

Sexualidade, sociabilidade, trabalho e prevenção do HIV entre populações vulneráveis na pandemia da Covid-19

Sexuality, sociability, work, and HIV prevention among vulnerable populations during the COVID-19 pandemic

Carla Rocha Pereira¹, Marly Marques da Cruz¹, Vanda Lúcia Cota¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E704

RESUMO O advento da pandemia da Covid-19 restringiu o acesso à prevenção e aos serviços de HIV/AIDS, ocasionando efeitos nas condições de vida e saúde dos indivíduos. O objetivo foi analisar o acesso de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e mulheres trans/travestis às tecnologias de prevenção do HIV, suas práticas sexuais, de sociabilidade e de trabalho no contexto da Covid-19 em Curitiba/PR. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas virtuais, e utilizado o referencial conceitual da vulnerabilidade. A análise foi viabilizada pelo *software* MaxQDA. Os resultados apontaram que muitos HSH conseguiram se isolar socialmente, restringindo as parcerias sexuais, alguns perderam o emprego, e a diminuição da renda girou entre os autônomos ou profissionais liberais. As mulheres trans/travestis profissionais do sexo tiveram que interromper o isolamento social para retornarem ao trabalho sexual, expondo-se ao novo coronavírus. A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) foi utilizada entre aqueles(as) que já estavam em uso. A oferta da PrEP e da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) foram mantidas, mas sofreram mudanças. Os serviços especializados adequaram o atendimento, mas geraram exposição dos(as) usuários(as) e revelação do *status* sorológico. Como conclusão, destaca-se a necessidade de serviços de HIV contínuos em emergências de saúde pública, entendidos como um direito que deve ser garantido pelo Estado.

PALAVRAS-CHAVE Prevenção de doenças. HIV. Análise de vulnerabilidade. Minorias sexuais e de gênero. Covid-19.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic has restricted access to HIV/AIDS prevention and services, affecting individual living and health conditions. We aimed to analyze the access of Men Who Have Sex with Men (MSM) and transgender women to HIV prevention technologies, their sexual, sociability, and work practices during the COVID-19 pandemic in Curitiba (PR), Brazil. We implemented virtual semi-structured interviews and adopted the conceptual framework of vulnerability. The MaxQDA software facilitated the analysis. The results showed that many MSM managed to isolate themselves socially, restricting sexual partnerships while some lost their jobs, and income decline revolved among self-employed or freelancers. Female/trans sex workers had to stop social distancing to return to sex work, exposing themselves to the coronavirus. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) was adopted by those already using it. The of PrEP and Post-Exposure Prophylaxis (PEP) offer was preserved but modified. Specialized services adapted the attendance but generated users' exposure and serological status disclosure. In conclusion, we highlight the need for continuous HIV services in public health emergencies, a State-guaranteed right.*

KEYWORDS *Disease prevention. HIV. Vulnerability analysis. Sexual and gender minorities. COVID-19.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
carlaperei@gmail.com



Introdução

No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS vem acompanhando as diretrizes internacionais para prevenção, detecção e tratamento para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) ou populações vulneráveis à infecção. Tecnologias de prevenção, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) sexual, começaram a ser incorporadas na chamada ‘prevenção combinada’, que tem por princípio empregar distintos métodos para prevenir a infecção de HIV, sendo incentivada pelo governo para as chamadas ‘populações-chave e prioritárias’ ante a maior prevalência do HIV^{1,2}.

Destaca-se a importância do direito ao acesso a tais tecnologias, principalmente com o potencial impacto na diminuição da incidência de novos casos de HIV nos municípios brasileiros e em grupos mais vulneráveis, como no caso dos mais jovens³ e de populações-chave, por exemplo, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), mulheres trans e travestis, trabalhadores(as) do sexo e usuários de drogas injetáveis. As políticas de PrEP e PEP são centrais no enfrentamento do HIV no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma agenda prioritária para o Ministério da Saúde no que se refere às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Contudo, apesar dessas novas tecnologias disponíveis, a restrição do acesso à prevenção e ao tratamento do HIV durante a pandemia da Covid-19 pode ocasionar efeitos nas condições de vida e saúde dos indivíduos⁴.

A Covid-19, uma síndrome respiratória aguda grave causada pelo vírus Sars-CoV-2⁵, fez com que a população LGBTQIA+ sofresse com a intensificação e a potencialização das vulnerabilidades e invisibilidades já existentes no País^{6,7}. As desigualdades sociais e de gênero se acirraram nessa fase, aprofundando as iniquidades e provocando um aumento na violência e no número de suicídios entre as pessoas jovens trans⁸. A nova pandemia também fez com que houvesse, por parte dessa população, perda ou diminuição da renda,

suspensão de uso de medicamentos (como a hormonioterapia), aumento de programas sexuais com mais exposição, falta em consultas médicas, barreiras de acesso nos serviços de saúde (mudança de moradia e dificuldade para comprovação), deficiência de acesso ao auxílio governamental, entre outras dificuldades nesse período⁸. Esse contexto trouxe, novamente, conceitos estigmatizantes, como ‘grupo de risco’, pessoas ‘perigosas’ ou que são ‘vítimas’, entre outros, sendo que as vulnerabilidades devem ser consideradas, tanto na Covid-19 quanto no HIV, para o seu enfrentamento e para uma solidariedade aos mais excluídos⁹. Assim, as desigualdades sociais durante a Covid-19 impactaram negativamente o enfrentamento do HIV no Brasil e no mundo, trazendo a intersecção de diversos fatores.

A nova realidade trazida pela Covid-19, portanto, fez com que as pessoas experenciassem outras práticas sexuais. Entre elas, houve indicativos de que a sexualidade poderia ser explorada por encontros por meio de vídeo, *sexting* (troca de mensagens de texto com conteúdo sexual), salas de bate papo, festas sexuais por Zoom, entre outras formas de interação virtual. Também foram divulgadas formas para diminuir a possibilidade de infecção do novo coronavírus durante as relações sexuais, sendo destacado: evitação de festas de sexo; limitação de parceiros sexuais; evitação de beijos em pessoas fora de sua ‘bolha social’; uso de máscara durante o sexo; masturbação conjunta com uso de máscara; uso de posições sexuais e barreiras físicas para evitar contato direto, entre outros^{10,11}.

Além disso, houve a indicação de práticas, como soluções e problemas enfrentados por equipes de saúde que trabalharam com prevenção e tratamento do HIV e ISTs durante a pandemia da Covid-19, conforme indicado em um documento, lançado em 2020, abordando as experiências na Austrália e na Nova Zelândia¹². Foram citados: mudança de horário de funcionamento de serviços; triagem de pessoas assintomáticas e atendimento de pessoas com sintomas de ISTs; uso da telessaúde para

limitar as consultas presenciais; serviços presenciais e de telessaúde para PVHA; realocação de equipe; falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em função de mudanças na equipe; clínicas que usavam educadores de pares suspenderam o teste de HIV no local de atendimento como forma de proteção dos pacientes e profissionais de saúde; aumento da oferta de PrEP e de prestação de serviços de ISTs em alguns lugares, mas em outros, houve declínio da PrEP e da PEP etc.¹².

O impacto no acesso aos serviços de saúde, como na testagem do HIV e nas tecnologias de prevenção, foi sentido pelas populações mais vulneráveis ao HIV e ao novo coronavírus, principalmente pela imposição de medidas de práticas sexuais restritivas. Assim, a Covid-19 gerou, para a população LGBTQIA+, uma maior exposição à negação de direitos, à violência, à discriminação, entre outras, produzindo desigualdades e iniquidades em saúde¹³.

De acordo com dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid), as populações-chave e seus parceiros(as) sexuais representam 65% das novas infecções por HIV em todo o mundo, sendo que, entre as mulheres transexuais, essa possibilidade é 34 vezes maior¹⁴. O último Boletim Epidemiológico brasileiro, com dados referentes a 2020, apontou uma queda de diagnósticos do HIV no País, com 29.917 notificações¹⁵, se comparada aos 41.909 novos casos de HIV em 2019¹⁶. As notificações da infecção por HIV no Brasil sofreram impacto pela Covid-19, especialmente a alimentação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)¹⁵, podendo ter refletido negativamente também na busca por testagem, prevenção e tratamento do HIV.

Diante desse cenário, o presente artigo tem por objetivo analisar o acesso de HSH e mulheres trans/travestis às tecnologias de prevenção do HIV (em particular, PEP e PrEP), suas práticas sexuais, de sociabilidade e de trabalho no contexto da Covid-19 em Curitiba, Paraná. Essa pesquisa foi realizada no âmbito do 'Projeto A Hora é Agora' (PAHA), iniciado

no município em 2014, expandindo as suas atividades para outras capitais brasileiras a partir do trabalho de diversas estratégias para ampliação do acesso à testagem do HIV, ao tratamento precoce e à prevenção para jovens gays/HSH¹⁷ e, mais recentemente, para mulheres trans/travestis, trabalhadores(as) do sexo e usuários de drogas injetáveis.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou métodos das chamadas ciências sociais para o levantamento e a análise dos dados. O artigo é um recorte da pesquisa de pós-doutorado 'Estigma e discriminação no contexto da prevenção do HIV: o acesso de populações vulneráveis ao teste e às Profilaxias Pré e Pós-Exposição na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e na cidade de Curitiba/Paraná', desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e financiada pelo Programa Inova da Fiocruz.

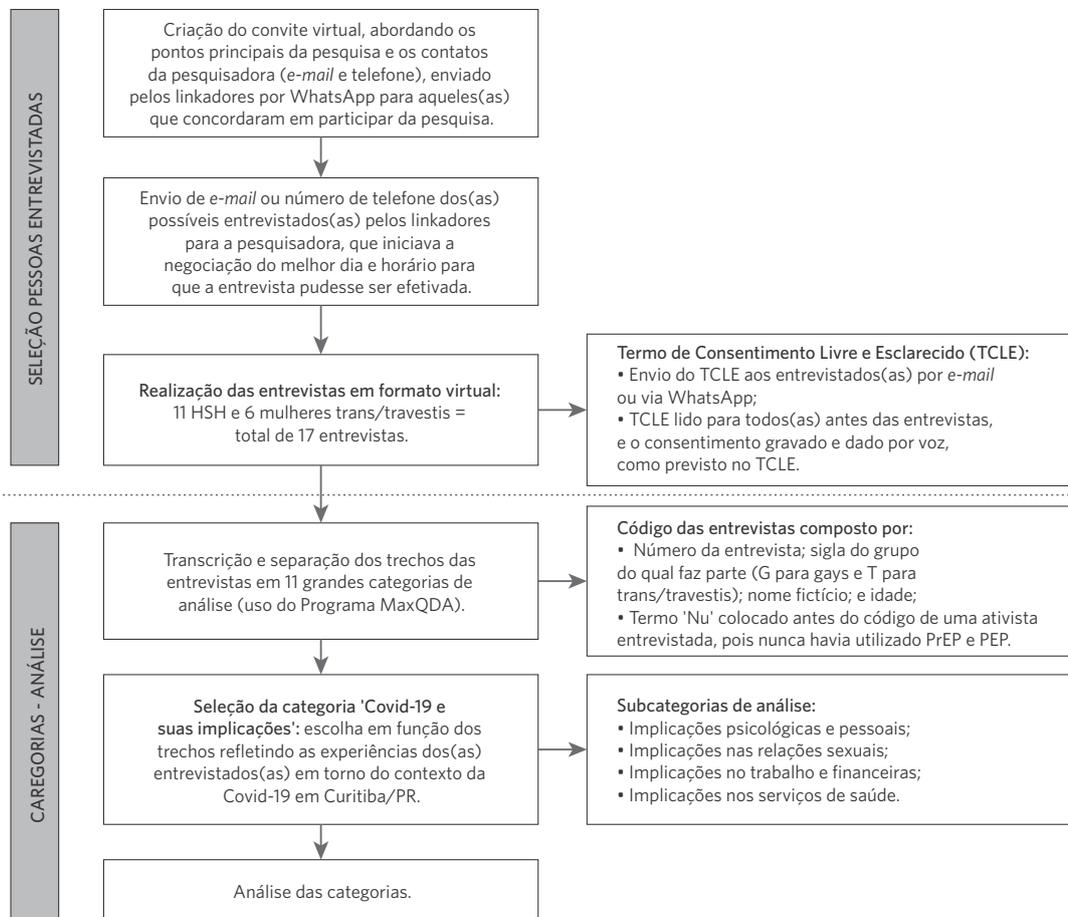
Houve análise documental dos dados disponíveis sobre a testagem de HIV, outras ISTs e vinculação com a assistência em Curitiba, além de relatório de pesquisa sobre a avaliação do PAHA. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com HSH e mulheres trans/travestis de forma virtual (Google Meet, ligação telefônica ou via WhatsApp). A escolha de entrevistas virtuais ocorreu pela realização dessa etapa da pesquisa no primeiro ano da pandemia da Covid-19 (2020/2021), sendo que as vacinas ainda não estavam disponibilizadas para a população brasileira, somente em parte aos profissionais de saúde.

O recrutamento dos(as) entrevistados(as) se deu com o apoio dos linkadores¹⁸ do Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) e do e-COA, que era um serviço noturno que funcionava como um braço da estratégia e com foco no atendimento à população-chave. Os linkadores são profissionais que ajudam os usuários com diagnóstico positivo para o HIV ou que iniciaram PrEP a começarem

tratamento e ‘navegar’ na rede de saúde. As entrevistas de Curitiba abarcaram 11 HSH e 5 mulheres trans/travestis que eram ou foram usuários(as) de PEP e PrEP, além de uma liderança das mulheres trans/travestis da cidade, totalizando 17 entrevistas. Foi gravado somente

o áudio, e cada pessoa recebeu um código para garantir a confidencialidade. As entrevistas foram transcritas, e os trechos, separados em 11 grandes categorias e algumas subcategorias, mas no artigo será analisada a categoria ‘Covid-19 e suas implicações’ (figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção das pessoas entrevistadas e as categorias de análise



Fonte: elaboração própria.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos(as) entrevistados(as), apresentado no quadro 1, pode-se dizer que houve semelhança com o perfil de usuários de PrEP no Brasil¹⁹, sobretudo entre os HSH, pois o acesso ao COA e ao e-COA se deu entre aqueles de classe

média e com nível superior. Entre as trabalhadoras do sexo, o acesso ao COA ocorreu entre aquelas com uso repetido de PEP, e, por isso, os profissionais de saúde recomendaram a PrEP, como também por uma conscientização de autocuidado de saúde mais amplo.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico das 17 pessoas entrevistadas para a pesquisa. Curitiba, 2020-2021

Homens gays/HSH	<ul style="list-style-type: none"> • 11 entrevistados; • Idade entre 25 e 49 anos; • Todos se consideravam gays e alguns tinham namorados (poucos indicaram a possibilidade de se envolverem com mulheres); • A maioria dos entrevistados de classe média e com maior renda entre os homens brancos acessaram o COA; • Entre os entrevistados negros, a maioria acessava o e-COA e tinha uma renda mais baixa; • Todos os entrevistados tinham nível superior e alguns com pós-graduação; • Aqueles com renda mensal mais baixa entre os brancos ainda moravam com os pais ou tinham o suporte financeiro deles, sobretudo durante a pandemia da Covid-19.
Mulheres trans/travestis	<ul style="list-style-type: none"> • Seis entrevistadas; • Idade entre 21 e 54 anos; • Todas se consideravam heterossexuais; • Todas eram trabalhadoras do sexo, sendo que duas eram ativistas e com empregos paralelos; • Apenas uma tinha nível superior; • Todas acessaram o COA; • Três se consideravam brancas e três se identificaram como pardas; • Duas tinham renda baixa (mais velhas), e entre aquelas com maior renda: duas moravam sozinhas, uma morava em um pensionato (trabalhava na rua) e outra dividia o apartamento com uma amiga.

Fonte: elaboração própria.

Para a análise dos dados, foi utilizado o *software* MaxQDA, que possibilitou a sistematização das categorias desenvolvidas. Os dados foram analisados no bojo do projeto a partir do campo conceitual da vulnerabilidade^{20,21}. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (CAAE: 25761719.6.0000.5240) e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CAAE: 25761719.6.3001.0101).

Resultados e discussão

Implicações psicológicas e pessoais

Em relação às implicações da Covid-19 na vida dos gays/HSH entrevistados, muitos ficaram isolados nos primeiros meses da pandemia, sejam sozinhos, com colegas de apartamento ou com seus companheiros/namorados. Raros foram os encontros com os amigos, e alguns fizeram atividades somente em lugares abertos, como em parques da cidade. Alguns entrevistados revelaram a oscilação de humor

em função do isolamento social, mas houve conscientização da sua necessidade para evitar a infecção pelo novo coronavírus.

[...] quando começou a pandemia, eu acho que eu estava lidando muito bem com tudo isso, como era um curto período de tempo. Com o passar do tempo, comecei a ficar muito ansioso, assim, por não ter a opção, né, de ver as pessoas que você gosta [...] também pela preocupação diante do número de óbitos, diante da gravidade dos casos, dos leitos de UTI começarem a ficar lotados. Agora eu acho que eu tô bem de novo, aceitando a situação [...]. (1GEduardo25).

Há estudos que indicaram que gays, bissexuais, transexuais, entre outras populações, tiveram impactos negativos na saúde mental, social, sexual e física durante a pandemia da Covid-19. Isso se torna especialmente preocupante por ser uma população que apresenta taxas elevadas de ansiedade, depressão e solidão, sendo desafios à saúde. Uma pesquisa realizada no Canadá, durante o primeiro ano da Covid-19, indicou que 57% da população LGBTQIA+ respondente queria ajuda com

problemas de saúde mental, sendo preocupante entre aqueles com pensamentos suicidas²².

No que tange à vulnerabilidade da população LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, houve pesquisas que indicaram pontos convergentes e relacionados com: o trabalho e a renda; a saúde física e mental (abarcando a violência); e a solidariedade, vinculada a redes de apoio e ao pertencimento comunitário⁶. Uma saída encontrada no país para auxiliar a saúde mental da população LGBTQIA+ foi a realização de atendimento de psicólogos e terapeutas por videoconferência, como o apoio de diversas Organizações Não Governamentais (ONGs) que disponibilizaram as redes sociais e o contato por telefone para auxiliar e receber contribuições⁶, até mesmo fornecendo cestas básicas e insumos de proteção para o novo coronavírus.

Para determinados entrevistados, conseguir realizar uma rotina mínima de atividades também foi uma saída para manter a saúde física e mental. Cuidar da alimentação, realizar exercícios físicos, manter um horário para acordar e até mesmo reservar um horário específico para o trabalho ajudaram os HSH nos primeiros meses de confinamento.

Então eu comecei a trazer a minha rotina que eu tinha antes de volta para dentro da minha casa, então passei a acordar cedo de novo, passei a começar a fazer os meus treinos em casa, de manhã, e comecei a repetir toda a minha rotina de antes para dentro de casa [...]. (4GNino34).

Implicações sexuais e no trabalho

No que se refere ao uso da PrEP, somente um entrevistado havia deixado de utilizá-la por perder uma consulta com o infectologista pouco antes do início do afastamento social, procurando repetidas vezes a PEP em função de relações sexuais desprotegidas. Outros até pensaram em parar o uso da PrEP, mas, como acreditavam que em pouco tempo iriam voltar a tomar a profilaxia, continuaram com seu uso.

[...] porque eu pensei assim, poxa vida, não vou transar, vou tá aqui na pandemia, recluso, então vou ficar tomando esse remédio aqui [...], mas aí eu pensei, poxa, daqui a pouco vai acabar, daí eu vou ter que retomar, então eu vou continuar tomando [...]. (2GDanel49).

Após os primeiros meses, alguns HSH flexibilizaram o isolamento e se relacionaram sexualmente com pessoas já conhecidas ou reduziram o número de encontros casuais (por aplicativo de 'pegação', como o Grindr). Conhecer o parceiro sexual ou saber de sua situação de saúde e confinamento também era uma forma de selecionar aqueles com os quais poderiam se relacionar sexualmente.

[...] ele falou que estava difícil para ele, eu falei, tá difícil também. Ah, vamos se encontrar, então tá. E ele trabalha com, não é com saúde diretamente, mas é com ecologia, alguma coisa assim. Então ele tá ligado nos protocolos e tudo mais. (8GAdriano29).

Esse achado corrobora as sugestões internacionais de proteção do HIV em tempos de Covid-19, sendo que selecionar os parceiros sexuais entre os conhecidos e saber sobre o *status* de saúde e confinamento, em 2020, era importante para reduzir as possibilidades de infecção do novo coronavírus, como recomendado por órgãos internacionais, sobretudo em uma realidade de falta de vacinas para a imunização¹¹. As relações virtuais foram a solução para a prevenção da Covid-19 e, consequentemente, do HIV. O uso de *sexting* e de *camming* (sexo por vídeo) foi uma forma segura de atividade sexual durante o distanciamento social e realizado pela população LGBTQIA+²². Aplicativos de pegação, como o Tinder, tiveram aumento no número de acessos em 15% nos Estados Unidos e de 25% na Itália e na Espanha, além de conversas de bate-papo ficarem 30% mais longas. Esse tipo de aplicativo, que oferta meios para relacionamentos, sejam românticos, sexuais e interpessoais, também foi e é utilizado como

ferramenta para debater diversos temas, como questões de saúde mental²². Dessa forma, é possível pensar que o uso de aplicativos e de ferramentas de internet foi uma saída para que a população LGBTQIA+ pudesse se relacionar sexualmente.

No Brasil, faltou o fornecimento de informações sobre métodos de prevenção em torno das práticas sexuais seguras no contexto da Covid-19²³. Isso ficou a cargo das ONG/AIDS, que fizeram *lives* e bate-papos on-line, como também o desenvolvimento de material educativo. Como exemplo, destaca-se a cartilha desenvolvida pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), que, além de repassar informações importantes sobre a prevenção da Covid-19, ainda indicou medidas para reduzir o risco do novo coronavírus durante as relações sexuais²⁴.

A maioria dos entrevistados estava trabalhando remotamente, apesar de alguns terem permanecido com os empregos presenciais, sendo que os autônomos tiveram uma piora na situação financeira. Um entrevistado fechou sua empresa e outro foi demitido, mas ambos conseguiram uma recolocação no mercado de trabalho. Houve também mudanças no mercado de trabalho, impactando negativamente aqueles cujo salário dependia de comissão (agente de modelos) ou que eram profissionais liberais, havendo a diminuição de clientes ou mesmo pausa no trabalho (como psicólogo, dentista, arquiteto). Aqueles que eram empregados formais ou que eram funcionários públicos estavam em *home office*, e poucos estavam trabalhando de forma presencial. Esse achado é ratificado por uma pesquisa que indicou que 52% das famílias LGBTQIA+ sofreram com demissões ou redução da carga de trabalho em função da pandemia²².

Entender a vulnerabilidade individual e social²⁰ relativa ao HIV e ao novo coronavírus – exposição aos vírus – dependeu do entendimento de cada entrevistado(a) sobre as formas de prevenção como a interseção de fatores que abarcaram as relações econômicas, de exclusão social, de gênero, entre outras, que

pudesse proporcionar ou não o distanciamento social a partir das disparidades sociais²¹. Carrara²⁵, ao abordar o campo das ciências sociais na análise da Covid-19, debateu sobre como o confinamento não foi o mesmo para diversas populações. Em seu artigo, lembrou de algumas ONGs, de ativistas e de pesquisadores que trabalharam a ‘corporificação’ das estatísticas no começo da epidemia de AIDS e que pensaram além da quantidade de pessoas infectadas pelo HIV; ressalta-se a importância de pautar os direitos humanos pela necessidade do respeito à dignidade da pessoa humana como também para a ‘promoção da responsabilidade social ante a doença’, sendo importante na discussão de epidemias²⁵.

Desde o começo da pandemia da Covid-19, estudos indicaram que pessoas em países de baixa e média renda sofreram adversidades durante esse período, com o aumento das desigualdades de saúde e pela infecção do novo coronavírus entre idosos e grupos vulneráveis, com a necessidade de realizar o rastreamento do *status* socioeconômico e de gênero entre as pessoas mais afetadas. Também foi indicado o aumento das desigualdades e que os países mais ricos priorizariam a vacinação do seu próprio povo – o que realmente aconteceu –, e lições de resposta ao HIV poderiam ser empregadas no combate à Covid-19, como a mobilização comunitária, a proteção social e a prestação de cuidados de saúde²⁶.

Entre as mulheres trans/travestis, também houve a interrupção de atividades de sociabilidade. Uma entrevistada ficou 15 dias em isolamento na casa de sua mãe, muitas ficaram em suas casas e outra nem cogitou em ficar na sua cidade natal com a família com medo de que faltasse assistência caso fosse infectada pelo novo coronavírus. Contudo, elas ficaram poucos dias ou meses em isolamento em função do trabalho sexual, e todas relataram perda financeira pela diminuição de clientes. Elas dependiam dos programas para se sustentar e, ao pararem por um ou dois meses, houve acúmulo de dívidas, por isso, voltar ao trabalho sexual era a opção.

A entrevistada que trabalhava na rua foi a única que não parou com os programas e não fez nenhuma prevenção contra a Covid-19 ao se prostituir, como o uso de máscaras.

[...] já peguei e já sarei porque não uso máscara na rua, né, só quando eu saio para resolver alguma coisa e tal, aí tem que usar né, mas na rua não uso não [...]. Eles, às vezes, param e depois, quando a gente vai fazer o programa, eles tiram [a máscara]. (3TBruna21).

Houve relatos de pesquisas nacionais relativos à diminuição de clientes que procuraram as mulheres trans/travestis trabalhadoras do sexo em função do distanciamento social, refletindo no desamparo financeiro dessa população e na potencialidade de situações extremas de vulnerabilidade, impactando na sobrevivência delas⁷. Uma saída seria o lançamento de estratégias, pelo governo brasileiro, para facilitar o acesso das mulheres trans/travestis à renda emergencial, além de protocolos específicos relativos à Covid-19 para aquelas que se prostituíam⁷, o que não ocorreu, sendo que o governo federal dificultou o acesso ao auxílio emergencial de determinados trabalhadores, aumentando a vulnerabilidade social¹³.

O Unids chamou atenção para a tentativa, de alguns países, de aumentar as penalidades criminais em relação à transmissão do HIV, como também o uso de poderes de polícia para atingir os trabalhadores(as) do sexo, os usuários de drogas, as PVHA e a população LGBTQIA+. A criminalização é geralmente empregada em pessoas vulneráveis e estigmatizadas na comunidade, sobretudo em períodos de limitação de direitos, como durante a emergência de saúde pública, o que não ajuda na resposta à Covid-19. O que deve ser garantido são direitos relativos à não discriminação com base no *status* de HIV, sexo, saúde reprodutiva, identidade de gênero, entre outros²⁷.

Visando à proteção da Covid-19, algumas entrevistadas selecionaram clientes e deram preferência para os antigos/conhecidos, além de tomarem certos cuidados como o uso de

álcool em gel, colocação do sapato dos clientes fora de casa; uma, inclusive, trabalhava de máscara. Algumas também perguntavam para os clientes sobre o *status* de quarentena e as condições de saúde, como se fosse uma espécie de investigação para ponderar se poderiam marcar ou não o programa, sobretudo no início da pandemia da Covid-19. Houve diversos depoimentos em relação a métodos de prevenção da Covid-19 nos programas.

[...] primeiramente o álcool em gel na entrada, sapatos fora do apartamento. Já entra descalço, né? E aí todo aquele cuidado, não tira a máscara, eu não tiro a minha e todos aqueles cuidados. Ninguém conversa, não trocamos diálogos, nada. Só ele vem se satisfazer, se satisfaz e vai embora. (2TCarmem41).

Na minha casa, com todo o cuidado, com tudo, álcool em gel na entrada, máscara, evito, muitas vezes, ainda de ter contato através de beijo, relação sempre com preservativo, com toda a segurança, é uma coisa que eu prezo muito também. (Nu5TAlíne47).

Esses relatos assemelham-se às práticas utilizadas também pelos HSH entrevistados, pois selecionavam os parceiros sexuais em função do *status* de saúde, como a realização de protocolos de segurança para a diminuição da possibilidade de infecção pelo novo coronavírus. Em 2021, havia mais de 38 milhões de trabalhadores informais no País que não acessaram as políticas nacionais de renda²⁷. Por isso, uma grande parcela da população teve que se expor ao Sars-CoV-2, com possibilidade de adoecimento e transmissão do vírus, para sobreviver. A máxima 'estamos no mesmo barco', que ecoava na sociedade brasileira, não valia para todos, visto que a pandemia expôs as desigualdades, as discriminações estruturais e escancarou as necessidades tanto de saúde quanto sociais existentes no Brasil²⁸.

O material da ABIA, já mencionada anteriormente, adaptou as recomendações indicadas pela Austrália e pela Nova Zelândia para

a realidade brasileira. Nele, foram indicadas posições sexuais mais adequadas para evitar o novo coronavírus e com uso de máscara, como também: banhar-se antes e depois do sexo; promover encontros on-line (*webcam* e aplicativos); ter encontros curtos com orientações de contato; limitar o número de parceiros; evitar sexo em grupo; limitar o sexo em redes confiáveis; evitar beijos; evitar o compartilhamento de objetos com saliva e fluidos corporais, entre outros. Especificamente para as trabalhadoras do sexo, a recomendação foi vinculada às estratégias de redução de danos, como evitar clientes que apresentassem sintomas da Covid-19 e posições sexuais ‘frente a frente’²⁴.

Nem todas as entrevistadas estavam usando a PrEP no momento da entrevista, mas a maioria já tinha usado PEP quando tinha relações sexuais sem preservativos. Aquelas que estavam em PrEP continuaram com o seu uso, sobretudo pela breve pausa no trabalho sexual, além de muitas já terem informado aos seus clientes o uso contínuo de PrEP.

Tudo isso dentro daquela coisa, não, eu confio, eu sei que a pessoa tá em quarentena como eu, ela conhece as minhas atitudes em relação a se cuidar, até por isso, você vê que eu tô fazendo o uso da [PrEP]. (1TAdriana54).

Implicações nos serviços de saúde

Ao fazer referência ao COA e ao e-COA, nos primeiros seis meses da pandemia, não foram permitidos novos usuários de PrEP, houve uma reorganização da equipe, espaçando os meses de consulta e algumas foram realizadas remotamente ou quando algum médico que estava no serviço analisava os exames para dispensar a PrEP. Houve a dispensação de dois, três ou quatro meses do Truvada (medicamento para a PrEP), distanciamento dos(as) usuários(as) na sala de espera, entre outras formas para reduzir as chances de infecção do novo coronavírus nesses serviços. Porém, houve depoimentos de atendimento no corredor, não

garantindo a confidencialidade na consulta. Os HSH não relataram constrangimento nesse tipo de atendimento, mas expressaram que poderia haver aqueles incomodados com a consulta de forma não reservada.

Concordo, acho que eles poderiam ter me chamado na sala, o que dá, porque o espaço é grande, é amplo, mas, assim, me atendeu no corredor, ‘tá aqui seus frascos de remédios, tá aqui a guia pra fazer o exame’. Mas em pé no corredor. Poderia ter sido feito numa sala? Poderia. Me constrangeu? Não. Então vamos separar as coisas. (2GDanel49).

Tinha um monte de gente em volta. Mas ela não mencionou nada pessoal, sobre mim que pudesse me constranger, mas acredito que tem pessoas que poderiam se sentir constrangidas, mas eu entendo também ela não querer levar pessoas para dentro da sala do consultório, porque nessa pandemia tem que evitar o contato humano. (1GEduardo25).

Pode-se pensar nos entraves e nas dificuldades da população LGBTQIA+ no acesso aos serviços de aconselhamento e terapia antirretroviral durante a pandemia da Covid-19 no mundo, pois não eram considerados ‘essenciais’, sendo que alguns foram fechados ou restringidos^{4,22}. Houve o incentivo para a dispensação de vários meses de PrEP e esforços para impedir a lotação em serviços de HIV⁴. Em outras cidades do Brasil, a telemedicina foi utilizada no contexto da pandemia da Covid-19 para garantir o atendimento das pessoas usuárias de PrEP, como no Rio de Janeiro, realizando teste rápido de HIV e exames complementares entre aqueles(as) sem sintomas da Covid-19, com avaliação por telefone, acompanhamento remoto e prescrição de receita digital, como na Fiocruz²⁹. Esses relatos assemelham-se ao ocorrido no COA e no e-COA, que também implementaram boas práticas relatadas pela Austrália e pela Nova Zelândia¹², mas que passaram por problemas no começo da adequação dos serviços em função da Covid-19.

A Articulação Nacional de AIDS (Anaid) anunciou que houve uma redução de 30% nos serviços de PrEP no Brasil no começo da pandemia da Covid-19, com variação entre os estados, sendo que as cidades menores e menos desenvolvidas foram as mais afetadas²³. Estudos revelaram que a lotação em emergências pode ter dificultado o acesso à PEP, como a desaceleração da PrEP como estratégia de prevenção do HIV em países que estavam, especialmente, em fase de implementação. Ao mesmo tempo, também indicou pesquisas e serviços que utilizaram protocolos semelhantes àqueles empregados pelo COA e pelo e-COA, como o uso da telessaúde, suporte de pares e navegação por mensagem de texto ou mídia social on-line etc.³⁰

Ainda no COA, houve quebra de sigilo do diagnóstico de HIV na farmácia em função da não permissão da entrada, pois um entrevistado viu a distinção do medicamento que outro usuário estava pegando para HIV. Além disso, houve rispidez de um enfermeiro do serviço que, segundo um entrevistado, havia sido causado em função do começo da pandemia e do receio de estar trabalhando em um ambiente com possibilidade de infecção do novo coronavírus. Também foi relatada a falta de conhecimento de como estava funcionando o COA no começo da pandemia, sendo que um entrevistado tomou por um tempo a PrEP do parceiro, mas um linkador passou as informações necessárias por telefone para que ele pudesse acessar novamente o serviço, contudo, não realizou exames ou conversou com algum médico. Isso também foi destacado por outro entrevistado.

Pela pandemia, elas [as consultas] ficaram mais curtas na verdade [...] Eu conversei apenas com o recepcionista, a médica analisa os meus exames e passa para o farmacêutico, o farmacêutico passa todas as informações que a médica passou para ele e com ele já pego a medicação, tudo certinho. (7GCarlos33).

No e-COA, além das mesmas medidas adotadas no COA para evitar a Covid-19,

houve problemas de acesso ao local em função da falta de espaço na sala de espera. Para alguns HSH, não houve problema em esperar do lado de fora do e-COA, na rua, considerado como uma forma de cuidado. Já para outros, havia o medo de serem reconhecidos por estarem na fila em uma rua movimentada, com o letreiro da estratégia na casa, e de serem assaltados.

Ficou bem mais restrito. Antes meu namorado podia ir junto comigo, ficar me esperando no e-COA né, agora só posso ir sozinho, não posso levar acompanhante. Tem um limite de pessoas para entrar dentro do e-COA, tanto que na minha última consulta eu não consegui entrar. Eu entrei, preenchi o cadastro, tive que esperar do lado de fora para daí depois eu entrar. Tá bem restrito mesmo, tá um cuidado bem legal. (7GCarlos33).

[...] agora que eu retomei, a gente chegou assim, não pode ficar todo mundo lá dentro ao mesmo tempo. Então existe uma espécie, assim, de pessoas lá fora esperando. Aí eu cheguei para minha consulta e eu tinha que ficar lá fora esperando e, assim, foi meio que em horário de pico, bastante carros passavam lá. [...] você fala 'nossa, as pessoas vão passar aqui e se passar, por exemplo, alguém do meu trabalho [...] e falar assim, nossa, por que ele tá ali?'. (10GAlan29).

Entre as mulheres trans/travestis, a percepção do atendimento no COA foi semelhante à dos HSH. A pandemia beneficiou uma maior dispensação da PrEP, diminuindo a ida todos os meses ao COA. Mais uma vez, houve a quebra do sigilo em função do acesso limitado à farmácia, principalmente pelos ajustes para o atendimento no começo da pandemia da Covid-19.

[...] você chegava, dava identidade, eles já traziam o teu medicamento. Mas daí ficou uma coisa mais exposta né, daí você via quem pegava um comprimido só, quem pegava vários comprimidos. [...]. (1TAdriana54).

Mesmo com a restrição de acesso no COA e no e-COA, houve preocupação de não parar a entrega da PrEP para aqueles(as) em uso. No que se refere à vulnerabilidade programática^{19,20}, houve exposição daqueles que estavam acessando o e-COA, podendo gerar estigma e discriminação caso fossem reconhecidos, como a quebra do sigilo do diagnóstico das PVHA e protegido pela Lei nº 14.289/2022, que garante a confidencialidade em serviços de saúde. O impedimento de novos usuários de PrEP no início da pandemia da Covid-19 foi um obstáculo na prevenção do HIV no Brasil, sendo que o *lockdown* e o medo de entrar em ambiente médico em função do novo coronavírus evidenciaram o receio do acesso aos serviços de HIV no mundo³¹.

Considerações finais

A Covid-19 trouxe um novo olhar para diversas possibilidades de exercícios da sexualidade sem contato físico, proporcionando aos entrevistados praticarem desejos e prazeres. Entretanto, também mostrou a insegurança que a falta da PrEP pode causar, impactando no uso repetido de PrEP. As tecnologias de prevenção do HIV continuam a ser desejadas e utilizadas, mesmo com a reestruturação do serviço especializado de Curitiba e pelas dificuldades de atendimento nos primeiros meses de pandemia. Para as mulheres trans/travestis, a vulnerabilidade se manteve, sobretudo pela necessidade da volta rápida ao trabalho sexual e pela impossibilidade de realizar o isolamento social pela sobrevivência. A disparidade entre os marcadores sociais das duas populações ressaltou como as iniquidades sociais e de saúde aumentaram durante a Covid-19, sobretudo para as mulheres trans/travestis.

É importante assinalar como uma das limitações do estudo o fato de que a pandemia da Covid-19 impactou na demora para a efetivação das entrevistas semiestruturadas, sendo readequadas para contemplar a sua realização no formato virtual. Além disso, a escolha dos(as) participantes da pesquisa foi viabilizada pelos linkadores do PAHA, pelo vínculo estabelecido

com os(as) usuários(as), que podem ter escolhido aqueles(as) que tinham uma melhor relação com o COA e o e-COA. Mesmo assim, houve críticas por parte dos(as) entrevistados(as) aos serviços de saúde de Curitiba.

Enfim, torna-se necessário estudos abordando práticas sexuais, sociais e de prevenção do HIV entre HSH e mulheres trans/travestis em futuras pesquisas durante o período da pandemia da Covid-19, principalmente para que as vulnerabilidades possam ser analisadas e até mesmo para serem pensadas possíveis intervenções para mitigar as iniquidades que foram acirradas neste período. O direito à prevenção do HIV, como a testagem e as tecnologias de prevenção, além do tratamento para as PVHA, deve ser assegurado durante períodos de emergências de saúde, diminuindo o impacto da vulnerabilidade programática. A reorganização dos serviços durante a pandemia, como no COA e no e-COA, e, provavelmente, outros serviços do SUS, serviu para que, em futuras emergências de saúde pública, as equipes possam agilizar adequações para garantir os serviços prestados em torno do HIV e, assim, permitir o contínuo acesso ao direito à prevenção, que deve ser de qualidade e garantido pelo Estado.

Agradecimentos

Aos linkadores do COA e e-COA, por viabilizarem as entrevistas em forma virtual.

Colaboradoras

Pereira CR (0000-0003-4692-0665)* foi a pesquisadora responsável pela concepção, análise e interpretação dos dados. Cruz MM (0000-0002-4061-474X)* foi a supervisora da pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento do estudo e revisão crítica do texto. Cota VL (0000-0002-6823-9304)* participou da revisão crítica do texto e da aprovação final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
2. Ferraz D. Prevenção combinada baseada nos direitos humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. *Boletim ABIA*. 2016; (6):9-12.
3. Lima GDF, Santos MVE. HIV virus prevention difficulties in the young population and the importance of combined prevention. *Research, Society and Develop.* 2021; 10(13):e360101321440.
4. Stover J, Kelly SL, Mudimu E, et al. The Risks and Benefits of Providing HIV Services during the COVID-19 Pandemic. *PLoS ONE*. 2021 [acesso em 2022 mar 20]; 16(12):e0260820. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260820>.
5. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian j. pediatr.* 2020; 87(4):281-286.
6. Miranda MHG, Grangeão FN, Montenegro FFP. A Pandemia do Covid-19 e o Descortinamento das Vulnerabilidades da População LGBTQI+ Brasileira. *Rev. Interd. em Cult. e Soc.* 2020; 6(2):102-119.
7. Santana ADS, Melo LP. Pandemia de covid-19 e população LGBTQI+. (In)visibilidades dos impactos sociais. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. 2021; (37):e21202.
8. Santos MA, Oliveira WA, Oliveira-Cardoso EA. Inconfidências de Abril: Impacto do Isolamento Social na Comunidade Trans em Tempos de Pandemia de COVID-19. *Psicol. & Soc.* 2020 [acesso em 2022 fev 5]; (32):e020018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240339>.
9. Raxach JC. Repensando a prevenção. Rio das Prevenções. In: Pereira CR, Faulhaber C, Terto Jr V, relatores. *Relatoria Seminário Repensando a Prevenção*. Rio de Janeiro: ABIA; 2021. p. 21-23.
10. 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; 26(5):1853-1862.
11. NYC Health. Safer Sex and COVID-19. New York: NYC Health; 2020. [acesso em 2022 mar 19]. Disponível em: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-sex-guidance.pdf>.
12. Ashm COVID-19. Taskforce report on sexual health services in Australia and New Zealand during the COVID-19 pandemic. Sydney: ASHM; 2020. [acesso em 2022 mar 19]. Disponível em: <https://ashm.org.au/covid-19/clinical-care/ashm-covid-19-taskforce-report-on-sexual-health-services/>.
13. Sousa AR, Cerqueira CF, Porcino C, et al. Pessoas LGBTQI+ e a COVID-19: Para pensarmos questões sobre saúde. *Rev. baiana enferm.* 2021; (35):e36952.
14. UNAIDS. Relatório Informativo - Dia Mundial da AIDS 2021. Genebra: UNAIDS; 2021.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. 2021 dez; (esp). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. 2020 dez; (esp). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
17. Cruz MM, Cota V, Lentini N. et al. Comprehensive approach to HIV/AIDS testing and linkage to treatment among men who have sex with men in Curitiba, Brazil. *PLoS ONE*. 2021; 16(5):e0249877.
18. Cota V, Cruz, MM. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). *Saúde debate*. 2021; 45(129):393-405.
19. Pimenta MC, Bermúdez XP, Godoi AMM, et al. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakehol-

- ders. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2022 mar 23]; 38(1):e00290620. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00290620>.
20. Ayres JRJM, França Júnior I, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, organizador. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-144.
 21. Paiva V, Ayres JRJM, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JRJM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos humanos. Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-22.
 22. Brennan D, Card KG, Collicot D, et al. How Might Social Distancing Impact Gay, Bisexual, Queer, Trans and Two-Spirit Men in Canada? *AIDS and Behavior*. 2020 [acesso em 2022 mar 19]; 24(4):2480-2482. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02891-5>.
 23. Parker R, Terto Jr V, Raxach JC, et al. AIDS e COVID-19: O impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV. In: *Dossiê ABIA: HIV/AIDS e COVID-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; 2020. p. 22-24.
 24. Raxach JC, Terto Jr V, Faulhaber C. Combinando a Prevenção à COVID-19: dimensões comportamentais, biomédicas e estruturais. Rio de Janeiro: ABIA; 2021.
 25. Carrara S. As ciências humanas e sociais entre múltiplas epidemias. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2020; 30(2):e300201.
 26. Hargreaves J, Davey C, Group for lessons from pandemic HIV prevention for the COVID-19 response. Three lessons for the COVID-19 response from pandemic HIV. *The Lancet*. 2020 [acesso em 2022 mar 20]; 7(5):e309-311. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30110-7](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30110-7).
 27. UNAIDS. UNAIDS condemns misuse and abuse of emergency powers to target marginalized and vulnerable populations. Genebra: UNAIDS; 2020.
 28. Marques ALM, Sorrentino IS, Rodrigues JL, et al. O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25(supl1):e200712.
 29. Hoagland B, Torres T, Bezerra DRB, et al. Telemedicine as a tool for PrEP delivery during the COVID-19 pandemic in a large HIV prevention service in Rio de Janeiro-Brazil. *Braz. j. infect. dis*. 2020; 24(4):360-364.
 30. Parente JS, Azevedo SL, Moreira LFA, et al. O impacto do isolamento social na pandemia de COVID-19 no acesso ao tratamento e aos serviços de prevenção do HIV. *Research, Soc. Develop*. 2021; 10(01):e28110111692.
 31. UNAIDS. *Direitos em uma pandemia: Lockdowns, direitos e lições do HIV na resposta inicial à COVID-19*. Genebra: UNAIDS; 2020.

Recebido em 21/04/2022

Aprovado em 14/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Inova Fiocruz/Fundação Oswaldo Cruz (nº 6331633123)