóstico da parceira ou pelo agravamento de uma situação de saúde que ocasione uma internação hospitalar. O papel destacado que as mulheres possuem no diagnóstico dos parceiros revela um importante aspecto das relações de gênero presente em nosso contexto sociocultural. A esfera do cuidado está fortemente vinculada ao feminino e, neste sentido, elas seriam a “porta de entrada” dos homens nos serviços de saúde. É interessante notar que essa ideia é ratificada pelas próprias instituições de saúde, como demonstra Rohden<sup>29</sup> ao analisar a campanha Movimento pela Saúde Masculina, realizada no âmbito da PNAISH. A autora destaca que a própria política tem como pressuposto a pouca procura dos serviços de saúde por parte dos homens e o papel ativo das mulheres na promoção da saúde masculina: *“Elas não apenas levam e devem continuar levando os homens ao médico, mas também são vistas como responsáveis por garantir que eles façam os exames e digam a verdade durante as consultas. Elas devem estender o seu papel de cuidadoras do lar e da família, enquanto é esperado deles que aceitem o ‘empurrãozinho’ e cheguem até o médico. Mesmo nos casos em que se fala em ‘conscientização’, o papel da mulher continua sendo chave: ela como a grande mediadora entre as orientações médicas e os homens”*<sup>29</sup> (p. 142).

## O diagnóstico por meio de outras doenças

A literatura sobre saúde masculina indica que os homens tendem a retardar a busca de cuidados médicos, fazendo-a no caso de já estarem com condições de saúde bastante debilitadas que interfiram no exercício da atividade laboral. No caso do presente estudo, uma parcela significativa dos entrevistados (9/36) descobriu seu diagnóstico por meio de alguma outra doença ou sintoma. Alguns deles dizem ter procurado os serviços de saúde devido a algum problema difuso, como dores no peito ou ardência na pele, ou ainda, doenças oportunistas, como pneumonia e tuberculose. Nessas duas situações o diagnóstico é realizado em um momento mais avançado da infecção pelo HIV.

*“Fiquei mal, fiquei muito mal. Eu fiquei com 35kg, fui parar no hospital X com 35kg, descobri que estava com hepatite C, funcionando a metade de um pulmão. Um pulmão já estava parado e a metade de um pulmão funcionando e com HIV” (João, 44 anos).*

*“Fui fazer exame porque eu senti uma dor no coração, uma falta de ar. Começou a me dar uma dores no corpo (...). Aí fui para fazer os exames. Aí deu que eu estou com isso aí, entendeu?” (Vitor, 34 anos).*

Nota-se ainda a dificuldade que os serviços de saúde têm em associar à aids os sintomas e doenças recorrentes apresentados pelos homens. Os casos citados antes já revelam essa dificuldade que, entretanto, fica ainda mais explícita nas situações descritas pelos entrevistados a seguir:

*“Eu fui na casa do meu primo, comi carne de ovelha e me deu diarreia, eu comecei a passar mal, fazia exame de sangue não dava nada, não uso droga. E não dava nada, sempre fazendo exame de sangue e não dava nada e eu cheguei a pesar 29kg, sabia que tinha coisa errada. Voltei no posto e eu pedi teste de HIV” (Wilson, 33 anos).*

*“Ela me trouxe pra fazer um tratamento, pra ver o que eu tinha, bater um raio-X. Pontada [pneumonia]. Aí fui lá no pronto-atendimento e comecei a tomar injeção lá pra pontada. Fiquei bom. Aí voltou de novo, de novo. Comecei a me incomodar de novo. Dor de cabeça, febre e febre. Não tinha força mais nas pernas. E depois que eu fiquei bom volto de novo. Fiquei meio fortinho, mas cai de novo. Aí eu vim aqui, aí elas mandaram fazer um exame de sangue e aí apareceu” (Inácio, 57 anos).*

Essa dificuldade dos serviços se deve às concepções e práticas dos profissionais de saúde que tendem a conceber os homens como negligentes em relação ao próprio corpo<sup>30,31</sup> e à vinculação entre HIV e “grupos de risco”, que ainda pauta as concepções médicas para a indicação da testagem para o HIV. Além disso, a própria estrutura dos serviços de saúde, onde os espaços e horários não são adequados às demandas da população masculina (funcionando em horário comercial, com cartazes

voltados à saúde materno-infantil), pode representar uma das barreiras para o diagnóstico precoce do HIV<sup>21,22</sup>.

A solicitação pelos serviços de saúde de exame anti-HIV aos homens entrevistados ocorre em três situações: no caso de alguma doença oportunista e, portanto, suspeita de aids (tuberculose, toxoplasmose); no caso de intervenções cirúrgicas; ou mediante a suspeita de comportamentos de risco, frequentemente referidos como pertencimento a algum “tradicional” grupo de risco (usuário de droga ou homossexual). Dos entrevistados, cinco realizaram o exame por solicitação do serviço de saúde antes de terem sintomas da doença: três por apresentarem comportamentos de risco e dois em função de procedimentos de rotina de determinadas intervenções. Por exemplo, um entrevistado relatou que foi com um amigo a um posto de saúde e, ao falar das suas práticas sexuais, foi-lhe oferecido o teste; outro, por ser usuário de drogas e estar em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Um dos entrevistados teve o exame requerido devido a uma intervenção cirúrgica.

*“Me perguntavam [no serviço de saúde] um monte de pergunta e eu fui dizendo. ‘O senhor vai ter que fazer o exame de HIV’. Eu falei um monte de coisas [práticas sexuais] que eu fiz, o que eu não fiz. Ele mandou eu ir falando toda a verdade e eu fui falando”* (Jaime, 60 anos).

*“E comecei a fazer tratamento da droga e aí o médico pediu os exames (...) pediu para fazer uma série de exames. Eu fiz todos os exames, tudo direitinho. Teve um dia que eu fui lá e o médico me chamou na sala e me disse que eu tinha que ir no outro dia de manhã se eu pudesse ir com a minha mãe, com alguém. Eu não sabia o que que era. Aí eu levei minha mãe, ele falou que deu (...) que o meu exame para HIV tinha dado muito alto e que era para fazer outro exame, até me encaminhou aqui para o COAS [atual CTA, centro de testagem para o HIV] para fazer outro exame para ter certeza. Aí eu fiz o outro exame e tal, e deu positivo”* (Rogério, 30 anos).

Assim, enquanto um conjunto de homens não identificados diretamente aos chamados “grupos de risco” tiveram a realização do teste anti-HIV negligenciada por diversas ocasiões, os homens que relataram comportamentos de risco podem mais facilmente se tornar objeto de investigação por parte dos serviços.

## A busca pelo teste anti-HIV

Dos 36 entrevistados, apenas sete buscaram espontaneamente o teste anti-HIV. A maior parte desses homens realizou o teste após uma situação identificada como de risco para o HIV, como sexo sem preservativo ou ainda a suspeita de infecção pelo HIV de alguma parceira. Silva et al.<sup>14</sup> identificam também esse comportamento nos homens pesquisados, em que a busca de testagem por conta própria está relacionada a sintomas ou sugestão de algum conhecido.

Apenas um dos entrevistados refere ter feito o exame a fim de não mais utilizar o preservativo com a namorada. E, embora esses homens tenham tido a iniciativa de buscar o diagnóstico, este comportamento decorre da identificação de situações e sinais associados a uma possível contaminação, como indica a seguinte fala:

*“Mas aí a pessoa [parceira sexual] começou a ficar doente, doente e eu comecei a ficar desconfiado. E aí lá teve, que acho que aqui em Porto Alegre começou agora, o Dia D [campanha onde se oferece o teste rápido em locais públicos da cidade] para fazer o teste HIV. Eu fui, passei, fiz o teste de HIV e acusou positivo”* (João, 42 anos).

Deve-se salientar que a implantação da testagem rápida na cidade de Porto Alegre é recente (com início no final de 2011) e que até então havia poucas oportunidades de realização de teste rápido, como descrito antes. A grande maioria dos entrevistados teve seu diagnóstico realizado por meio do teste convencional de HIV, seja em serviços hospitalares ou centros de testagem para o HIV (CTAs), e precisou aguardar o resultado por aproximadamente uma semana. Inclusive, um dos pesquisados refere que demorou meses até voltar ao serviço de saúde para buscar seu resultado. Cabe ressaltar ainda que a política de descentralização da testagem do HIV para as unidades básicas de saúde não representou um maior acesso ao diagnóstico para os homens. No contexto estudado, problemas como a limitação da oferta do teste a certos dias/turnos, limite no número de exames disponíveis, deficiência de profissionais nas equipes de saúde, entre outros, são fatores que desestimulam e dificultam a realização do teste<sup>32,33</sup>.

Diante da dificuldade em realizar a testagem, a doação de sangue é acionada como estratégia para o conhecimento do *status* sorológico. Dois entrevistados souberam do seu diagnóstico por intermédio da doação de sangue. O uso dessa estratégia aparece também nos dados de uma pesquisa nacional, de base populacional, em que o pré-natal é a principal razão de testagem das mulheres, já a maioria dos homens conhece seu *status* sorológico por meio da doação de sangue<sup>20</sup>. Esse mesmo estudo indica que os homens heterossexuais, sem DSTs e sem filhos são aqueles que apresentam os menores percentuais de testagem.

### Algumas considerações finais

É interessante refletir sobre a constante invisibilidade dos homens heterossexuais na epidemia da aids e suas implicações para as configurações dessa epidemia no cenário local. A diferenciação desses em relação aos homens homossexuais, operacionalizada pelos discursos sobre a doença, tanto médico quanto da mídia, reforça os padrões da masculinidade hegemônica segundo os quais os “homens de verdade” são imunes às doenças. Essa diferenciação faz com que os homens heterossexuais tenham dificuldade em se perceber em risco para a aids.

Essa mesma lógica perpassa os serviços e os profissionais de saúde, resultando, em parte dos casos, no diagnóstico tardio da doença. É assim que uma parcela importante dos homens heterossexuais se descobre soropositivo para o HIV por ocasião de alguma doença, como a tuberculose, ou após várias idas e vindas dos serviços de saúde a fim de tratar algum problema de saúde recorrente.

Nas entrevistas realizadas, ficou evidente que os homens heterossexuais dispõem de poucos espaços onde podem falar sobre o seu diagnóstico, as mudanças ocasionadas pela descoberta da doença e suas expectativas sobre o futuro. Tais espaços para reflexão são raramente disponibilizados pelos serviços de saúde. Os grupos realizados nos serviços são, em geral, voltados às gestantes ou com temas específicos, como a adesão ao tratamento, tema este pouco atrativo para os homens entrevistados. Nesse sentido, a disponibilidade e o interesse deles em participar da pesquisa podem ser tomados como manifestação da vontade e mesmo necessidade de conversar sobre o HIV. Alguns dos entrevistados, apesar de estarem relutantes em um primeiro momento, alegando ter pouco tempo para permanecer no serviço para fazer a entrevista, acabaram por participar ativamente e verbalizaram o quanto foi bom conversar sobre o tema.

As mulheres são peças fundamentais para o diagnóstico masculino, pois estas revelam, seja por meio do pré-natal, seja por meio do adoecimento, a presença do HIV. Assim, embora não voltada diretamente para os homens, a política de testagem no pré-natal produz importantes efeitos na população masculina. Por outro lado, os homens sem parceiras em idade reprodutiva tendem a ter um diagnóstico mais tardio, visto que, como sugere a literatura, eles, em função dos atributos da masculinidade hegemônica, dispensam menos cuidados à saúde e, portanto, se testam menos que as mulheres. E novamente aqui, as características dos serviços de saúde (voltados prioritariamente para atendimento materno-infantil ou, recentemente no Brasil, para o acompanhamento de grupos específicos como hipertensos, diabéticos e idosos) e seu funcionamento (com horários restritos para a população que trabalha) dificultam a entrada dos homens na rede de saúde.

É importante considerar também o contexto da rede e dos serviços de saúde no nível local. A rede básica de saúde da cidade de Porto Alegre conta com uma cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família (ESF) de apenas 53,1%, com várias equipes de ESF desfalcadas de profissionais, sendo que estima-se uma cobertura de apenas 48,2% de equipes completas<sup>34</sup>, gerando sobrecarga de trabalho. Nessas situações, como já destacado, atividades como a oferta de teste para ISTs e HIV sofrem importantes restrições, desestimulando e dificultando a busca de diagnóstico por parte da população. O diagnóstico do HIV, no caso específico dos homens pesquisados, acaba sendo uma questão de oportunidade (algum evento de promoção da testagem ou teste de pré-natal da parceira), estratégia (doação de sangue) ou em função de adoecimento.

Dessa forma, para além dessas questões de gênero que interferem tanto na busca voluntária quanto no incentivo ao diagnóstico oportuno do HIV dos homens que se identificam como heterossexuais, revela-se assim outra dimensão da vulnerabilidade, além da vulnerabilidade de gênero: aquela que diz respeito às políticas públicas, isto é, a vulnerabilidade programática<sup>7</sup>. Assim, dar

visibilidade aos homens heterossexuais no contexto da epidemia da aids é fundamental, tanto para proporcionar oportunidades de diagnóstico e tratamento mais adequadas, quanto para prevenir a infecção de suas parceiras e seus parceiros sexuais. Isso implica um olhar específico para essa população, mas também o fortalecimento da rede de atenção básica à saúde e sua adequação para atender às demandas da população.

## Colaboradores

D. R. Knauth, F. B. Pilecco, L. B. Teixeira e A. F. Leal participaram da concepção e execução da pesquisa, análise dos dados e redação do artigo. B. Hentges colaborou na análise dos dados e redação do artigo. J. L. Macedo contribuiu na coleta e análise dos dados, redação do artigo.

## Informações adicionais

ORCID: Daniela Riva Knauth (0000-0002-8641-0240); Bruna Hentges (0000-0003-4620-5733); Juliana Lopes de Macedo (0000-0002-7080-048X); Flavia Bulegon Pilecco (0000-0001-8316-8797); Luciana Barcellos Teixeira (0000-0003-1654-3723); Andréa Fachel Leal (0000-0003-1947-9579).

## Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro à execução do projeto por meio do Edital Chamada Universal (MCTI/CNPq nº 14/2012). Agradecemos ainda aos serviços especializados em aids e aos seus profissionais que autorizaram a realização deste estudo e facilitaram o acesso aos entrevistados. Por fim, agradecemos a todos os pesquisadores que compartilharam conosco suas histórias.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018; 49(53). <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>.
2. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(1 Suppl):S9-15.
3. Kerr LR, Mota RS, Kendall C, Pinho AA, Mello MB, Guimarães MD, et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS* 2013; 27:427-35.
4. Shoptaw S, Montgomery B, Williams CT, El-Bassel N, Aramrattana A, Metsch L, et al. Not just the needle: the state of HIV-prevention science among substance users and future directions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013; 63 Suppl 2:S174-8.
5. Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.
6. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 1995; 20:71-99.
7. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Filho S, César H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. p. 49-72.
8. Martin D, Cacozi A, Macedo T, Andreoli SB. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. *Interface Comun Saúde Educ* 2012; 16:885-99.
9. Maluf SW, Tornquist CS. Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.
10. Zubarán C, Lazzaretti R. The use of appetite suppressants among health sciences undergraduate students in Southern Brazil. *Einstein* 2013; 11:47-52.
11. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil: avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:87-96.
12. Villela WV, Barbosa RM, Villela WV, Barbosa RM. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands? *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18:131-42.

13. Kimmel MS, Kimmel MS. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horiz Antropol* 1998; 4:103-17.
14. Silva LAV, Santos M, Dourado I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS. *Physis (Rio J.)* 2015; 25:951-73.
15. Silva CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:40-9.
16. Guerriero I, Ayres JRC, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo – SP. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:50-60.
17. Marques Junior JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:511-20.
18. Okoror TA, Falade CO, Walker EM, Olorunlana A, Anaele A. Social context surrounding HIV diagnosis and construction of masculinity: a qualitative study of stigma experiences of heterosexual HIV positive men in southwest Nigeria. *BMC Public Health* 2016; 16:507.
19. Leal AF, Knauth DR, Couto MT. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18 Suppl 1:143-55.
20. França Junior I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 Suppl 1:84-97.
21. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1991; 25 jul.
22. Vigoya MV. De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia. *Revista Colombiana de Antropología* 2002; 38:329-32.
23. Fleming PJ, Di Clemente RJ, Barrington C. Masculinity and HIV: dimensions of masculine norms that contribute to men's HIV-related sexual behaviors. *AIDS Behav* 2016; 20:788-98.
24. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gend Soc* 2005; 19:829-59.
25. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis (Rio J.)* 2006; 16:167-83.
26. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. What role do masculine norms play in men's hiv testing in Sub-Saharan Africa?: a scoping review. *AIDS Behav* 2018; 22:2468-79.
27. Parker R, Aggleton P, Perez-Brumer AG. The trouble with 'categories': rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. *Glob Public Health* 2016; 11:819-23.
28. Kaplan RL, Sevelius J, Ribeiro K. In the name of brevity: the problem with binary HIV risk categories. *Glob Public Health* 2016; 11:824-34.
29. Rohden F. Mulher cuidadora, homem arredo: diferenças de gênero na promoção da saúde masculina. *Anuário Antropológico* 2014; 1:125-50.
30. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:2589-96.
31. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:4503-12.
32. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV/AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis (Rio J.)* 2016; 26:785-806.
33. Zambenedetti G, Silva RAN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estud Psicol (Natal)* 2015; 20:229-40.
34. Portal da Inovação na Gestão do SUS. Organização da APS em Porto Alegre. <https://apsredes.org/organizacao-da-aps-em-porto-alegre/> (acessado em 31/Out/2019).

## Abstract

Men are the main group affected by HIV infection in Brazil, with an upward trend in the last 10 years. According to official data, heterosexual men represent 49% of cases, followed by homosexuals with 38% and bisexuals with 9.1%. Heterosexual men have been subsumed in the category “overall population” and have failed to receive specific attention in preventive policies or activities. The article proposes to analyze the circumstances and strategies by which heterosexual men learn of their HIV diagnosis. The study thus seeks to understand the paths and social actors involved in their HIV/AIDS diagnosis. The data are from a qualitative study interviewing 36 men living with HIV/AIDS that did not self-identify as homosexuals and/or bisexuals. The men were contacted in three specialized AIDS services in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. The results indicate that men consider themselves immune to HIV, and that the diagnosis is an unexpected event. Women (affective-sexual partners and/or former partners) are fundamental components in the men’s diagnosis, since they reveal the presence of HIV through either prenatal care or their own illness. An important share of these men discover that they are HIV-positive through some illness such as tuberculosis or after several visits to health services. Spontaneous search for HIV testing only occurs through situations and signs associated with possible infection. Heterosexual men have few opportunities for HIV diagnosis, and beyond gender issues, they are subject to programmatic vulnerability.

Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Masculinity; Heterosexuality

## Resumen

Los hombres son el principal grupo afectado por la infección del VIH en Brasil, con una tendencia de crecimiento en los últimos 10 años. En los datos oficiales, los hombres heterosexuales representan un 49% de los casos, los homosexuales un 38% y los bisexuales un 9,1%. Los hombres heterosexuales quedaron encajados en la categoría de “población general”, no siendo relevantes en políticas o acciones de prevención. Este artículo se propone analizar las circunstancias y estrategias a través de las cuales los hombres heterosexuales descubren el diagnóstico del VIH. Se busca, de esta forma, comprender los caminos recorridos, así como los actores sociales implicados en el diagnóstico del VIH/SIDA. Los datos analizados son resultado de una investigación cualitativa en la que se entrevistaron a 36 hombres, viviendo con VIH/SIDA, que no se identifican como homosexuales y/o bisexuales. Se contactó con estos hombres a través de tres servicios especializados en sida de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Los resultados indican que los hombres se consideran inmunes al VIH, siendo el diagnóstico un evento inesperado. Las mujeres (parejas afectivo-sexuales y/o ex-parejas) son piezas fundamentales para el diagnóstico masculino, puesto que revelan, sea a través del cuidado prenatal, sea a través de la enfermedad, la presencia del VIH. Una parte importante de los hombres se descubre seropositiva, debido a alguna enfermedad, como la tuberculosis, o tras varias idas y venidas a los servicios de salud. La búsqueda de un test espontáneo solamente se produce mediante la identificación de situaciones y señales asociadas a una posible infección. Los hombres heterosexuales poseen pocas oportunidades de diagnóstico del VIH y, más allá del género, están sujetos a vulnerabilidad programática.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Masculinidad; Heterosexualidad

---

Recebido em 28/Ago/2019  
Versão final reapresentada em 31/Out/2019  
Aprovado em 06/Nov/2019