

# ‘Couro no couro’: homens com práticas homossexuais e prevenção do HIV na Região Metropolitana do Recife

*‘Leather on leather’: men with homosexual practices and HIV prevention in the Recife Metropolitan Region*

Luís Felipe Rios<sup>1</sup>, Karla Galvão Adrião<sup>1</sup>, Amanda Albuquerque<sup>1</sup>, Amanda França Pereira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E706

**RESUMO** O texto aborda as práticas sexuais e a prevenção do HIV nos circuitos de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) da Região Metropolitana do Recife, embasados em inquérito comportamental com 380 HSH de idade de 18 a 51 anos, e entrevistas com 20 dos respondentes. Os dados analisados foram coletados entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2017, quando a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ainda não estava disponível e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) era pouco conhecida (51,8%) e utilizada (1,3%). O Sexo Anal Desprotegido (SAD) (50,6% em parcerias fixas, 30,2% em casuais) ocorria, geralmente, com parceiros presumidamente negativos para HIV. As sorologias eram inferidas pelos vínculos (estranho, conhecido, amigo, namorado). As emoções (medo, tesão, amor, confiança, nojo, carência) eram importantes na configuração do SAD, normalmente articuladas às vinculações. Observaram-se regimes de prazer dissidentes da heteronormatividade: boca-ânus e boca-pênis; sexo a três e em grupo. Considerando a forte presença de SAD e a alta prevalência de HIV em Recife (21,5%), constatou-se a necessidade de ações educativas que apresentem técnicas da prevenção combinada (camisinha, PrEP, PEP, soroescolla, segurança negociada etc.) mediante narrativas que incorporem vínculos, emoções e regimes de prazer dissidentes, para que, ao se aproximarem dos contextos de usos, possibilitem escolhas mais seguras.

**PALAVRAS-CHAVE** HSH. HIV/Aids. Práticas sexuais. Vulnerabilidade. Prevenção. Prevenção combinada.

**ABSTRACT** *In this text we address sexual practices and HIV prevention in the circuits of men who have sex with men (MSM) in the Metropolitan Region of Recife (RMR), based on a behavioral survey with 380 MSM, aged between 18 and 51 years, and interviews with 20 of the respondents. The analyzed data were collected between January 2016 and February 2017, when Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) was not yet available and Post-Exposure Prophylaxis (PEP) was little known (51%) and used (1.3%). Unprotected Anal Sex (UAS) (50.6% in steady partners, 30.2% in casual partners) generally occurred between partners who were presumed to be HIV-negative. Serologies were inferred by ties (stranger, acquaintance, friend, boyfriend). Emotions (fear, lust, love, trust, disgust, neediness) were important in UAS configuration, almost always linked to attachments. We observed dissident pleasure regimes of heteronormativity: mouth-anus and mouth-penis; threesome and group sex. Considering the strong presence of UAS and the high prevalence of HIV in Recife (21.5%), we found the need for educational actions that introduce combined prevention techniques (condoms, PrEP, PEP, serochoice, negotiated safety etc.) through narratives that incorporate dissident bonds, emotions, and pleasure regimes, so that, when approaching the contexts of use, they enable safer choices.*

**KEYWORDS** MSM. HIV/AIDS. Sexual practices. Vulnerabilities. Prevention. Combined prevention.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.  
lfelipe.rios@gmail.com



## Introdução

Neste texto, abordamos questões em torno da conduta sexual de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), integrantes de circuitos de homosociabilidade da Região Metropolitana do Recife (RMR), na perspectiva de contribuir para a prevenção do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A categoria populacional HSH permanece entre as mais afetadas pelo HIV no mundo<sup>1,2</sup>. No Brasil, ao longo de 40 anos de epidemia, esforços foram feitos para o enfrentamento dessa questão, os quais envolveram a participação conjunta de pesquisadores, sociedade civil e governos em ações comunitárias de prevenção para os HSH e para a desestigmatização das homossexualidades na sociedade; no acesso a preservativos e à testagem para a população geral e a terapias antirretrovirais para as Pessoas Vivendo com HIV (PVH)<sup>3,4</sup>.

Nos últimos dez anos, acompanhando o retrocesso moralista sobre sexualidade e gênero na vida social brasileira<sup>5-8</sup> e em afinidade com a política global de HIV/Aids<sup>9</sup>, houve uma guinada rumo a uma prevenção de cunho mais medicamentoso e individualista, apresentada sob o guarda-chuva da Prevenção Combinada<sup>10</sup>. Os recursos para o enfrentamento da epidemia foram, em sua maior parte, destinados para as estratégias de Tratamento como Prevenção (TcP) articuladas à ideia de ‘Testar e Tratar’<sup>11-13</sup>.

Houve quase que um completo abandono daquilo que produziu o êxito da resposta brasileira dos anos de 1990 e 2000, ou seja, a dialogia e a participação comunitária nos processos de educação em saúde para mobilizar as mudanças necessárias com vistas a barrar o vírus nos organismos e na sociedade<sup>5,6,14</sup>.

Em 2012, enquanto a prevalência do HIV estimada para a população geral era de 0,6% (0,8% para homens)<sup>15</sup>, estudo de 2008/2009 mostrava que a prevalência para HSH variou de 5,2% (Recife) a 23,4% (Brasília), com média

de 14,2%<sup>16</sup>. Acompanhando o vácuo da prevenção, a prevalência cresceu. Estudo realizado em 2016 evidenciou que, no Recife, a prevalência saltou para 21,5%<sup>17</sup>.

Para compreender esse contexto, é importante investigar os motivos de uso/não uso das práticas preventivas chanceladas pela saúde pública, bem como a ocorrência de práticas alternativas de gerenciamento de risco, aquilo que a literatura denomina de soroadaptativas<sup>5,18,19</sup>. Elas estão relacionadas com a saturação do preservativo como medida de proteção, com a disseminação de conhecimentos sobre a transmissão do vírus e com as evidências sobre o sucesso de tecnologias biomédicas no tratamento e na prevenção. As modalidades mais recorrentes são o coito interrompido, o soroposicionamento (sexo anal insertivo ou receptivo em função da sorologia do parceiro) e a soroescolla (seleção de parceiros sexuais de mesma sorologia)<sup>20-27</sup>.

Ainda que os regimes eróticos das culturas das redes de HSH tenham sido bastante investigados pelas pesquisas qualitativas<sup>28</sup>, são pouco explorados em inquéritos comportamentais<sup>16,17,29-31</sup>. Estes não dão a devida importância ao modo como o ‘ânus’ é ‘encantado’ em ‘cu’, restringindo-se quase sempre a registrar a sua interação comportamental com o pênis, dada a sua importância na transmissão do HIV entre HSH – praticantes de Sexo Anal Receptivo (SAR) e de Sexo Anal Receptivo e Insertivo (Sari) possuem, respectivamente, 1,8 e 2,2 vezes maior prevalência para a infecção pelo HIV que os praticantes de Sexo Anal Insertivo (SAI)<sup>26</sup>.

Neste artigo, exploramos as práticas soroadaptativas por meio dos resultados de um inquérito comportamental e de entrevistas de aprofundamento com alguns dos respondentes. Também, discutimos as parcerias e as práticas sexuais que são importantes para o delineamento de ações preventivas voltadas a essa população, mas que, por atualizarem práticas dissidentes da heteronormatividade<sup>32</sup>, são quase sempre desconsideradas.

## Metodologia

Com viés etnográfico, a pesquisa que originou os dados aqui analisados ocorreu na RMR, em várias fases, que envolveram: observação participante em espaços de homossociabilidade (2013-2021); 25 entrevistas com enfoque biográfico (realizadas em 2015); inquérito comportamental viabilizado pela aplicação de 380 questionários (realizado entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2017); 20 entrevistas temáticas com respondentes do inquérito (realizadas entre junho de 2016 e fevereiro de 2017); e 38 entrevistas com enfoque biográfico (realizadas entre março de 2019 e dezembro 2021). Para este artigo, focamos na análise do inquérito comportamental e das entrevistas temáticas realizadas, que contou com a participação de HSH de idades variando de 18 a 51 anos<sup>33</sup>.

O inquérito investigou conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com sexualidade, HIV/Aids, outras IST e violência. A amostra foi produzida pela técnica da referência em cadeia<sup>34</sup>, utilizada para acessar populações de difícil acesso que compõem redes de relações comunitárias<sup>35</sup>. Para garantir a heterogeneidade da amostra, esta foi iniciada por residentes em 6 dos 14 municípios na RMR, que estavam entre os 10 com maiores taxas de Aids da região Nordeste<sup>36</sup>. Foram formadas dez cadeias de HSH, em que um entrevistado inicial indicava outros interlocutores (máximo

de sete) e assim sucessivamente. O inquérito foi aplicado por jovens homens estudantes de graduação em ciências humanas ou da saúde. A marcação de sexo-gênero (homens) dos entrevistadores objetivou facilitar o *rapport* e a produção das cadeias de respondentes<sup>33</sup>.

As análises estatísticas descritivas foram produzidas pelo programa SPSS.21 e abordaram: os dados sociodemográficos e descritores sobre estilização de gênero e posições sexuais (*tabela 1.1*); práticas de Sexo Anal Desprotegido (SAD) com parceiros fixos e parceiros ocasionais nos seis meses anteriores à aplicação dos questionários (*tabela 1.2*); uso da camisinha (*tabela 1.3*), testagem anti-HIV (*tabela 1.4*); descritores sobre motivações e contextos (questão de múltiplas alternativas de resposta) da última cena de SAD (*tabela 2*); práticas sexuais já realizadas (questão de múltiplas alternativas de resposta) (*gráfico 1*); prazer nas práticas sexuais (*gráfico 2*). A questão que originou o *gráfico 2* consistiu em uma questão com cinco alternativas de resposta para cada prática sexual mencionada pelo entrevistador (1. desprazeroso; 2. pouco prazeroso; 3. prazeroso; 4. muito prazeroso; 5. extremamente prazeroso; 99. não quero responder). Na análise, estas foram dicotomizadas em desprazeroso, 1 e 2; e prazeroso, 3, 4 e 5. As alternativas ofertadas para as respostas nos dois últimos temas foram construídas a partir da nossa experiência etnográfica.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, uso da camisinha no sexo anal e testagem para HIV

<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>1.1 Perfil Sociodemográfico</b>			
Raça	Branca	95	25,2
	Negra	247	65,5
	Outras	35	9,4
Total	377	100,0	
Faixas de idade	18-25	287	75,6
	26-30	81	21,3
	Mais de 41	12	3,2
Total	380	100,0	
Religião	Católica	84	22,3
	Outras religiões	17	4,5
	Sem religião	226	59,9
Total	377	100,0	

Tabela 1 (cont.)

<b>Categoria</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Escolaridade	Fundamental*	40	10,5
	Médio **	94	24,7
	Superior *	246	64,7
Total		380	100,0
Situação laboral	Empregado	178	47,0
	Empregador/autônomo	24	6,3
	Não trabalha	177	46,7
Total		379	100,0
Estilo corporal	Efeminado	120	31,8
	Másculo	88	23,3
	Não sabe	169	44,6
Total		377	100,0
Posição sexual	Exclusivamente passivo	30	8,0
	Versátil mais passivo	85	22,7
	Versátil	163	43,5
	Versátil mais ativo	65	17,3
	Exclusivamente ativo	32	8,5
Total		375	100
Situação conjugal	Vive com homem	33	9,0
	Namora com um homem	95	25,0
	Namora com uma mulher	3	1,0
	Solteiro	248	65,0
Total		379	100,0
<b>1.2 Sexo anal nos últimos 6 meses</b>			
Parceria fixa	Sim	223	56,7
	Não	157	41,3
Total		380	100,0
Parceria ocasional	Sim	235	62,0
	Não	144	38,0
Total		379	100,0
<b>1.3 Uso da camisinha</b>			
Alguma vez (fixa)	Sim	162	73,0
	Não	60	27,0
Total		222	100,0
Alguma vez (ocasional)	Sim	215	92,9
	Não	19	8,1
Total		234	100
Todas as vezes (fixa)	Sim	92	56,8
	Não	70	43,2
Total		162	100
Todas as vezes (ocasional)	Sim	162	76,1
	Não	51	23,9
Total		213	100,0
Consistência (fixa)	Sim	92	41,4
	Não	130	56,6
Total		222	100,0
Consistência (ocasional)	Sim	162	69,8
	Não	70	30,2
Total		232	100,0

Tabela 1 (cont.)

Categoria		N	%
<b>1.4 Testagem</b>			
Realização	Sim	286	75,3
	Não	94	24,7
Total		380	100
Quando fez o teste	Menos de 6 meses	142	50,4
	Entre 6 meses e 1 ano	88	31,2
	Mais de 1 ano	52	18,4
Total		282	100
Resultado do Teste	Positivo	4	1,4
	Negativo	280	97,9
	Não quis responder	2	0,7
Total		286	100,0
Motivo de realização	Solicitação do empregador	9	3,2
	Pré-natal	3	1,1
	SAD conhecido/amigo	38	13,5
	SAD parceiro fixo/traição	8	2,8
	SAD parceiro fixo e/ou relacionamento acabou	12	4,3
	SAD estranho que parecia saudável	13	4,6
	Curiosidade	97	34,4
	Parceira(o) pediu	3	0,1
	Indicação médica	34	12,1
	Outro motivo	65	23
Total		282	100

Fonte: elaboração própria.

\* Completo e incompleto; \*\* Completo.

Tabela 2. Descritores da cena de SAD por modalidades de parcerias

Categorias	Descritores	Modalidade de parceria (%)	
		Fixa	Casual
Sexo-gênero	Homem	86,2	82,9
	Mulher	2,3	1,4
	Trans	1,5	0
Posição sexual	Ativo	30,0	22,9
	Passivo	30,8	32,9
	Versátil	23,1	20
Vinculação	Desconhecida	-	10
	Conhecida	-	58,6
	Amiga	-	35,7
Emoções	Confiança	76,2	35,7
	Tesão	50,8	51,4
	Apaixonamento	32,3	1,4
	Amor	32,3	1,3
	Fidelidade	46,9	2,9

Tabela 2. (cont.)

Categorias	Descritores	Modalidade de parceria (%)	
		Fixa	Casual
Condição sorológica	Não sabe sorologia do parceiro	16,9	40
	Parceiro tinha teste HIV-	45,4	10
Estilização corporal	Parceiro parecia saudável	23,1	17,1
	Outros		
	Gozar fora	41,5	41,4
	Praticante de <i>barebacking</i>	24,6	11,4
	Não tinha camisinha	19,2	25,7
	Sob o efeito de álcool ou outra droga	16,9	28,6
	Não foi a primeira vez com a mesma pessoa	50,0	18,6

Fonte: elaboração própria.

Foram entrevistados 20 dos 380 respondentes ao questionário, de modo a aprofundar os modos como lidam com a prevenção do HIV, recolocando em discussão alguns padrões interacionais identificados na primeira onda de entrevistas<sup>13</sup>. Entrevistamos pessoas que se mostraram interessadas a dar mais uma contribuição para a pesquisa. Para garantir o sigilo e o anonimato, utilizamos nomes fictícios para nos referirmos a eles (*quadro 1*). Como as vinculações dos respondentes com a pesquisa já haviam sido formadas, as entrevistas foram conduzidas por jovens mulheres, estudantes de graduação em psicologia. Nas pesquisas sobre sexualidade, o sexo-gênero dos/as pesquisadores/

as, especialmente os/as responsáveis pela coleta, interferem na produção dos dados. É possível que alguns voluntários da pesquisa tenham desistido de participar da segunda etapa ao saber que seriam entrevistados por uma mulher. Do mesmo modo, entrevistados podem descrever diferencialmente eventos de seus cursos de vida sexual em função do sexo-gênero dos entrevistadores. Assim, informar a organização da repartição das funções na coleta por sexo-gênero, de uma equipe composta por homens e mulheres, ajuda a melhor situar o leitor sobre a qualidade dos dados<sup>33</sup>. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade de filiação dos autores.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica dos interlocutores das entrevistas

Nome	Idade	Cor	Gênero	Posição sexual	Instrução
Humberto	19	Parda	Não sabe	Versátil/Passivo	Superior incompleto
Durval	24	Indígena	Efeminado	Versátil	Pós-graduado
Paulo	23	Preta	Efeminado	Versátil	Técnico incompleto
Leandro	36	Branca	Não sabe	Versátil/Ativo	Superior incompleto
Rafael	20	Amarela	Efeminado	Versátil/Passivo	Superior incompleto
Roberto	20	Preta	Não sabe	Versátil	Superior incompleto
Luís	22	Preta	Efeminado	Versátil	Superior incompleto
João	26	Preta	Efeminado	Versátil/Passivo	Fundamental
Guilherme	20	Parda	Não sabe	Versátil	Superior incompleto
Miguel	21	Parda	Não sabe	Versátil	Superior incompleto
Marcel	38	Branca	Não sabe	Versátil/Ativo	Médio completo
Juliano	21	Branca	Não sabe	Versátil/Ativo	Superior incompleto

Quadro 1

Nome	Idade	Cor	Gênero	Posição sexual	Instrução
Genilson	25	Preta	Não sabe	Ativo	Superior incompleto
Marcilio	26	Preta	Não sabe	Versátil	Superior incompleto
Marcelo	19	Amarela	Não sabe	Versátil	Superior incompleto
Davi	18	Branca	Não sabe	Versátil	Superior incompleto
Celso	24	Preta	Másculo	Versátil/Ativo	Superior
Canindé	39	Parda	Não sabe	Versátil/Ativo	Superior incompleto
Giorgio	28	Parda	Efeminado	Passivo	Superior
Márcio	21	Parda	Não sabe	Versátil/Passivo	Superior incompleto

Fonte: elaboração própria.

## Resultados e discussão

O perfil sociodemográfico dos respondentes do inquérito mostra que a maioria era composta por homens negros (65,5%) e sem religião (59,9%). A idade variou de 18 a 51 anos (média de 24 anos). Muitos estavam desempregados (46,7%), mas a escolaridade era alta: 64,7% afirmaram ter o curso superior (completo ou incompleto). Estar estudando, em treinamento ou realizando estágio (71,6%) foi o principal motivo para não trabalhar. A renda média individual foi de R\$ 1.234,80. A maior parte dos que estavam trabalhando recebia entre um e dois salários mínimos (41,3%). Do total de respondentes, 65% não tinham namorado ou não viviam com alguém na ocasião da entrevista. Em relação ao estilo corporal de gênero, 31,8% se declararam efeminados; 23,3%, másculos; e 44,9% disseram que ‘não sabiam’ se classificar. Em relação à posição sexual, 83,5% eram de versáteis (incluindo mais passivos e mais ativos); 8,5%, de exclusivamente ativos; e 8,0%, de exclusivamente passivos (tabela 1.1).

### A gestão alternativa do risco para o HIV

Dos 380 participantes do inquérito, 56,7% (223) realizaram sexo anal com parceiro fixo, e 62% (235), com parceiro casual nos seis meses anteriores à entrevista (tabela 1.2). O SAD foi

relatado por 56,6% dos respondentes com parceiros fixos. No caso das parcerias ocasionais, o SAD foi relatado por 30,2% (tabela 1.3). Já fizeram o teste anti-HIV 75,3% dos respondentes, a grande maioria dos que se testaram (81,6%) o fizeram a menos de um ano e meio. Uma boa parte relatou que se testou por curiosidade (34,4%); 18,1%, por ter transado com parceiros casuais; e 7,2%, por questões relacionadas com parceiro fixo (ter pedido, traição ou fim do relacionamento). Dos que se testaram, 1,4% (4) tiveram resultado positivo (tabela 1.4).

Convém lembrar que, no período de realização da pesquisa, a camisinha ainda era a grande protagonista da prevenção individual para HSH. O teste, embora incorporado nas campanhas como medida protetiva, não possui efeito protetivo individual imediato; ainda que, quando articulado ao tratamento, contribui para a prevenção coletiva<sup>10,13</sup>. Apenas no final de 2017 a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) entrou no ‘cardápio’ da prevenção combinada<sup>37</sup>. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para casos de infecção em interação sexual consentida, ainda que já disponível nos serviços de saúde gratuitamente desde 2010, era pouco conhecida e utilizada<sup>11,13</sup>. Como mostram os resultados do inquérito, apenas 51,8% apresentaram conhecimento adequado sobre PEP; 38,9%, sobre o TcP; e 16,6%, sobre PrEP. Em um contexto marcado pelo SAD, e

de alta prevalência para o HIV<sup>17</sup>, apenas 1,3% dos HSH (5) afirmaram já ter recorrido à PEP quando realizaram sexo inseguro.

### A HISTÓRIA DE PAULO

Paulo (23 anos, negro, versátil) foi um dos quatro respondentes que declararam ser PVH. O diagnóstico ocorreu há um ano da realização da entrevista, quando fez uma série de exames para ingressar em um curso de cozinheiro. Tão logo teve o diagnóstico, iniciou o tratamento. Ele comentou que

*[...] em menos de cinco meses meu vírus zerou. Ele já está em uma cápsula, só Deus sabe que danado é isso, que só os médicos entendem. Mas o remédio controlou o vírus e ele sumiu.*

Comentou ainda que o processo para fazer a carga viral baixar não foi fácil:

*Eu comecei a tomar um medicamento muito forte, que eu ficava vendo coisa, piscando [...] um sono muito desgraçado. [...] E eu muito louca, dava crise de riso, depois eu chorava. É uma coisa que mexe muito com o emocional. [...] Eu pensava que ia tomar milhões de remédios, mas tomei só um. Só que esse remédio eu deixei de tomar, ele estava me dando convulsão, aí eu já mudei para o outro.*

Relatou que, depois que descobriu ser PVH, só transa com preservativo: “Foi com [...] os dois de aplicativo. [Aham.] E pronto, só essas duas vezes que eu lembro. E com Junior, né? Agora, que é meu companheiro”.

Eles se conheceram no Facebook. Dois ou três dias depois, combinaram de se encontrar no curso de cozinha. Já no primeiro encontro presencial, contou sobre sua condição sorológica. Havia passado por várias situações de estigmatização por amigos e não queria se envolver afetivamente com uma pessoa para, depois da revelação, ser abandonado.

*Aí eu contei tudo a Junior e ele olhou pra mim, me abraçou, chorando. Disse que me admirava muito,*

*que eu sou um homem muito forte e corajoso de dizer tudo a ele no primeiro encontro. E que ele jamais iria dizer ‘não’ a mim.*

Paulo associou a aceitação ao fato de o namorado já ter tido relacionamento com outra PVH.

*E ele disse que já se envolveu com uma pessoa [...] que toda vez que ele tinha relação sexual nunca penetrava e o rapaz nunca ejaculava. Só ele que ejaculava. [...] E depois de oito meses de relacionamento que o rapaz disse a ele que tinha HIV.*

Antes do diagnóstico, Paulo era, nos termos dele, uma “cachorra” – imagem que remete às cadelas de rua no cio e múltiplos parceiros tentando a cópula. “Eu nem ligava, eu fodia, ‘vamos transar? bora!’ Eu transava, metia em um, e eu, se tivesse uma orgia, eu metia em um, metia em outro”. Preservativo não fazia parte de seu cardápio sexual. O não uso estava relacionado “ao trabalho de botar a camisinha. Porque eu não suporto colocar camisinha. Então isso atrapalhava. Quando você está fazendo com tesão, aquela coisa toda...”.

Nos tempos em que ele não sabia ser PVH, a camisinha só entrava na cena sexual quando um parceiro solicitava ou por “nojo” de se melar:

*O último sem camisinha que eu fiz foi esse menino, que eu pensava que eu ia ficar com ele para o resto da vida, mas não foi. [...] fui lá pra divisa de Alagoas, onde ele mora. [...] Bem longe [...], a pessoa viça, viça mesmo, pra macho. [...] Passamos o dia juntos no motel, a gente transou com e sem camisinha. Eu botei camisinha primeiro porque eu estava com nojo da chuca [lavagem intestinal], de me melar de, de fezes e tal. [Aham.] Mas depois eu fui com, com, sem camisinha mesmo na terceira vez. [...] E ele também penetrou em mim sem camisinha, foi aquela cachorrada toda.*

### CENAS DO SEXO DESPROTEGIDO

Paulo parece ser aquela exceção que permite a compreensão das regras, porque uma primeira leitura de sua narrativa nos leva a pensar que

antes de saber ser portador do HIV não fazia diferença entre parceiros fixos e casuais na disposição para o uso do preservativo masculino. A grande maioria de nossos interlocutores tende a tirar a camisinha com alguém que conhece, em uma ordem em que o SAD é mais recorrente com parceiros fixos, amigos e conhecidos<sup>13,18</sup>.

Juliano (21 anos, branco, versátil mais ativo) disse que sempre usa, mas imediatamente pondera: “*na medida do possível que estou sóbrio*”. Ele prosseguiu relativizando:

*[...] não com parceiros fixos. Com parceiros fixos, como só tive um, eu não usava camisinha, até acabar e ficar nas recaídas. A partir das recaídas, às vezes era com camisinha, às vezes era sem, dependia do momento.*

Roberto (20 anos, negro, versátil), Luís (22 anos, negro, versátil) e Davi (18 anos, branco, versátil) também exemplificaram o SAD com parceiros fixos, recorrendo a enredos vividos com ex-namorados. Roberto contou que, por ser da área de saúde, tinha mais possibilidade de realizar a testagem e convenceu o namorado a fazerem periodicamente. “*O meu último foi em dezembro do ano passado, de 2016 [...] e ele também fez*”. Mesmo com o namoro estando estremecido, os dois continuaram se testando juntos e transando sem camisinha eventualmente.

Luís e Davi falaram da confiança que tinham nos ex-namorados, que também passava pelo fato de eles e dos parceiros realizarem juntos os cuidados de saúde sexual:

*Nós sempre nos preservamos juntos, a gente faz exame, a gente vai a médico. [Entendi.] Então, eu confio muito nele e vice-versa. [Vocês passaram quanto tempo juntos?] A gente passou um ano e dois meses. [...]. (Luís).*

*Com meu ex, a gente não usava tanto por questões do tipo, eu não sei colocar camisinha [risos]. Então, a gente não usava muito. Mas eu sempre buscava ter cuidado tipo, ele ia para o urologista pra saber*

*se tinha alguma doença, fazia todas as precauções necessárias porque eu confiava nele e ele confiava em mim. Então tipo, a gente já tinha estabelecido essa relação, a gente já sabia que tipo, não oferecia nenhum risco. Mas, pouco tempo depois de terminar com ele eu peguei uma infecção no meu pênis [...]. Depois da infecção eu disse ‘eu não vou transar sem camisinha’. (Davi).*

Juliano, o mesmo que disse usar camisinha quando está sóbrio, e que não a usava com o ex-namorado, justificou, também pela confiança, ter tido mais uma cena de SAD, dessa vez com um amigo de faculdade. Eles não chegaram a se testar antes, como relataram ter feito Roberto, Davi e Luís. O argumento de Juliano era o de que o parceiro era virgem – assim diziam integrantes da rede de relações comum aos dois. Acompanhemos o relato:

*[...] a questão de [a camisinha] incomodar e tal e eu confiava no cara, [...] e quando ele cedeu pra ficar comigo e daí eu digo não, não vou fazer no primeiro momento, na primeira dele, eu não vou transar com camisinha com ele e tal.*

Humberto (19 anos, negro, versátil mais passivo) conheceu o amigo de um amigo em uma festa universitária. Relatou que não queria realizar o SAD, “*mas aí ele foi conversando comigo e tal, e num momento lá e no auge, né? Do negócio, eu acho que me liberei mais assim, né? E aconteceu*”. Mais adiante, durante a entrevista, ele disse que, até aquele momento (a transa foi em 2013), não fez o teste por “*morrer de medo do resultado*”.

Durval (24 anos, indígena, versátil) teve um relacionamento aberto.

*A gente tem um acordo de se preocupar não só com a própria saúde, que é importante, mas com a do outro. [...] [Tu sempre transas com camisinha?] Com ele não, a gente fez exame, a gente transa sem camisinha.*

Luís, que como Juliano também transou com um amigo, contou que a penúltima vez na

qual teve sexo anal “*foi com camisinha porque a gente só tinha contato na faculdade, eu não conhecia ele, a vida sexual dele nem vice-versa*”. Márcio (21 anos, negro, versátil mais ativo) disse que não transa com ninguém sem camisinha, seja qual for a vinculação. Ele tem muito medo do HIV e da Aids.

Os dados do inquérito são sintonizados com as modalidades de experiências de SAD mais relatadas nas entrevistas. Ser praticante de *barebacking* (definido como sexo sem camisinha como uma decisão intencional dos parceiros)<sup>22</sup> foi a explicação para um quarto dos que realizaram SAD com parceiros fixos, denotando, como nos casos acima relatados, que os parceiros ‘sabiam o que faziam’ quando o SAD acontecia. Em adição, um grande percentual (45,4%) respondeu saber que o parceiro possuía resultado negativo para o HIV.

Ainda no que se refere às parcerias fixas, a *tabela 2* mostra que confiança (76,2%), fidelidade (46,9%), tesão (56,6%), apaixonamento (32,3%) e amor (32,3%) foram as emoções que justificaram a última cena de SAD, e, também, as mais presentes entre os nossos interlocutores das entrevistas. Gozar fora foi uma medida preventiva que aconteceu com cerca de 41% dos respondentes – e lembrou as interações sexuais vividas por Júnior, namorado de Paulo, com o ex que era PVH. Foi relatado por metade desse agrupamento não ter sido a primeira vez que transou sem camisinha com o mesmo parceiro. No que se refere às posições sexuais, 30% relataram serem exclusivamente ativos; 30,8%, exclusivamente passivos; e 23,1%, versáteis.

Nas cenas de SAD com parceiros casuais, estas tenderam a ser com conhecidos (58,8%) e amigos (35,7%). Tesão (51,4%) e confiança (35,7%) foram as principais emoções que motivaram o SAD. Também, para esse grupo, gozar fora foi uma medida preventiva muito recorrente (41%). Em acordo com o chiste de Juliano e a cena pós-festa relatada por Humberto, estar sobre o efeito de álcool e outras drogas (28,6%) e não ter camisinha (27,7%) na cena da interação foram motivos bastante presentes entre os praticantes de SAD com parceiros

casuais. No que se refere às posições sexuais, 22,9% relataram ser exclusivamente ativos; 32,9%, exclusivamente passivos; e 20%, versáteis (*tabela 2*).

Luís mencionou ter se arrependido de uma transa sem camisinha com um rapaz que conheceu em um aplicativo e disse que, logo em seguida, foi fazer o exame. Ele prosseguiu:

*Teve outras, mas não foi sexo propriamente dito, né? Eu tive uma com meu melhor amigo já, [...] mas não teve penetração, só foi o sexo oral mesmo. [...] Fiz um com a minha amiga quando eu estava muito bêbada, que também foi sem camisinha, mas ela toma remédio, ela se cuida. (Luís).*

Ele disse que costumava se testar regularmente. Nos momentos em que transa sem camisinha e ‘bate o desespero’, ele relatou que procura o seu pai, médico. Este, por sua vez, o encaminha para um amigo de profissão, que solicita a testagem. A entrevistadora questionou se ele conhece a PEP. Ele respondeu que não. Chama atenção, aqui nesse relato, a falta de conhecimento, não apenas do rapaz, mas dos médicos, uma vez que, diferentemente da PEP que tem eficácia de impedir a infecção, a testagem apenas apazigua o medo.

## VÍNCULOS E EMOÇÕES

As narrativas de nossos interlocutores e a descrição de vínculos e emoções da cena do sexo desprotegido no inquérito reiteram os achados anteriores<sup>13</sup> e permitem afirmar que quanto mais confiança o vínculo produza (por conhecimento e/ou por amor), maiores as chances de a camisinha sair do cardápio sexual<sup>18</sup>. Uma confiança que é inferida a partir do conhecimento sobre a pessoa e seus hábitos, especialmente os sexuais<sup>19,24,25</sup>.

Assim, pode-se afirmar que predominam práticas de soroescolha presumidas, e, em alguns casos, quando há acordos explícitos entre os parceiros, a ‘segurança negociada’. Não obstante, é preciso ponderar que as motivações e os critérios para o SAD são frutos de

reflexões, *a posteriori*, sobre cenas evocadas em situação de entrevista. Na vida prática, as decisões são tomadas de modo não volitivo, na tensão/‘tesão’ da própria experiência sexual<sup>13</sup>. E nos parece que quanto maior o ‘tesão’, mais difícil é fazer a camisinha entrar, ainda que os ‘paus’ estejam em riste.

Chama atenção o relato de Paulo. Antes de se descobrir PVH, parecia haver como que uma onipotência expressa em enunciados como “*Eu pensava que podia pegar todo mundo, menos eu*”. Em todo caso, vê-se que outras emoções são muito presentes em sua narrativa daquele tempo, especialmente o ‘tesão’ crônico, expresso na ideia de “*cachorra*”, e “*viçar*”, que, aliada à onipotência e à ausência de camisinha, o tornou especialmente suscetível à infecção pelo HIV.

Nas entrelinhas, ele comentou sobre outro estado afetivo: a ‘carência’. A nossa interpretação da categoria vai por dois caminhos: 1) sinaliza o desamparo vivido por HSH e outros dissidentes da heteronorma<sup>38</sup>, relacionado com a estigmatização; e 2) remete ao amor romântico, dispositivo para formar casais, adotado em sociedades em que os sistemas de parentesco perderam força<sup>39</sup>.

Paulo relatou sobre cenas de estigmatização na infância e adolescência, na escola, na vizinhança e na família, que culminaram na sua expulsão de casa e na mudança para a casa da sua avó, que o acolheu. Comentou que os mesmos garotos que o xingavam, por ser efeminado, eram aqueles com quem tinha sexo às escondidas.

Sobre a segunda interpretação, que não exclui a primeira, mas a fortalece, carência é descrita como um estado afetivo próprio a

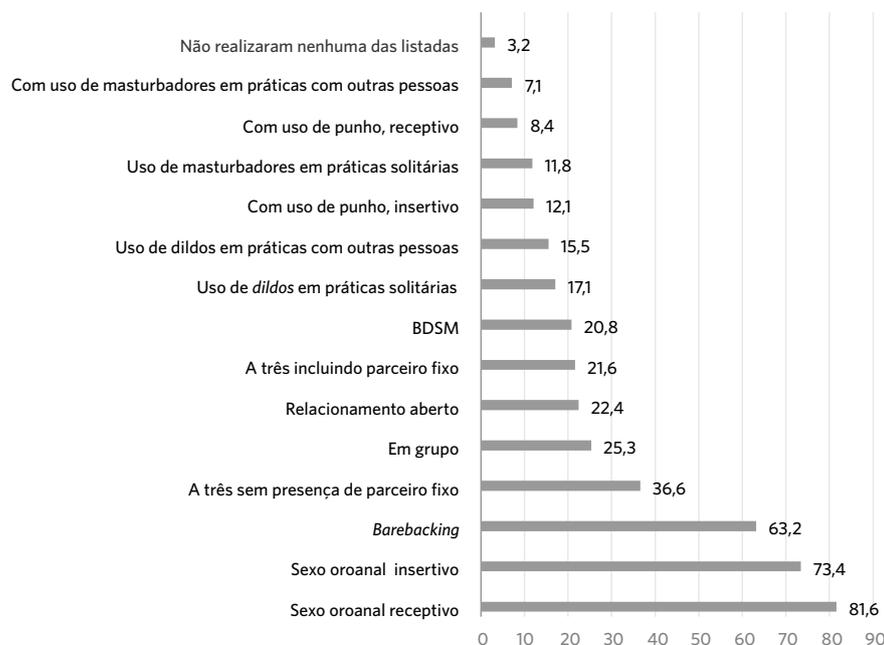
alguém que quer muito ter um parceiro fixo, e, de certa forma, precede e/ou sustenta o apaixonamento (32,3%) e o amor (32,3%). Faz parte do enredo do amor romântico, atualizado nos melodramas gays, a cena do mocinho em perigo que é salvo pelo príncipe encantado<sup>40,41</sup>.

Talvez, seja justamente a carência que potencialize a sensação das vinculações se realizando muito rapidamente, de modo que uma conversa de Facebook por três noites consecutivas já indique um estreitamento de laços, levando Paulo a acionar defesas (relatar ser PVH no primeiro encontro) para não se ferir. Ou, ainda, que ele se desloque de Recife à divisa com Alagoas para um dia de “*cachorrada*” com alguém que ele não conhecia presencialmente, mas acreditou que “*ia ficar com ele pro resto da vida*”.

## Prazeres sexuais dissidentes

No que se refere às práticas sexuais já realizadas algumas vezes na vida, as mais mencionadas no inquérito foram o sexo oróanal (‘cunete’) receptivo (81,6%) e insertivo (73,4%), e o *barebacking sex* (63,2%). O sexo com mais de uma pessoa também se mostrou prática recorrente, com alguma variação percentual para as suas diferentes modalidades: 36,6% relataram ter feito sexo a três sem presença de parceiro fixo, 25,3% evidenciaram sexo em grupo. Práticas grupais que envolvem parceiros fixos foram menos relatadas, mas, ainda assim, cerca de um quinto dos respondentes já teve alguma experiência com elas. Tiveram relacionamento aberto 22,4% dos respondentes; e sexo a três, 21,6% (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Práticas sexuais realizadas alguma vez na vida (%)

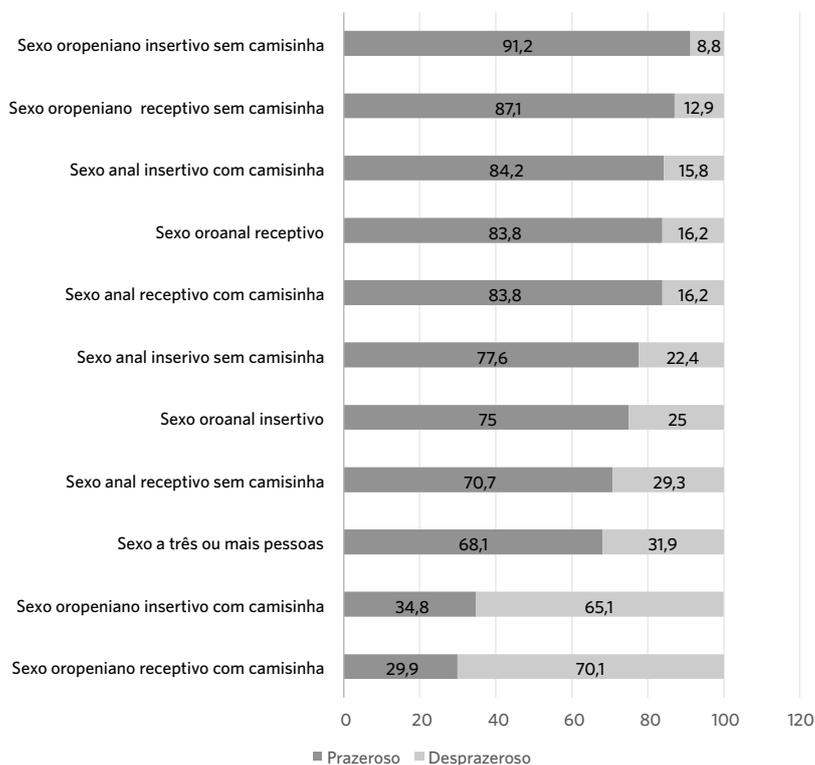


Fonte: elaboração própria.

O *gráfico 2* mostra as práticas sexuais conforme atribuição de valor. O sexo com mais de duas pessoas é relatado como prazeroso por mais da metade deles (68,1%), ainda que tenham aparecido pouco nas entrevistas – que enfocavam as últimas experiências sexuais dos interlocutores. Também não exploramos devidamente nas entrevistas as práticas orais que envolvem o ânus, as quais, conforme os interlocutores do inquérito, são bastante prazerosas, tendo o ‘cunete’ receptivo (ser chupado) com 83,2%; e o insertivo (chupar), com 75%.

O ‘boquete’ insertivo (ser chupado) (91,2%) e o receptivo (chupar) (87,1%) sem camisinha também foram práticas muito presentes nas entrevistas. No contexto dos usos da boca durante o sexo, as práticas de menor percentual de apreciadores foram o ‘boquete’ insertivo (34,8%) e o receptivo (29,9%) com camisinha. Chama atenção, entretanto, que o sexo anal insertivo (84,2%) ou receptivo (83,8%) com camisinha sejam descritos como mais prazerosos que o insertivo (77,6%) ou receptivo (70,7%) sem camisinha – o que, certamente, tem um profundo impacto da Aids e das campanhas sobre sexo mais seguro<sup>42</sup>.

Gráfico 2. Prazer/desprazer em práticas sexuais (%)



Fonte: elaboração própria.

### AINDA A CAMISINHA

O uso do preservativo masculino é explicitamente mais criticado no ‘boquete’ do que para ‘comer um cu’. O que não significa que não sejam feitas ressalvas sobre o seu uso na última modalidade. Luís contou como, na interação sexual com um primo, ele, embora tenha começado utilizando preservativo no sexo anal, o retirou no sexo oral. Comentou sobre a inversão nas etapas dos roteiros da ‘transa’, que quase sempre começa pelas práticas orais – para muitos, consideradas menos importantes ou nem sendo propriamente sexo. ‘Cunete’, ‘boquete’, ‘punheta’ ou ‘sarração’ seriam apenas preliminares. Justificou: “No sexo oral, ele pediu pra tirar. [...] Porque ele tem alergia a plástico, enfim”.

Celso (24 anos, negro, versátil ativo) disse ter muito medo do sexo oral desprotegido, mas não gosta de utilizar o preservativo: “o

*lubrificante da camisinha eu não gosto, do gosto, do cheiro...”*. Ele contou que, na primeira vez do sexo oral, ficou

*[...] muito tenso, muito doído. [...] Eu pensei, poxa, mentira, será que eu vou pegar alguma doença? Alguma DST? Aí ficava olhando a boca pra ver se surgia alguma coisa. [...] Infelizmente eu estava muito bêbado, ele também, assim, os dois.*

Marcelo (19 anos, amarelo, versátil) também disse que acha desagradável o sabor do látex, “da gosminha e tal, do lubrificante”, mas falou que “não incomoda, não interfere na sensação, pelo menos não no sexo anal”.

Ainda assim, parece que o uso da camisinha no sexo anal não é tão simples como usualmente se pensa. Paulo disse que é trabalhoso de botar e que quebra o ‘tesão’ parar para colocá-la. No entanto, ele a utilizava por precaução, caso o parceiro não houvesse feito

‘chuca’ direito, por ‘nojo’ das fezes. Juliano disse que incomoda utilizá-la. E completa: “às vezes escapa, né? Ela fica saindo do pau, você tem que ficar vigiando pra colocar de volta e tal”. Ele continuou:

*Não sei para a parte do passivo como é que fica a situação, mas como é que sente porque eu nunca... Quando fiz [passivo], estava namorando, estava aquela coisa de amor e tudo mais, aí eu não usei camisinha quando eu fui passivo. Mas, ao ser ativo com outras pessoas é muito incômodo, muito incômodo mesmo a camisinha. Você não sente bem nada. É bom o couro no couro.*

### EROTIZANDO A PREVENÇÃO

Os materiais instrucionais voltados para população HSH, sobretudo os produzidos por organizações governamentais, ainda estão localizados dentro de uma lógica heterossexual<sup>43</sup>. Muito da eroticidade que o inquérito dimensiona é dissidente das narrativas sobre sexualidade que a concebem como naturalmente reprodutiva – repronarrativas e reprosexualidades –, que sustentam a heteronormatividade<sup>32,44</sup>.

Práticas sexuais que tensionam, por exemplo, a monogamia e as mimetizações masculino/pênis/penetrante e feminino/vagina/ânus/penetrado<sup>45</sup>. Nesse âmbito, o ‘cu’ e a boca têm uma centralidade que, por vezes, borra e, por vezes, reorganiza as representações e práticas de HSH em relação às reprosexualidades<sup>46-48</sup>. O ‘boquete’ e o ‘cunete’, ainda que não sejam importantes na infecção pelo HIV, o são para muitas outras IST, além de serem práticas bastante presentes na obtenção de prazer.

Outro exemplo que borra as representações de sexo-gênero<sup>44,45</sup> mais comuns é o da versatilidade (Sari) nas posições sexuais<sup>1,27</sup>, relatada por 83,5% dos respondentes do inquérito, independentemente de estilizações de gênero. Ou seja, os prazeres do baixo corporal deslocam os homens das representações binárias masculino/ativo e feminino/passivo<sup>48</sup>.

Do mesmo modo, as relações duais são o foco dos materiais ainda que o sexo em grupo produza ‘tesão’ para dois terços dos respondentes. É preciso parar de criticar essa modalidade de parceria sexual como vilã da infecção pelo HIV<sup>31</sup> e pensar em estratégias preventivas que possam reconhecê-las e incorporá-las na prevenção enquanto formas legítimas de prazer.

Essas práticas e parcerias precisam aparecer nos materiais, nos aconselhamentos e nas oficinas de sexo seguro, em cenas que produzam reflexões e possibilitem que as decisões pelo sexo anal sem camisinha considerem não apenas os vínculos e as emoções, mas também incorporem uma série de tecnologias já disponíveis e realmente eficazes, mas pouco conhecidas — como a PrEP e a PEP<sup>11,37,49</sup>. Nesse âmbito, é preciso reconhecer a variação nos contextos intersubjetivos dos casais e outros arranjos de parcerias (triais etc.), e criar estratégias para “seguranças negociadas”<sup>5</sup> que incluam a testagem e o respeito às janelas imunológicas, e reflexões nas quais os acordos entre parceiros possam ser congruentes com a dinâmica do vírus<sup>37</sup>.

Um olhar especial precisa recair sobre a camisinha, uma vez que muitos participantes mencionaram dificuldades no uso dela. A indústria já avançou bastante no gosto e na sensibilidade, mas as que são distribuídas gratuitamente continuam sendo não adequadas para o sexo oral. Embora seja insignificante a possibilidade de infecção do HIV pelo ‘boquete’, este tem um papel importante no enredo sexual e poderia facilitar sua permanência para momentos de maior risco se a camisinha já fosse colocada nos momentos iniciais das transações sexuais.

### Considerações finais

Neste texto discutimos a gestão de risco para o HIV entre HSH da RMR. A coleta ocorreu em um contexto de alta prevalência de HIV, quando a PrEP ainda não estava disponível e a PEP era pouco conhecida e utilizada. Analisamos cenas sexuais produzidas por

meio de um inquérito comportamental e de narrativas em situação de entrevista. O SAD, com maior ocorrência nas parcerias fixas que nas ocasionais, acontecia, em geral, com parceiros presumidamente negativos para HIV. As sorologias eram inferidas pelos vínculos. As emoções eram importantes na configuração do SAD, quase sempre articuladas às vinculações.

Pudemos agregar a ‘carência’ ao rol das emoções presentes nas cenas de gestão de risco (confiança, fidelidade, ‘tesão’, amor, medo e alívio) descritas na literatura. Articulada pela estigmatização às homossexualidades e pelo enredo romântico, ela produz a vontade de formar parcerias fixas, podendo, a depender da consciência da pessoa (no sentido freiriano do termo<sup>50</sup>), tornar-se um elemento protetivo ou um elemento vulnerabilizante ao HIV. A história de Paulo, por apresentar o antes e o depois do diagnóstico de PVH, permitiu trazer para a reflexão as duas possibilidades.

Também pudemos explorar as muitas cenas de ‘tesão’ e como nelas predominam práticas dissidentes da heteronormatividade. O sexo em grupo e outras modalidades de parcerias não monogâmicas foram relatadas por grande parte dos respondentes como prazerosas. De forma similar, pudemos observar como o ‘cu’ e a boca possuem uma centralidade nas condutas sexuais dos HSH, que, para além das hierarquias de risco<sup>26</sup>, precisam ser reincorporadas à prevenção para que esta faça sentido e reverbere entre os HSH.

Nesse contexto, é preciso recuperar a diversidade de posições sexuais, expressões de gênero e gostos eróticos inventariadas na nossa pesquisa para sinalizar sobre a impropriedade de tomar a categoria epidemiológica HSH como categoria identitária, uniformizando as experiências de homens gays e outros HSH<sup>51</sup>. A categoria foi criada justamente para dar conta das implicações na prevenção do HIV da decalagem entre identidades e práticas sexuais, possibilitando ampliar o olhar da saúde pública para homens que não se identificavam como gays ou homossexuais, mas que faziam sexo com outros homens<sup>52</sup>. Essa forma de operar

solicita, inclusive, um olhar mais acurado sobre as comunidades homossexuais e suas dinâmicas, que envolvem uma grande variedade de subculturas e enredamentos e conexões sexuais com homens que também fazem sexo com mulheres, mas que não se identificam como homossexuais ou bissexuais<sup>27,28</sup>.

Considerando a recorrência de SAD e a carência de conhecimento adequado sobre as novas tecnologias de prevenção, constatamos a necessidade da realização de ações educativas em saúde sexual voltadas para os HSH. Ações que recoloquem as cenas acima relatadas de volta nos circuitos de homossociabilidade, de modo que, ao apresentarem os possíveis infortúnios das práticas em uso, possibilitem reflexão<sup>18</sup>. Como nos ensinaram as experiências da prevenção ao HIV das décadas de 1990 e 2000, sugerimos que, para inclusão da PrEP, da PEP ou de alguns arranjos eficazes de ‘soroescolla’ e ‘segurança negociada’ (quando mediados pela testagem)<sup>37</sup> nos cardápios sexuais, é necessário diálogo. Ocorra ele em situações de oficina, por meio de materiais educativos ou de campanhas de massa, o diálogo deve ser compreendido enquanto mecanismo inter-relacional e pedagógico<sup>50</sup>. Atualizado por narrativas que incorporem vínculos, emoções e regimes eróticos dissidentes ao permitir a aproximação dos contextos de usos, possibilite escolhas de alternativas preventivas mais seguras e, também, mais prazerosas.

## Colaboradores

Rios LF (0000-0002-0767-7845)\* contribuiu para elaboração do projeto, coordenação geral do campo, análise e interpretação dos dados, escrita do texto final. Adrião KG (0000-0002-7411-425X)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados e escrita do texto final. Albuquerque A (0000-0002-6457-4930)\* e Pereira AF (0000-0002-8153-2935)\* contribuíram igualmente para coleta, análise e interpretação dos dados, escrita de relatórios utilizados para a elaboração do texto final, e revisão do texto final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Baggaley RR, White MB. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(4):1048-63.
2. Beyrer CS, Baral F, Griensven S, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012; 380(9839):367-77.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens. Brasília, DF: MS; 2002.
4. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, et al. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *Am J Public Health*. 2005; (95):1162-1172.
5. Ferraz D, Paiva V. Sex, human rights and aids: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 [acesso em 2022 dez 16]; 18(supl1):89-103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/TRFLXnFqfpVFzj3xdBKPDLg/?lang=en>.
6. Paiva V, Antunes MC, Sanchez MN. O direito à prevenção da AIDS em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola. *Interface – Comun. Saúde, Educ*. 2020 [acesso em 2022 mar 15]; (24):e180625. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180625>.
7. Franch M, Rios LF. O direito à prevenção da Aids: nas escolas, nos serviços de saúde e alhures. *Interface – Comun. Saúde, Educ*. 2020 [acesso em 2022 mar 15]; (24):e190750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190750>.
8. Mora CM, Maksud I. Juventude, sexualidade, religião: questões atuais de pesquisa no campo do HIV/Aids. *Interface – Comun. Saúde, Educ*. 2020 [acesso em 2022 mar 15]; (24):e190751. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190751>.
9. Unaid. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Unaid; 2014.
10. Lermen HS, Mora C, Neves ALM, et al. AIDS em cartazes: representações sobre sexualidade e prevenção da Aids nas campanhas de 1º de dezembro no Brasil (2013-2017). *Interface – Comun. Saúde, Educ*. 2020 [acesso em 2022 mar 15]; (24):e180626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180626>.
11. Maksud I, Fernandes NM, Filgueiras SL. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Rev Bras. Epidemiol*. 2015 [acesso em 2022 mar 15]; 18(supl1):104-119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>.
12. Parker R. O fim da Aids? Rio de Janeiro: ABIA; 2015.
13. Rios LF, Albuquerque A, Santana W, et al. O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens. *Sex Salud Soc*. 2019 [acesso em 2022 mar 15]; (32):65-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.32.05.a>.
14. Seffner F, Parker R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to AIDS. *Interface – Comun. Saúde, Educ*. 2016 [acesso em 2022 mar 15]; 20(57):293-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011) – UN-GASS. Brasília, DF: MS; 2012.
16. Kerr L, Mota R, Kendall C, et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*. 2013; (27):427-435.
17. Kerr L, Kendall C, Guimarães M, et al. HIV Prevalence among Men Who Have Sex with Men in Brazil: Results of the 2nd National Survey Using Respondent-driven Sampling. *Medicine*. 2018; 97(18):9-15.

18. Rios LF. Sexualidade e prevenção entre homens que fazem sexo com homens nos contextos das pandemias de AIDS e da Covid-19. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 26(5):1853-1862. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.00482021>.
19. Nodin N, Leal I, Carballo-diéguez A. HIV knowledge and related sexual practices among Portuguese men who have sex with men. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(11):2423-2432.
20. The global forum on MSM. Serosorting and Strategic Positioning. 2013 [acesso em 2022 mar 15]. Disponível em: <https://goo.gl/w6jBQ8>.
21. Terto Jr. V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/Aids em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. *Rev. bras. Epidemiol.* 2015; 18(supl1):156-168.
22. Silva LA, Iriart J. Práticas e sentidos do *barebacking* entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. *Interface – Comun. Saúde, Educ.* 2010; 14(35):739-752.
23. De Luiz G. The use of scientific argumentation in choosing risky lifestyles within the scenario of AIDS. *Interface – Comun. Saúde, Educ.* 2013; 17(47):789-802.
24. Eaton L, Kalichman SC, O'Connell DA, et al. A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: Serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care.* 2009; 21(10):1279-1288.
25. Grace D, Chown SA, Jollimore J, et al. HIV-negative gay men's accounts of using contextdependent seroadaptive strategies. *Cult Health Sex.* 2014; 16(3):316-330.
26. Meng X, Zou H, Fan S, et al. Relative Risk for HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men Engaging in Different Roles in Anal Sex: A Systematic Review and Meta-analysis on Global Data. *Aids Behav.* 2015; 19(5):882-889.
27. Dangerfield DT, Smith LR, Williams J, et al. Sexual Positioning among Men Who Have Sex With Men: A Narrative Review. *Arch Sex Behav.* 2017; 46(4):869-884.
28. Rios LF. Homens jovens com práticas homossexuais e epidemia do HIV/aids: por uma re-erotização da prevenção. In: Neves A, Therense M, organizadores. *Hiv/Aids, gênero e sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento.* Manaus: Editora UEA; 2018. p. 24-58. [acesso em 2022 mar 15]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/331071151\\_HOMENS\\_JOVENS\\_COM\\_PRATICAS\\_HOMOSSEXUAIS\\_E\\_EPIDEMIA\\_DO\\_HIVaids\\_por\\_uma\\_re-erotizacao\\_da\\_prevencao](https://www.researchgate.net/publication/331071151_HOMENS_JOVENS_COM_PRATICAS_HOMOSSEXUAIS_E_EPIDEMIA_DO_HIVaids_por_uma_re-erotizacao_da_prevencao).
29. Rocha G, Kerr L, Brito A, et al. Unprotected Receptive Anal Intercourse Among Men Who have Sex with Men in Brazil. *AIDS Behav.* 2013; (17):1288-1295.
30. Magno L, Dourado I, Silva L A et al. Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2022 mar 15]; (51):102. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000016>.
31. Sousa AF, Oliveira LB, Queiroz AA, et al. Casual Sex among Men Who Have Sex with Men (MSM) during the Period of Sheltering in Place to Prevent the Spread of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 18(6):3266. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003024750>.
32. Warner M. Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text.* 1991; (29):3-17.
33. Rios LF, Adrião KG. Sobre descrições, retificações e objetividade científica: reflexões metodológicas a partir de uma pesquisa sobre condutas sexuais e HIV/aids entre homens com práticas homossexuais. *Saúde e Soc.* 2022 [acesso em 2022 mar 15]; 31(1):e210427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210427>.
34. Valente T. *Social networks and health: Models, methods, and applications* Oxford: Oxford University Press; 2010.
35. Magnani R, Sabin K, Saidel T, et al. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS.* 2005; 19(supl2):S67-72.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília, DF: MS; 2013.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a profilaxia pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2017.
38. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Paidós; 2010.
39. Alberoni F. Enamoramento e amor. Rio de Janeiro: Rocco; 1987.
40. Rios LF. Parcerias sexuais na comunidade entendida do Rio de Janeiro - notas etnográficas em torno de questões éticas e do amor romântico. In: Rios LF, Almeida V, Parker R, et al., organizadores. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2004. p. 100-114.
41. Rios LF. "Paizões", "filhotes" e a "simbiose do amor": regulações de gênero entre homens frequentadores da comunidade dos "ursos" no Recife (Brasil). Etnográfica (Lisboa). 2018 [acesso em 2022 mar 15]; 22(2):281-302. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/etnografica.5347>.
42. Parker R, Terto Jr. V, organizadores. Entre Homens: homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1998.
43. Pinheiro T. Camisinha, homoerotismo e os discursos de prevenção de HIV/AIDS. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
44. Rubin G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Nardi P, Schneider N, organizadoras. Social perspectives in Lesbian and Gay Studies: A Reader. Londres: Routledge; 1998. p. 100-132.
45. Rubin G. The traffic in women: Notes on the political economy of sex. In: Reiter R, organizadora. Toward an Anthropology of Women New York: Monthly Review; 1975. p. 157-210.
46. Preciado PB. Manifesto contrassexual. São Paulo: N1; 2015.
47. Souza Neto E, Rios LF. Apontamentos para uma economia política do cu entre trabalhadores sexuais. *Psicol. Soc.* 2015 [acesso em 2022 mar 15]; (27):579-586. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p579>.
48. Rios LF. Da hierarquia à igualdade? Parcerias sexuais, estilizações de gênero e classes sociais entre homens com práticas homossexuais. *RBEH.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 4(15):219-248. Disponível em <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/12216>.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - Suplemento III - Tratamento e Prevenção. Brasília, DF: MS; 2010.
50. Rios LF, Queiroz TN. Articulando materiais (áudio)visuais em contextos de práticas educativas de saúde e cidadania. In: Menezes J, Adrião KG, Rios LF, organizadores. Jovens, câmera, ação. Recife: EdUFPE; 2015. p. 219-265. [acesso em 2022 mar 15]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/365957578\\_Articulando\\_materiais\\_audiovisuais\\_em\\_contextos\\_de\\_praticas\\_educativas\\_de\\_saude\\_e\\_cidadania](https://www.researchgate.net/publication/365957578_Articulando_materiais_audiovisuais_em_contextos_de_praticas_educativas_de_saude_e_cidadania).
51. Mora C, Brigeiro M, Monteiro S. A testagem do HIV entre "HSH": tecnologias de prevenção, moralidade sexual e autovigilância sorológica. *Physis.* 2018; 28(2):1-28.
52. Deverell K, Prout A. Sexuality, identity and community: the experience of MESMAC. In: Parker R, Aggleton P, organizadores. Culture, society and sexuality: a reader. London: UC; 1999.

---

Recebido em 19/04/2022

Aprovado em 10/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: CNPq (processos 405259/2012-3, 470088/2013-3, 305136/2014-3, 310468/2018-3). Contou ainda com bolsas de iniciação científica da Facepe e do Pibic/UFPE