

A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens

The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men

Andréa Fachel Leal^I, Daniela Riva Knauth^I, Márcia Thereza Couto^{II}

RESUMO: Os homens heterossexuais têm sido um grupo esquecido nas intervenções e pesquisas sobre HIV/Aids. Nosso objetivo foi identificar os diferentes elementos que interferem na prevenção do HIV/Aids entre homens heterossexuais, contemplando tanto os métodos de prevenção tradicionais (especialmente as práticas de sexo seguro e o teste anti-HIV), como elementos para pensar o uso das novas estratégias de prevenção (profilaxia pré e pós-exposição sexual, tratamento para prevenção e circuncisão) nessa população. O artigo apresenta uma revisão narrativa da literatura. Pontuamos a invisibilidade dos homens heterossexuais, tanto na esfera de políticas e programas quanto nos serviços de saúde. As diferentes intervenções analisadas ainda são pouco monitoradas e avaliadas, de modo que há uma carência de evidências consistentes para pensarmos sobre o impacto das estratégias de prevenção nessa população. As diferentes masculinidades, incluindo suas concepções hegemônicas, devem embasar intervenções para homens, que não são apenas uma “ponte” para a disseminação da epidemia, mas também vítimas desta e dos padrões de gênero.

Palavras-chave: Homens. Masculinidade. Heterossexualidade. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Identidade de gênero. Revisão.

^IPrograma de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{II}Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Andréa Fachel Leal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia, Avenida Bento Gonçalves, 9500, prédio 43311, sala 106 A1, CEP: 91509-900, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: fachel.leal@ufrgs.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Heterosexual men have been a forgotten group for HIV/AIDS interventions and research. Our goal was to identify the different elements that interfere in the prevention of HIV/AIDS among heterosexual men, covering both traditional methods of prevention (especially safe sex practices and testing) and new strategies for prevention (pre- and post-sexual exposure prophylaxis, prevention treatment, and circumcision) in this population. This exploratory article consists of a nonsystematic review of the literature. We discuss the invisibility of heterosexual men in policies, in programs, and in health services. The several interventions analyzed are still poorly monitored and evaluated, so there is a lack of consistent evidence regarding the impact of prevention strategies in this population. Different masculinities, including hegemonic conceptions of masculinity, must be the foundation for interventions targeting men. Men must not be seen merely as a “bridge” in the spread of the HIV/AIDS epidemic, but also as victims of gender patterns that make them vulnerable.

Keywords: Men. Masculinity. Heterosexuality. Acquired immunodeficiency syndrome. Gender identity. Review.

INTRODUÇÃO

A produção acadêmica sobre homens, voltada às questões de saúde-adocimento, emergiu no final da década de 1970 nos Estados Unidos focalizando principalmente déficits de saúde de segmentos masculinos. Naquele momento era importante lidar com um paradoxo: ao mesmo tempo em que os homens detinham maior poder do que as mulheres, eles tinham desvantagens em relação a elas no que se refere às taxas de morbimortalidade¹. Na década seguinte, os estudos se voltaram para a influência da construção social das masculinidades na produção de comportamentos de risco à saúde e para as dificuldades na busca de cuidado². Os homens heterossexuais enquanto sujeitos das pesquisas entraram tardiamente nos protocolos de investigação e intervenção, sendo finalmente contemplados nos estudos sobre saúde reprodutiva e sexual, historicamente voltados às mulheres³, a partir da década de 1990. Desde 2000, assistiu-se a uma diversificação das investigações em termos de objetos empíricos e ao esforço de avanço analítico na medida em que outros referenciais (classe, raça/etnia, geração, etc.) passam a ser incorporados pelos estudos de gênero, pela importância que assumem enquanto marcadores sociais que impactam as construções e vivências de masculinidades⁴.

Em sintonia com o desenvolvimento da produção mais geral sobre a relação gênero-saúde, no campo de estudos em HIV/AIDS é reconhecida a centralidade das questões de gênero para a vulnerabilidade ao HIV, bem como para a prevenção da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST)^{5,6}. Em termos gerais, entende-se que o reconhecimento da necessidade e a decisão pela adoção de medidas preventivas contra o HIV passam pela maneira como estão social e culturalmente configuradas as relações entre homens e mulheres e pela forma como as masculinidades e as feminilidades são concebidas e afirmadas no interior das relações afetivas e sexuais⁷⁻⁹.

E apesar da centralidade que o preservativo masculino assume nas estratégias de prevenção do HIV/AIDS, pouco se avançou no sentido de refletir como essa estratégia impacta os diferentes grupos de homens, seja em termos da orientação sexual destes (hetero ou homossexuais), seja no que se refere às diferenças de pertencimento social, racial, etário e geracional que existem entre os homens. Assim, pensar em estratégias de prevenção para HIV/AIDS entre homens implica discutir masculinidades, no plural. Ou seja: discutir que diferentes homens ocupam posições também diferentes na estrutura social, onde ocorrem as relações de gênero. As masculinidades não apenas são múltiplas, como estão relacionadas entre si de modo hierárquico. Daí a expressão “masculinidade hegemônica”¹⁰, que se define a partir de dois elementos essenciais: a constatação de uma pluralidade de masculinidades e de uma hierarquia de masculinidades.

A masculinidade hegemônica se distingue das outras masculinidades como a forma idealizada e normativa de ser homem, aquela que é o padrão do *ser homem*, em relação à qual os outros homens se posicionam, em determinada sociedade e momento histórico¹¹. A masculinidade hegemônica não é dita padrão, ou dominante, por causa de sua frequência: apenas uma minoria de homens é capaz de vivenciá-la. No Brasil, atualmente, ainda que possa ser difícil afirmar que há um único modelo de masculinidade, pode-se dizer que há um padrão de masculinidade hegemônica que é personificado em homens heterossexuais, brancos, com vida sexual ativa, que têm renda alta e escolaridade superior, além de corpos saudáveis e fortes.

As formas que os homens têm de vivenciar e de demonstrar sua masculinidade — e se posicionar dentro de um espectro que tem em seu topo a masculinidade hegemônica — torna-os vulneráveis para diferentes problemas e condições relativas à sua saúde. Suportar a dor, ser forte, ter um comportamento dominante e até agressivo, não demonstrar medo nem maior preocupação com sua própria segurança são algumas práticas associadas à masculinidade², por exemplo. Na saúde, o conceito de masculinidade hegemônica vem sendo empregado em estudos sobre violência (incluindo violência contra mulheres¹², violência sexual¹³ e suicídio¹⁴⁻¹⁶), sobre acesso e uso de serviços de saúde^{17,18} e sobre saúde sexual¹⁹.

As expressões da masculinidade hegemônica no domínio da sexualidade, tais como a exigência de múltiplas parcerias sexuais, a percepção de invulnerabilidade ao HIV e outras DSTs, a afirmação da heterossexualidade, o consumo de bebidas alcóolicas, entre outras, acabam por expor os homens às DSTs e ao HIV/AIDS. Ademais, o grande percentual de infecções pelo HIV no contexto de relações heterossexuais, atingindo não apenas os homens, mas também as mulheres, indica que o controle da epidemia da AIDS passa, necessariamente, pela inclusão dos homens heterossexuais nas estratégias de prevenção. No entanto, a literatura tende a não enfatizar os homens como especialmente vulneráveis.

Não obstante o reconhecimento de que as dimensões simbólicas e práticas do exercício das masculinidades têm impactado na percepção e gerenciamento de risco dos homens heterossexuais ao HIV/AIDS (seja porque promovem o aumento da vulnerabilidade destes a práticas sexuais de risco, devido ao número de parceiras, à identificação de uma pseudo autoproteção e à ideia de masculinidade associada à virilidade, entre outras)^{20,21} é importante

questionar o porquê desses permanecerem enquanto grupo esquecido nos estudos sobre a epidemia e, mais ainda, quase excluídos dos programas de intervenção^{6,19}. A título de exemplo, no Brasil, apenas em 2009 foi lançada uma política específica dirigida à população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)²². Seu caráter recente indica, de certa forma, que os homens estavam subsumidos na população em geral, não merecendo destaque por parte das políticas públicas de saúde.

Frente a esse cenário, o presente artigo tem por objetivo identificar, através da revisão narrativa da literatura, os diferentes elementos que interferem na prevenção do HIV / AIDS entre homens heterossexuais, contemplando tanto os métodos de prevenção tradicionais (preservativo, práticas de sexo seguro e o teste anti-HIV), como levantando elementos para pensar as novas estratégias de prevenção (profilaxia pré e pós-exposição sexual, tratamento e circuncisão) para essa população.

MÉTODOS

Para embasar a reflexão desenvolvida no presente artigo foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. A revisão da literatura foi realizada nas principais bases da área da saúde, através do Portal Periódicos Capes, contemplando as bases MEDLINE, SciELO e PubMed, entre as demais disponíveis no Portal. Foram utilizados na busca os seguintes termos: *prevention AND HIV, men; AND heterosexual, HIV; AND heterosexual, male circumcision; AND HIV, testing; AND HIV, prison; AND HIV AND men, truck drivers; e elderly men AND HIV AND prevention*. A partir da leitura dos títulos e dos resumos, foi feita a seleção de artigos para a leitura completa. Os artigos que tratavam exclusivamente de questões clínicas e marcadores biológicos foram excluídos da análise. Foram incluídos 66 artigos que abordavam aspectos comportamentais dos homens heterossexuais, intervenções para a prevenção do HIV / AIDS nesse segmento da população e artigos de revisão da literatura sobre o tema.

Para contemplar a perspectiva das políticas públicas de saúde dirigidas ao segmento masculino da população no Brasil, analisamos também o documento que apresenta a proposta da PNAISH²². A análise foi complementada ainda com a leitura do Plano de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DSTs entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis²³ e o Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV / AIDS e outras DSTs²⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura sobre prevenção do HIV / AIDS em homens heterossexuais é bastante restrita. Os homens heterossexuais são subsumidos na chamada “população geral”, usuários de drogas e, indiretamente, nas intervenções direcionadas às mulheres; eventualmente, eles

estão incluídos em estudos que enfocam ocupações tradicionalmente “masculinas”, como caminhoneiros ou militares²⁵⁻²⁷. Os autores que se dedicam à temática chamam a atenção como esse tem sido um grupo esquecido nas intervenções e pesquisas sobre HIV/AIDS²⁸.

OS HOMENS NAS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Se os homossexuais masculinos assumiram lugar de destaque na cena político-acadêmica dos estudos em HIV/AIDS desde o final da década de 1980, pela repercussão dos primeiros casos entre estes da então emergente epidemia e pela atuação dos movimentos sociais²⁹, os heterossexuais apresentaram pouco protagonismo político e foram por muito tempo, no campo da saúde sexual e reprodutiva, vistos como meros facilitadores ou dificultadores das decisões reprodutivas das mulheres³⁰, essas, então, o alvo preferencial de estudos e intervenções. Essa priorização de estudos e intervenções voltados aos homossexuais e mulheres encontra-se, sem dúvida, associada ao protagonismo do movimento social gay e feminista. Nessa perspectiva, os homens heterossexuais são tratados como um obstáculo à prevenção do HIV/AIDS seja por não assumirem suas relações sexuais com outros homens ou por não aceitarem utilizar o preservativo em suas relações sexuais, particularmente no contexto de parceira estável. Na melhor das hipóteses esses estudos consideram que seria necessário conhecer melhor os valores que norteiam seus comportamentos sexuais e preventivos como forma de ajudar a proteger as mulheres³¹.

Um dos fatores elencados na busca de respostas ao ingresso tardio dos homens heterossexuais nos estudos em HIV/AIDS remete ao fato de que o exercício da heterossexualidade masculina foi, e continua sendo, frequentemente associado ao não-cuidado em saúde e ao comportamento desprotegido em relação a si mesmo e, principalmente, em relação às mulheres^{9,32,33}.

Dado que, originalmente, a incorporação de gênero nas políticas públicas é tributária do feminismo, que combate a assimetria e a desigualdade entre homens e mulheres, o homem tende a ser tomado como um “outro” praticamente homogêneo que visa a manutenção do poder e dos privilégios que sua condição de gênero possibilita⁴. Na mesma direção, tanto a literatura científica quanto as políticas de saúde tendem a promover uma visão do “homem-genérico”, que não contempla a multiplicidade de masculinidades possíveis nem suas relações.

Assim, ainda que recentemente a PNAISH²² apresente a necessidade de visibilizar e acolher a diversidade de homens no contexto assistencial da saúde, não podemos desconsiderar que, aos olhos das políticas de saúde formuladas sob um enfoque de gênero, o modelo vigente e dominante de masculinidade (heterossexual) ainda assume uma posição central, o que tem dificultado o reconhecimento das múltiplas masculinidades e suas interconexões com a vulnerabilidade em seus três planos: o individual, o social e o programático³⁴.

Quando se toma como referência o público masculino heterossexual e a forma como este é tratado pela atual PNAISH, observam-se dificuldades de ordens diversas no quesito de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. A primeira e decisiva diz respeito à baixa

incorporação da problemática do HIV/AIDS no texto que fundamenta a política²², embora apareça como um dos seus objetivos (parágrafo 4, X). Assim, mesmo que os campos da saúde reprodutiva e sexual sejam considerados, que a indicação de um diálogo direto com a política nacional de saúde da mulher seja enaltecido e, finalmente, que o propósito de ancorar as ações da política na Atenção Primária seja um princípio orientador, a PNAISH não prioriza a prevenção das DSTs, incluindo HIV/AIDS. Uma avaliação da implementação da PNAISH nas diferentes unidades da federação e em diversos municípios revelou a total ausência do tema HIV/AIDS dos planejamentos e ações desenvolvidos localmente³⁵.

A segunda dificuldade de se abordar os homens e o HIV/AIDS remete à própria inserção dos homens nos serviços de saúde, especialmente no nível primário da atenção, em termos da pouca presença e da qualidade desta. A literatura sobre o tema tem apontado que essa inserção enfrenta barreiras configuradas pelas características culturais da construção das masculinidades, que moldam as formas dos homens lidarem com a saúde²; pela atuação dos profissionais de saúde, que (re)produzem concepções de gênero, como a ideia de que o corpo masculino é um lócus do não-cuidado³⁶; e pela estruturação dos serviços de saúde, na qual podemos identificar uma tendência à não consideração dos homens como alvo de intervenção em saúde (como usuários que têm dificuldade para acessar os serviços ou para serem acolhidos com suas demandas e como potenciais sujeitos de cuidado^{37,38}).

AS TECNOLOGIAS TRADICIONAIS PARA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS ENTRE HOMENS

Globalmente, há poucas publicações sobre intervenções realizadas com homens heterossexuais^{39,40} visando a prevenção do HIV/AIDS. Enquanto a prevenção e o tratamento para HIV/AIDS junto a mulheres estão embasados em um discurso heteronormativo⁴¹, em que prevalecem concepções de sexo (vaginal) entre homens e mulheres em relações monogâmicas que podem resultar em reprodução, com os homens o discurso não está focado na heteronormatividade. Os discursos da prevenção e tratamento para os homens estão centrados em práticas sexuais de homens com outros homens e no uso (e abuso) de drogas, especialmente as injetáveis. O foco das propostas de prevenção em relação às mulheres está na mudança comportamental — estimulando a adoção do preservativo (masculino) nas relações (hetero)sexuais — e o discurso voltado para homens se centra no não compartilhamento de agulhas/seringas no uso de drogas injetáveis, bem como no estímulo ao sexo seguro^{42,43}. Nesse sentido, a transmissão heterossexual mulher-homem é praticamente desconsiderada, ampliando a invisibilidade destes no contexto da epidemia.

Uma revisão sistemática de intervenções dirigidas a homens heterossexuais em países de baixa e média renda identificou 19 estudos que buscaram avaliar tais intervenções³⁹. Os autores concluem que a pouca literatura existente evidencia que os homens heterossexuais continuam sub-representados na prevenção ao HIV. As intervenções estudadas envolveram desde sessões individuais únicas com duração de 15 minutos até intervenções de 13 sessões conduzidas por pares (exclusivamente para homens ou para homens e mulheres).

Das 19 intervenções, 7 estavam embasadas em princípios IMB (*Information-Motivation-Behavior skills*) (das quais 2 também em modelos ou teorias sócio-cognitivos comportamentais) e 5 em princípios de educação por pares (sendo que 2 também em modelos IEC (*Information-Education-Communication*)). Dessas 19 intervenções, 9 foram consideradas bem sucedidas quanto ao uso do preservativo; o efeito positivo parece estar associado a estratégias de aconselhamento individual e com base em princípios IMB. Uma das intervenções revisadas foi desenvolvida no Brasil⁴⁴, sendo de aconselhamento individual. Intervenções em grande escala se mostraram associadas a mudanças em longo prazo com relação ao sexo casual.

No Brasil, destaca-se em termos de ações de prevenção a disponibilização de insumos: a distribuição gratuita do preservativo masculino e de gel lubrificante, em maior escala, bem como do preservativo feminino, em menor escala, por serviços de saúde públicos e organizações da sociedade civil⁴⁵. Intervenções destinadas ao público em geral, tais como campanhas de massa promovidas pelo Ministério da Saúde para a prevenção em datas específicas (Carnaval, Dia dos Namorados e Dia Mundial da Luta Contra a AIDS) ou em determinados locais (motéis e casas noturnas), envolvem a ampla distribuição de preservativos masculinos.

O planejamento de ações por parte do Ministério da Saúde para populações específicas no Brasil, formalizado em Políticas ou Programas, envolve homens que fazem sexo com homens e travestis²³, mulheres⁴⁶ e população indígena²⁴. Portanto, o único planejamento que envolve homens heterossexuais, ainda que não especificamente pensado enquanto tais, é aquele com população indígena. O Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV / AIDS (2010 – 2011)⁴⁵ refere ações de prevenção que se voltam para um público majoritariamente masculino e heterossexual junto a jovens recrutas, alunos de Escolas Militares e de Centros de Formação e, dentre efetivos, pessoal das Missões de Paz. Tais ações são descritas como de educação de pares e palestras, sendo resultado de uma parceria firmada em 2004 entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Defesa. Intervenções promovidas em menor escala visando público eminentemente masculino e heterossexual, executadas por organizações não governamentais com apoio técnico e financeiro das instâncias federal, estaduais ou municipais foram descritas com caminhoneiros²⁷ e com idosos⁴⁷.

O aconselhamento e testagem para o HIV tem sido uma das estratégias de prevenção largamente utilizadas no mundo inteiro, particularmente a partir da ampliação do acesso à terapia antirretroviral. O diagnóstico precoce, além de possibilitar o aumento da sobrevida, tem impacto também sobre a transmissibilidade do vírus⁴⁸. E, apesar de ser uma estratégia antiga (implementada desde 1985⁴⁹), com o teste anti-HIV sendo ofertado gratuitamente em grande parte dos países do mundo, pouco se conhece sobre o seu impacto na mudança do comportamento das pessoas testadas, bem como sobre as circunstâncias que determinam a busca do teste ou ainda sobre os grupos específicos que buscam o teste. Os dados internacionais indicam que apenas uma parcela da população infectada pelo vírus tem conhecimento sobre seu status sorológico⁵⁰.

No Brasil, a análise de dados de um inquérito de base populacional sobre comportamento sexual⁵¹ comparando os dados coletados em 1998 e 2005 mostra que houve um aumento no número de pessoas que realizaram o teste anti-HIV de 20,2 para 33,6%. Contudo, se só

considerarmos a testagem voluntária (excluindo as doações de sangue e testagem no pré-natal), temos apenas 13,5% dos entrevistados em 1998 e 20,8% em 2005 que fizeram o teste. Entre os homens, são os mais jovens (16 – 19 anos) e os mais velhos (55 – 65 anos), os com menor escolaridade e com menor renda, aqueles que menos realizam o teste. Os dados de 2005 indicam que os homens heterossexuais, sem DSTs e sem filhos apresentam menores percentuais de testagem. E, enquanto para as mulheres o pré-natal é a principal razão de testagem, os homens conhecem seu status sorológico através da doação de sangue.

A literatura disponível traz poucos dados para compreendermos como os homens heterossexuais se comportam em relação ao aconselhamento e testagem para o HIV. Os poucos trabalhos que analisam a busca de testagem por sexo indicam que as mulheres se testam mais do que os homens⁵², o que é esperado visto a forte recomendação de testagem durante o pré-natal como forma de prevenir a transmissão vertical do vírus. Uma revisão da literatura sobre o tema⁵² destaca que o impacto da testagem e do aconselhamento, através do aumento do uso do preservativo, entre heterossexuais (não especificando o sexo) se dá, basicamente, em relação às parcerias eventuais, mas tem pouco impacto sobre as parcerias fixas. Além disso, os estudos⁵² indicam que o impacto é maior entre casais sorodiscordantes e para o(a) parceiro(a) soropositivo(a), sem impacto sobre o(a) parceiro(a) soronegativo(a). Como barreiras para realizar o teste, os estudos analisados referem, particularmente, o medo de um resultado positivo, bem como o medo do estigma da doença e de seu impacto sobre relações sociais^{9,49}. Percepção de risco e, sobretudo, experiência prévia de testar são fatores que motivam a busca de testagem.

Dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DSTs e AIDS da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (PCAP-2008) corroboram esses achados mostrando que a testagem para o HIV é maior entre as mulheres (45,6%) do que entre os homens (27,2%)⁵³. Apesar dos homens, de acordo com essa pesquisa, apresentarem maior frequência sexual, maior número de parcerias eventuais, maior número de relações extraconjugais, eles também declaram um maior uso do preservativo, particularmente com as parcerias eventuais. Nessa análise, no entanto, não foram consideradas a identidade ou as práticas sexuais dos homens.

NOVOS CENÁRIOS DE PREVENÇÃO

A circuncisão masculina é apresentada como um método de prevenção eficaz para o HIV/AIDS a partir da divulgação dos resultados de dois ensaios clínicos randomizados realizados em países africanos, que se agregam aos de outros estudos que já indicavam um efeito protetor da circuncisão para o HIV/AIDS⁵⁴. O editorial do número do *The Lancet* no qual foram publicados esses ensaios clínicos denominou como uma “nova era” para a prevenção do HIV⁵⁵ os achados sobre a circuncisão. Essa nova era se caracteriza por medidas respaldadas por sólidas evidências científicas que podem e devem ser implementadas em larga escala na população masculina em geral.

A efetividade da circuncisão enquanto estratégia de prevenção do HIV foi avaliada por meio de uma metanálise⁵⁶. Apesar da intervenção ter sido considerada eficaz na redução da transmissão do vírus, os autores chamam atenção para o fato de que não foi ainda avaliado o impacto dessa intervenção no comportamento masculino, visto que a maioria dos estudos avaliam os resultados a curto prazo. Alguns dados sugerem que os homens circuncidados tendem a se sentirem extremamente protegidos das DSTs e que esse sentimento de proteção produz o desejo de aumento do número de parcerias sexuais, como indicam as projeções do estudo conduzido em Uganda^{56,57}. Assim, embora o método tenha sido considerado eficaz na redução da transmissão do vírus, o impacto comportamental da circuncisão pode neutralizar os benefícios obtidos via cirurgia.

Outra característica da nova era apontada pelo editorial do *The Lancet*⁵⁵ é a medicalização da prevenção, com o uso de antirretrovirais pré e pós-exposição sexual (PrEP e PEP). Apesar dessa euforia inicial com as novas estratégias de prevenção, tanto o editorial da revista quanto os novos estudos sobre essas estratégias de prevenção salientam que as novas abordagens devem ser combinadas com as estratégias tradicionais de prevenção do HIV/AIDS, especialmente com o uso do preservativo. No que se refere à profilaxia pré e pós-exposição sexual, o impacto dos padrões de gênero na efetividade dessas novas tecnologias não foi estabelecida. Ou seja, como as desigualdades de gênero podem afetar a eficácia dessas intervenções é uma questão que ainda se encontra sem resposta na literatura científica⁵⁸.

Embora os estudos de profilaxia pré-exposição sexual (*pre-exposure prophylaxis* – PrEP) contemplem homens heterossexuais, a maioria destes enfocou casais sorodiscordantes para o HIV e em relacionamento estável. Como indicado por um estudo qualitativo conduzido em conjunto com um ensaio clínico (*Partner PrEP Study*)⁵⁸, os fatores que dizem respeito ao relacionamento conjugal são privilegiados na análise dos resultados, particularmente daqueles relativos à adesão. Esse estudo indica que a estabilidade do relacionamento concorre para uma boa adesão à PrEP, que é percebida como um meio de, ao mesmo tempo, preservar o relacionamento e a saúde do(a) parceiro(a) negativo(a) para o HIV. Por outro lado, os próprios autores reconhecem que esses achados não podem ser generalizados em razão do contexto específico da população pesquisada e do próprio desenvolvimento do estudo, com várias intervenções nesse sentido.

Não há evidências científicas sobre o impacto da PrEP no comportamento dos homens heterossexuais. Alguns estudos⁵⁸⁻⁶⁰ sobre essa nova tecnologia indicam que há uma preferência pela PrEP em relação ao uso do preservativo, em função das razões negativas associadas ao condom, como a diminuição do prazer sexual. Esse achado pode sinalizar para uma diminuição no uso do preservativo entre os indivíduos que utilizam a terapia pré-exposição sexual, particularmente aqueles do sexo masculino. O aumento do uso do preservativo entre os casais participantes dos protocolos de pesquisa⁶⁰ pode ser função das várias intervenções realizadas durante o estudo.

A compensação do risco sexual entre os usuários da PrEP foi explorada nos ensaios clínicos. Essa compensação não é uma questão específica da PrEP, mas de todas as estratégias biomédicas de prevenção, como a circuncisão e o tratamento de pessoas HIV positivas para prevenção^{59,60}. Uma das dificuldades para avaliar as questões de gênero é que a maioria dos

estudos não apresenta dados separados por sexo. Assim, mesmo quando se trata da adesão ou uso do preservativo, não é possível identificar se ambos os sexos apresentam comportamentos similares ou diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensados durante muito tempo apenas enquanto “ponte” para a infecção feminina, e como tendo adquirido o vírus do HIV por meio de práticas como o sexo com outros homens ou o uso de drogas, os homens heterossexuais foram esquecidos tanto das intervenções quanto da produção científica sobre HIV/AIDS. A invisibilidade dos homens heterossexuais e da diversidade existente nesse segmento da população no conjunto dos estudos em HIV/AIDS se deve em grande parte ao fato de que, na evolução da epidemia ao longo das últimas décadas, estes foram percebidos como transmissores ativos do HIV mas não como agentes ativos no campo da prevenção³¹.

Disso resulta a carência de evidências consistentes para pensarmos sobre o impacto das restritas estratégias de prevenção nessa população. Os poucos estudos disponíveis indicam que intervenções baseadas no aconselhamento individual podem aumentar o uso do preservativo, enquanto que as intervenções de massa têm implicações sobre o uso do preservativo nas parcerias eventuais.

Por outro lado, os estudos mais recentes sobre as novas estratégias de prevenção (circuncisão, PrEP e PEP) não permitem aferir o impacto dessas intervenções sobre o comportamento dos homens heterossexuais, particularmente sobre aqueles que não estão implicados em um relacionamento sorodiscordante. Contudo, os poucos dados disponíveis sugerem a possibilidade de um relaxamento em relação ao uso do preservativo visto o sentimento de proteção promovido pelo uso de medicação ou da própria circuncisão, necessitando, contudo, de mais estudos que corroborem esses achados. Em relação à testagem, observamos que os homens se testam menos do que as mulheres. E, ao mesmo tempo que a testagem pode ser uma boa oportunidade para o diagnóstico precoce, as características da masculinidade hegemônica vão em direção oposta à do cuidado e da prevenção preconizados pela estratégia de testagem.

Tratados como “iguais”, os homens são (in)visibilizados quanto às contradições e vulnerabilidades que enfrentam face ao exercício concreto das masculinidades. A inclusão nos estudos e intervenções sobre o HIV/AIDS da diversidade existente no segmento denominado de “homens heterossexuais” é um passo importante para avançarmos no controle da epidemia. Ou seja, é urgente lançar um olhar sobre de que forma os cruzamentos entre categorias como gênero, classe social, raça/etnia, fase de vida, faixa etária, entre outros afetam o comportamento e as estratégias preventivas acionadas pela população masculina. Se os homens podem ser considerados o polo dominante quando referidos ao feminino, com certeza um homem negro e pobre tem diferentes condições de acesso a informação, insumos e serviços de saúde quando comparado a um homem branco de maior poder aquisitivo. Ainda assim, enquanto homens heterossexuais, todos estão vulneráveis, em maior ou menor intensidade, diante da invisibilidade que apresentam no contexto da prevenção ao HIV.

REFERÊNCIAS

1. Sabo D. Men's health studies: origins and trends. *J Am Coll Health* 2000; 49(3): 133-42.
2. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50(10): 1385-401.
3. Arilha M. Políticas públicas de saúde, mulheres e DSTs/AIDS: reajustando o olhar. Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, 4. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.
4. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(10): 2569-78.
5. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 242-8.
6. Silva CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 Suppl 0): 40-9.
7. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc* 2010; 19(Suppl 2): 9-20.
8. Guerriero ICZ. Masculinidades e prevenção do HIV. *Bol Inst Saúde* 2012; 14(1): 17-23.
9. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 Suppl 0): 50-60.
10. Connell RW. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press; 2005.
11. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gender Society* 2005; 19(6): 829-59.
12. Dworkin SL, Hatcher AM, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antivirolence program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. *Men Masc* 2013; 16(2): 181-202.
13. Jewkes R, Nduna M, Jama Shai N, Dunkle K. Prospective study of rape perpetration by young South African men: incidence & risk factors. *PLoS One* 2012; 7(5): e38210.
14. Canetto SS, Cleary A. Men, masculinities and suicidal behaviour. *Soc Sci Med* 2012; 74(4): 461-5.
15. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 1983-92.
16. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(10): 2665-74.
17. Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociol Health Illn* 2008; 30(5): 711-25.
18. Douglas FC, Greener J, van Teijlingen E, Ludbrook A. Services just for men? Insights from a national study of the Well Men Services Pilots. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 425.
19. Marques Junior JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(2): 511-20.
20. Ford NJ, Vieira EM, Villela WV. Beyond stereotypes of Brazilian male sexuality: qualitative and quantitative findings from São Paulo, Brazil. *Cult Health Sex* 2003; 5(1): 53-69.
21. Pires MRM, Balieiro CRB. Representações dos homens heterossexuais sobre DST/AIDS e o uso de preservativo nas relações sexuais. *Saúde Transform Soc.* 2012; 3(3): 89-104.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf (Acessado em 28 de janeiro de 2014).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids. Fundação Nacional de Saúde. Projeto AIDS-SUS Brasil. Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV/Aids e outras DST. Estrutura do Projeto para a População Indígena. Política Operacional do Banco Mundial 4.10. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/BR_AIDS_SUS_IPPF_Portugues_Versao_Final.pdf (Acessado em: 28 de janeiro de 2014).
25. Miranda AE, Ribeiro D, Rezende EF, Pereira GFM, Pinto VM, Saraceni V. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(2): 489-97.
26. Szwarcwald CL, de Carvalho MF, Barbosa Júnior A, Barreira D, Speranza FA, de Castilho EA. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts, 1997-2002. *Clinics (São Paulo)* 2005; 60(5): 367-74.

27. Leal AF. No peito e na raça – a construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no sul do Brasil. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/15570> (Acessado em 14 de janeiro de 2014).
28. Frye V, Bonner S, Williams K, Henny K, Bond K, Lucy D, et al. Straight talk: HIV prevention for African-American heterosexual men: theoretical bases and intervention design. *AIDS Educ Prev* 2012; 24(5): 389-407.
29. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Editora 34; 2000.
30. Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Suppl 1): S87-96.
31. Higgins JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *Am J Public Health* 2010; 100(3): 435-45.
32. Pinheiro TF, Couto MT, Silva GSN. Homens e cuidado: construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicol Conoc Soc* 2012; 2(2): 177-95.
33. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 901-11.
34. Ayres JRC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YMd, editors. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 375-417.
35. Gomes R, Leal AF, Lima AM, Knauth DR, Moura EC, Silva GSN, et al. Avaliação das Ações Iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Relatório Final). Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; 2012.
36. 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 Coletiva* 2011; 16(11): 4503-12.
37. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(Suppl 1): 935-44.
38. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33): 257-70.
39. Townsend L, Mathews C, Zembe Y. A systematic review of behavioral interventions to prevent HIV infection and transmission among heterosexual, adult men in low-and middle-income countries. *Prev Sci* 2013; 14(1): 88-105.
40. Exner TM, Gardos PS, Seal DW, Ehrhardt AA. HIV sexual risk reduction interventions with heterosexual men: the forgotten group. *AIDS Behav* 1999; 3(4): 347-58.
41. Dowsett GW. Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS. *Reprod Health Matters* 2003; 11(22): 21-9.
42. Seal DW, Ehrhardt AA. HIV-prevention-related sexual health promotion for heterosexual men in the United States: pitfalls and recommendations. *Arch Sex Behav* 2004; 33(3): 211-22.
43. Rebello LEFS, Gomes R, Souza ACB. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(36): 67-78.
44. Pechansky F, Bassani DG, Diemen Lv, Kessler F, Leukefeld CG, Surratt HL, et al. Using thought mapping and structured stories to decrease HIV risk behaviors among cocaine injectors and crack smokers in the South of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(3): 233-40.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/coletanea2012/links/ONU/ONU%2011.pdf> (Acessado em 28 de janeiro de 2014).
46. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Revisado em 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: www.aids.gov.br/feminizacao (Acessado em 20 de janeiro de 2014).
47. Lazzarotto AR, Santos VS, Reichert MT, Quevedo DM, Fossatti P, Santos GA, et al. Oficinas educativas sobre HIV/Aids: uma proposta de intervenção para idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(4): 833-43.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://www.sbp.org.br/upload/conteudo/manual_tecnico_hiv_2013.pdf (Acessado em 20 de janeiro de 2014).

49. Soares PS, Brandão ER. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saúde Soc* 2012; 21(4): 940-53.
50. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: UNAIDS; 2013.
51. 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.
52. Soares PS, Brandão ER. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saúde Soc* 2012; 21(4): 940-53.
53. Pascom ARP, Szwarcwald CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(Suppl 1): s27-35.
54. UNAIDS/WHO/SACEMA Expert Group on Modelling the Impact and Cost of Male Circumcision for HIV Prevention. Male circumcision for HIV prevention in high HIV prevalence settings: what can mathematical modelling contribute to informed decision making? *PLoS Med* 2009; 6(9): e1000109.
55. Newer approaches to HIV prevention. *Lancet* 2007; 369(9562): 615.
56. Mills E, Cooper C, Anema A, Guyatt G. Male circumcision for the prevention of heterosexually acquired HIV infection: a meta-analysis of randomized trials involving 11050 men. *HIV Med* 2008; 9(6): 332-5.
57. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 2007; 369(9562): 657-66.
58. Ware NC, Wyatt MA, Haberer JE, Baeten JM, Kintu A, Psaros C, et al. What's love got to do with it? Explaining adherence to oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV-serodiscordant couples. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012; 59(5): 463-8.
59. Baeten J, Celum C. Systemic and topical drugs for the prevention of HIV infection: antiretroviral pre-exposure prophylaxis. *Annu Rev Med* 2013; 64(1): 219-32.
60. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV Prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med* 2012; 367(5): 399-410.

Recebido em: 05/01/2014

Versão final apresentada em: 11/08/2014

Aceito em: 04/09/2014