

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO

JENESON TAVARES DA CRUZ

**INDETECTABILIDADE SEM INTRANSMISSIBILIDADE:
FRAGMENTAÇÕES DO CONCEITO ENTRE A CLÍNICA E A
VIVÊNCIA**

SÃO LEOPOLDO

2025

JENESON TAVARES DA CRUZ

**INDETECTABILIDADE SEM INTRANSMISSIBILIDADE:
FRAGMENTAÇÕES DO CONCEITO ENTRE A CLÍNICA E A
VIVÊNCIA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Maria Letícia Ikeda Rodrigues

Co-orientadora: Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo

2025

C957i Cruz, Jeneson Tavares da.

Indetectabilidade sem intransmissibilidade : fragmentações
do conceito entre a clínica e a vivência / Jeneson Tavares
da Cruz. – 2025.

165 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Bibliotecária: Amanda Schuster Ditbenner – CRB 10/2517)

JENESON TAVARES DA CRUZ

**INDETECTABILIDADE SEM INTRANSMISSIBILIDADE:
FRAGMENTAÇÕES DO CONCEITO ENTRE A CLÍNICA E A
VIVÊNCIA**

Tese apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

São Leopoldo, agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Adriano Henrique Caetano Costa
Ministério da Saúde
(Avaliador Externo)

Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
(Avaliadora Interno)

Profa. Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
(Avaliadora Interno)

Profa. Dra. Maria Letícia Ikeda Rodrigues
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus avós maternos, que foram responsáveis por minha criação e me deram o suporte necessário para iniciar e continuar minha educação nos primeiros anos de vida.

Sou profundamente grato à então minha aluna e, posteriormente, chefe, Liza Rosso, por ter me convidado a integrar o projeto *A Hora é Agora*, em Curitiba. Foi a partir dessa experiência que passei a atuar na área de prevenção e promoção da saúde junto a pessoas que vivem e convivem com o HIV/aids.

Agradeço, igualmente, à minha ex-chefe e agora amiga, Deisy Souza, por ter me incentivado a trilhar o caminho do doutorado em Saúde Coletiva — uma área que sempre ressoou profundamente em mim, mesmo antes que eu me desse conta disso. Essa ressonância se manifesta tanto no âmbito profissional, onde hoje atuo com dedicação, quanto no pessoal, por eu ser um homem gay que vive com HIV há mais de 15 anos. Sou também grato por ter me apresentado ao amigo Guilherme Shimocomaqui, que, por sua vez, me apresentou à professora e orientadora Tonantzin e ao Adriano Caetano.

À minha professora e amiga, Dra. Tonantzin, expresso minha profunda gratidão por ter me acolhido desde o primeiro contato, ainda antes de eu ter um projeto bem definido ou mesmo de participar da seleção para o doutorado nesta instituição. Ela foi oficialmente minha orientadora durante a maior parte do percurso e seguiu como coorientadora posteriormente. Deixo aqui meus mais sinceros agradecimentos pela confiança e orientação.

Ao hoje amigo pessoal Adriano Caetano Henrique da Costa, agradeço imensamente pelo acolhimento e pelas valiosas orientações ao longo do meu percurso acadêmico e profissional.

À Profa. Dra. Maria Letícia Ikeda Rodrigues, minha gratidão por me acolher entre seus orientandos nos momentos finais da jornada. Agradeço também a todas as professoras e professores que contribuíram para minha formação nesta instituição.

Ao Prof. Dr. Rod Knight, agradeço pela recepção durante meu doutorado sanduíche no Canadá e pelas ricas aprendizagens no campo da pesquisa.

Aos participantes desta pesquisa, deixo meu agradecimento mais profundo. Obrigado por generosamente me permitirem compartilhar de suas vidas, histórias pessoais e trajetórias profissionais, que são o alicerce desta tese.

Por fim, agradeço à Fundação CAPES/PROSUP pelo apoio financeiro concedido ao longo destes quatro anos, assim como aos serviços de saúde que se mostraram acolhedores, receptivos e colaborativos com a realização desta pesquisa.

RESUMO

Esta tese é fruto de uma pesquisa sobre o conceito Indetectável = Intransmissível (I=I) na vida de homens gays e bissexuais que vivem com HIV (HGBVHIV) e que se encontram com carga viral indetectável, assim como na perspectiva de profissionais de saúde de dois serviços especializados em HIV localizados em Porto Alegre/RS e na região metropolitana. O objetivo principal foi investigar os sentidos e significados atribuídos ao I=I na vida dos HGBVHIV, bem como compreender como esse conceito tem sido construído e comunicado nos contextos clínicos. O I=I é uma estratégia de prevenção que afirma que pessoas vivendo com HIV que fazem uso regular da terapia antirretroviral (TARV) e alcançam carga viral indetectável não transmitem o vírus por via sexual. O Brasil é internacionalmente reconhecido por ofertar gratuitamente a TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996, tendo publicado, em 2019, uma nota informativa que reforça a importância do reconhecimento do I=I, ratificando que tal conhecimento contribui positivamente para as relações interpessoais de pessoas vivendo com HIV, abrindo novas possibilidades de vivência com o vírus, além de combater estigma. A pesquisa de campo teve caráter qualitativo e baseou-se nas narrativas de 18 participantes — 11 HGBVHIV e 7 profissionais de saúde —, resultando na elaboração de dois artigos científicos. O primeiro artigo, centrado nas narrativas dos HGBVHIV, discute os sentidos e significados do I=I na experiência daqueles cuja carga viral se encontrava indetectável. O estudo revela que a compreensão da indetectabilidade nem sempre se traduz, de forma consistente, na noção de intransmissibilidade. Para que o potencial transformador da mensagem I=I no combate ao estigma relacionado ao HIV seja plenamente alcançado, o artigo destaca a necessidade de aperfeiçoar sua comunicação, sugerindo, inclusive, sua reformulação para “I=0”, a fim de enfatizar a ideia de risco zero de transmissão sexual. O segundo artigo examina, com base em narrativas de HGBVHIV e de profissionais da saúde, como o conhecimento sobre o I=I é construído, interpretado e negociado entre esses dois grupos. O estudo evidencia uma construção fragmentada e frequentemente desalinhada do conceito, apontando a urgência de uma comunicação mais clara e da validação do termo “intransmissível”, como estratégia para empoderar pacientes, promover

autonomia sexual e enfrentar o estigma. Conclui-se que, embora o $I=I$ seja uma estratégia de prevenção capaz de promover qualidade de vida e bem-estar às pessoas vivendo com HIV, sua eficácia é limitada pelo estigma e pela desinformação. Mesmo em contextos nos quais o conceito deveria estar mais consolidado — como entre pessoas com carga viral indetectável e nas relações entre pacientes e profissionais de saúde em serviços especializados — prevalecem a desconfiança e o desalinhamento em relação ao conhecimento científico. Observa-se um consenso quanto ao objetivo de alcançar a carga viral indetectável com o uso da TARV, uma vez que isso preserva a imunidade e previne o adoecimento por aids. Contudo, a segunda parte da equação — a condição de intransmissibilidade — permanece insuficientemente compreendida, mal internalizada e de forma ineficaz comunicada nos ambientes clínicos, como se no final a equação fosse $I \neq I$.

ABSTRACT

This dissertation is the result of a study on the concept Undetectable = Untransmittable (U=U) in the lives of gay and bisexual men living with HIV (GBMLWH) who have achieved an undetectable viral load, as well as from the perspective of healthcare professionals working in two specialized HIV services located in Porto Alegre, Brazil, and its metropolitan region. The main objective was to investigate the meanings and interpretations attributed to U=U in the lives of GBMLWH, and to understand how this concept has been constructed and communicated within clinical contexts. U=U is a prevention strategy which states that people living with HIV who adhere to antiretroviral therapy (ART) and reach an undetectable viral load do not transmit the virus through sexual contact. Brazil is internationally recognized for offering ART free of charge through its public healthcare system called Sistema Único de Saúde (SUS) since 1996. In 2019, the country issued an informational note reinforcing the importance of recognizing U=U, affirming that such knowledge contributes positively to the interpersonal relationships of people living with HIV, opens new possibilities for life with the virus, and helps to combat stigma. The field research was qualitative in nature and based on the narratives of 18 participants — 11 GBMLWH and 7 healthcare professionals — which led to the development of two scientific articles. The first article, focused on the narratives of GBMLWH, discusses the meanings and interpretations of U=U in the experiences of those with an undetectable viral load. The study reveals that understanding “undetectability” does not always consistently translate into an understanding of “untransmittability.” In order for the transformative potential of the U=U message to be fully realized in combating HIV-related stigma, the article emphasizes the need for improved communication, even suggesting that the message be reframed as “U=0” to better highlight the notion of zero sexual transmission risk. The second article examines, based on the narratives of both GBMLWH and healthcare professionals, how knowledge about U=U is constructed, interpreted, and negotiated between these two groups. The study reveals a fragmented and frequently misaligned understanding of the concept, highlighting the urgent need for clearer communication and for validating the term “untransmittable” as a strategy to empower patients, promote sexual autonomy, and confront stigma.

The findings suggest that although $U=U$ is a prevention strategy capable of improving quality of life and well-being for people living with HIV, its effectiveness is limited by stigma and misinformation. Even in settings where the concept should be more solidified — such as among people with an undetectable viral load and in patient-provider relationships within specialized services — distrust and misalignment with scientific knowledge persist. There is a clear consensus regarding the goal of achieving an undetectable viral load through ART, as this preserves the immune system and prevents progression to AIDS. However, the second part of the equation — the condition of being untransmittable — remains poorly understood, insufficiently internalized, and ineffectively communicated in clinical environments, as if, in the end, the equation were $U \neq U$.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES Superior	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Center for Disease Control</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homem que faz sexo com homem
HGVHIV	Homens gays e bissexuais vivendo com HIV
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoa(s) que Vive(m) com HIV/aids
PVHIV	Pessoa(s) que Vive(m) com HIV
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES	Secretaria de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuário de Droga Injetável

Sumário

Apresentação.....	14
1. Projeto de Pesquisa.....	17
Introdução.....	22
Objetivos.....	24
Problema de pesquisa.....	25
Justificativa.....	27
Revisão da literatura.....	28
Metodologia.....	51
Cronograma.....	57
Orçamento.....	58
Referências.....	59
Apêndice A.....	65
Apêndice B.....	68
Apêndice C.....	71
Apêndice D.....	72
Apêndice E.....	73
2. Relatório de Campo.....	74
Motivação inicial.....	75
Do tipo de pesquisa ao campo.....	78
Diário de campo.....	81
Relato de atividades no doutorado sanduíche.....	101
3. Análise de Dados e Produção dos Artigos da Tese.....	106
4. Primeiro Artigo.....	108
5. Segundo Artigo.....	133
6. Considerações Finais.....	158
Anexo 1.....	161
Anexo 2.....	162

APRESENTAÇÃO

Esta tese contempla a pesquisa intitulada “Indetectabilidade sem intransmissibilidade: fragmentações do conceito entre a clínica e a vivência”, cujo objetivo geral foi examinar os sentidos e significados atribuídos a esse conceito a partir das narrativas de homens gays e bissexuais que vivem com HIV em condição de carga viral indetectável, bem como de profissionais de saúde que atuam em dois serviços especializados: um localizado em Porto Alegre e outro em uma cidade da região metropolitana. Ambas as localidades integram o ranking das 100 cidades brasileiras com as maiores taxas de detecção e mortalidade relacionadas ao HIV/aids.

O projeto de pesquisa e os demais estudos que compõem esta tese são de autoria do doutorando Jeneson Tavares da Cruz, sob orientação da Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Ainda que atualmente vinculada a outra instituição, a professora Tonantzin manteve-se como coorientadora ao longo do desenvolvimento da pesquisa. A partir da versão final do primeiro artigo e da elaboração do relatório de campo, a Profa. Dra. Maria Letícia Ikeda Rodrigues passou a integrar oficialmente a equipe de orientação.

Entre outubro de 2023 e julho de 2024, foi desenvolvido um estágio de doutorado sanduíche com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). As atividades foram realizadas em Montreal, Canadá, junto à equipe de pesquisa e sob a supervisão do Prof. Dr. Rod Knight, da *École de Santé Publique da Université de Montréal*.

Esta tese foi elaborada em conformidade com as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS e está estruturada em quatro partes, conforme descrito a seguir:

1) Projeto de Pesquisa: Corresponde ao detalhamento do planejamento metodológico e científico da investigação, incluindo uma revisão de literatura ancorada na Nota Informativa publicada pelo Ministério da Saúde em 2019. Nessa nota, o Ministério endossa que:

“O reconhecimento do I = I pode gerar impacto positivo nas relações das pessoas vivendo com HIV, pois se contrapõe a conceitos passados de que todas as PVHIV são potenciais transmissoras do HIV por via sexual, o que está atrelado a estigmas e preconceito.” [1]

O projeto foi submetido à avaliação de banca examinadora composta por três membros, em sessão de qualificação realizada no dia 14 de agosto de 2023. As modificações sugeridas foram incorporadas e o projeto foi então submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) correspondentes: o CEP da UNISINOS, em 12 de maio de 2023, e o CEP da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/SES/RS), que aprovou o estudo em 17 de julho de 2023. A submissão a dois comitês se fez necessária, uma vez que a pesquisa envolveu um serviço especializado vinculado à ESP/SES/RS em Porto Alegre, além da instituição de origem na região metropolitana, sob a jurisdição do CEP da UNISINOS.

2º) Relatório de Campo: Esta seção contempla a descrição sistemática das observações realizadas em campo, os registros produzidos no diário de campo, bem como os aspectos logísticos relacionados à condução da pesquisa. São apresentados(as) os(as) participantes do estudo, acompanhados(as) de impressões iniciais e de uma análise preliminar dos dados coletados. Incluem-se, ainda, considerações finais referentes ao processo de trabalho desenvolvido nesta etapa. Cabe destacar que o relatório incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora durante a qualificação, as quais foram incorporadas ao projeto original ao longo da execução da pesquisa.

3º) Artigo original I: O primeiro artigo, redigido em inglês durante o período de doutorado sanduíche, é fruto direto do trabalho de campo e intitula-se *“Meanings and (Mis)Understandings of the U=U Message Among Gay and Bisexual Men Living with HIV in Southern Brazil: a Narrative Inquiry”*. O objetivo deste estudo foi examinar os sentidos e significados atribuídos ao conceito de I=I por homens gays e bissexuais em condição de carga viral indetectável que vivem com HIV na região sul do Brasil.

4º) Artigo original II: O segundo artigo, igualmente redigido em inglês, foi iniciado durante o período de doutorado sanduíche e finalizado no Brasil. Intitula-se *“Even though I’m/they’re undetectable: the flawed construction of U=U knowledge between gay/bisexual men living with HIV and healthcare professionals”*. O objetivo central desse estudo foi analisar como o conceito de I=I é construído, interpretado e negociado com base nas narrativas de homens gays e bissexuais vivendo com HIV, bem como de profissionais de saúde que atuam em dois serviços especializados localizados na região sul do Brasil.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO SINOS - UNISINOS
ESCOLA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JENESON TAVARES DA CRUZ

**EFEITOS DO RECONHECIMENTO DO TERMO $I = I$ (INDETECTÁVEL IGUAL
A INTRANSMISSÍVEL) NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS DE HOMENS
QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E VIVEM COM HIV/AIDS**

Porto Alegre

2023

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO SINOS - UNISINOS
ESCOLA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JENESON TAVARES DA CRUZ

**EFEITOS DO RECONHECIMENTO DO TERMO $I = I$ (INDETECTÁVEL IGUAL
A INTRANSMISSÍVEL) NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS DE HOMENS
QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E VIVEM COM HIV/AIDS**

Projeto de qualificação apresentado à
Banca Examinadora como exigência
parcial para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva pela
Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, sob a orientação da Profa.
Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

Porto Alegre

2023

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES Superior	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Center for Disease Control</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homem que faz sexo com homem
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoa(s) que Vive(m) com HIV/aids
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES	Secretaria de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuário de Droga Injetável

Introdução

A história do HIV e da Aids, que se iniciou nas décadas de 70 e 80, marcou a saúde de maneira global, visto sua rápida disseminação e alta letalidade num período em que pouco ou quase nada se sabia sobre o vírus e a doença. Nos dias de hoje, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (UNAIDS) aponta que cerca de 38 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo e todos os dias, de acordo com o Relatório Global de 2022, 4 mil pessoas são infectadas pelo vírus (UNAIDS, 2022). Assim, o combate ao HIV/aids tornou-se uma preocupação mundial, fazendo com que houvesse uma mobilização pelas instituições de saúde em todo mundo e recebendo espaço prioritário na agenda das Nações Unidas (UNDP, 2021).

No Brasil, o Boletim Epidemiológico de 2022 notifica que, de 1980 até junho de 2022, 1.088.536 pacientes em Aids foram cadastrados nos sistemas que auxiliam a monitorar a epidemia e avaliar de forma indireta os níveis de adesão ao tratamento. E quanto ao HIV, houve notificação de 434.803 casos no período de 2007 até junho de 2022, onde mais de 40 mil casos novos foram diagnosticados só no ano de 2022 (BRASIL, 2022).

O país foi um dos pioneiros a fornecer o tratamento de forma gratuita às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) a partir de 1996, pelo Sistema Único de Saúde, ação instituída pela Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 2021; UNAIDS, 2016). A terapia antirretroviral é eficaz, garante a proteção do sistema imunológico do paciente em tratamento, retarda o aparecimento da Aids e suprime a carga viral fazendo com que não haja transmissão do vírus por meio de relações sexuais (UNAIDS, 2019). Daí chegamos ao termo I = I, indetectável igual a intransmissível, ou seja, as PVHA em tratamento contínuo, com carga viral indetectável por pelo menos 6 meses deixam de transmitir o vírus pela via sexual. Portanto, manter-se em tratamento significa ter benefícios que refletem tanto em âmbito individual quanto social, pois além de preservar a saúde e imunidade da PVHA, também se evita novas transmissões do vírus por via sexual.

A concepção do termo I = I é recente e compõe uma lista de indicadores e estratégias de prevenção da epidemia no mundo indicadas pela Organização

Mundial de Saúde (WHO, 2020). Em consonância, o Ministério da Saúde emitiu Nota Informativa afirmando que:

“O reconhecimento do I = I pode gerar impacto positivo nas relações das PVHIV, pois se contrapõe a conceitos passados de que todas as PVHIV são potenciais transmissoras do HIV por via sexual, o que está atrelado a estigmas e preconceito.” (BRASIL, 2019, p. 1)

Esta nota ratifica a importância do reconhecimento de estar com carga viral indetectável, pois isso afeta positivamente as relações das PVHA e pode abrir novas possibilidades no viver com HIV. Contudo, não fica definido ou esclarecido como as relações de PVHA seriam afetadas positivamente ou quais pontos positivos são esses, aspectos que a nossa pesquisa pretende esclarecer. Além disso, questionamo-nos se, e como, esta informação é repassada para todos os usuários de forma igualitária e como os profissionais de saúde que acompanham as PVHA entendem o reconhecimento do termo. Em vista disso, nossa pesquisa buscará compreender os significados e sentidos atribuídos ao termo I = I junto a profissionais e usuários de dois serviços públicos de saúde, um em Porto Alegre e outro em Viamão, focalizando em particular a experiência de homens que fazem sexo com homens (HSH).

Objetivos

Objetivo geral

Examinar os sentidos e significados atribuídos ao termo I=I a partir do discurso de HSH indetectáveis e dos profissionais de saúde que trabalham com essa população.

Objetivos específicos

- Explorar como e se o I=I aparece nas relações afetivo-sexuais de HSH, que vivem com HIV/aids e têm carga viral indetectável.
- Analisar mudanças nas percepções em relação ao estigma e autoestigma de viver com HIV a partir da supressão da carga viral e do reconhecimento de I=I.
- Investigar como o status de indetectável é trabalhado dentro das estratégias de prevenção e cuidado em saúde e se e como o I=I aparece no cenário de cuidados de HSH vivendo com HIV.
- Averiguar se, e como, os profissionais de saúde estão trabalhando com estratégias de cuidado relacionadas ao I=I.

Problema de pesquisa

A partir da constatação de que a noção de I=I é bastante recente, entendemos a necessidade de nos debruçarmos em pesquisas que abranjam esse tema e como tem sido incorporado na produção de cuidado de PVHA. Há um consenso científico crescente de que, quando em tratamento antirretroviral contínuo, a PVHA tem sua carga viral suprimida da corrente sanguínea, pois não se detecta o vírus em exames laboratoriais. Isso implica na intransmissibilidade da infecção do HIV que, além do benefício do cuidado em saúde para quem faz o tratamento, se torna uma ferramenta de prevenção para novas infecções. (OMS, 2020; UNAIDS, 2018)

Nos dados do Boletim Epidemiológico nacional de 2022, cujas notificações via Sinan do período de 2007 a junho de 2021, consta que os homens (69,8% dos casos) se infectam mais que as mulheres (30,2% dos casos) e entre os homens, aqueles que são homossexuais e bissexuais correspondem a 42,9% dos casos quando comparada à população heterossexual, com 34,9%. A população HSH, que compreende homens autorreferidos gays ou homossexuais ou mesmo homens que não se auto-identificam com tal orientação, mas mantêm relações sexuais com outros homens, ainda é a população com a maior prevalência em relação aos casos de infecção pelo HIV (BRASIL, 2022).

Pessoas que vivem com HIV são consideradas como ameaças de uma maneira geral, mas HSH são vistos como “culpados” devido ao seu comportamento sexual perpassar por normas morais que os consideram “promíscuos”, “descontrolados” e “irresponsáveis” (CUNHA, 2012). Em contraposição, numa transmissão vertical, ou seja, quando a infecção pelo HIV se dá de mãe para filha(o), se é visto como “vítima” (CUNHA, 2012).

Não obstante, um dos primeiros estudos sobre o tema realizado no Brasil já aponta para a ênfase de alguns médicos que não se sentem completamente seguros em afirmar que o risco de transmissão é zero; outros também alegam que preferem não comunicar devido a outras possíveis infecções sexualmente transmissíveis, ou ainda, que a PVHA pode não estar indetectável todo o tempo

e se há vírus no corpo, então há possibilidade de infecção (SILVA, 2020). Essa cautela é questionável se comparada com os estudos que sustentam que não há transmissão por via sexual. (COHEN *et al*, 2016; GRULICH *et al*, 2015; RODGER *et al*, 2016, 2019; THE LANCET HIV, 2017)

A partir de tais tensões, essa pesquisa se sustenta na intenção de entender se o conhecimento da noção de I=I tem sido ou não abordado como uma ferramenta de prevenção e cuidado entre PVHA, mais particularmente entre HSH, nos serviços de saúde, sendo importante identificar iniquidades nesse processo. Em especial, no Brasil, ainda há pouca literatura que se debruça sobre o tema, a qual é ainda mais incipiente quando o corte é para a população HSH. (SILVA, 2020; UNAIDS, 2018; CALAZANS *et al*, 2018)

Entendemos que a ideia de I=I está inclusa no rol das estratégias de prevenção, e é umas das mais efetivas estratégias de prevenção que temos atualmente, além da possibilidade de redução de estigma, melhora na aceitação de testagem e tratamento de HIV/aids (BOR *et al*, 2021). Tendo em vista tais considerações, nosso trabalho questiona quais são os significados e sentidos do I=I a partir dos discursos de homens indetectáveis que fazem sexo com homens e dos profissionais de saúde que trabalham com essa população.

Justificativa

Este projeto de pesquisa ancora sua relevância social e científica a partir do contexto epidemiológico de HIV/Aids no qual o estado do Rio Grande do Sul se encontra, pois é o estado com a segunda maior taxa de detecção de Aids por 100 mil habitantes (21,8%), de acordo com os dados do último boletim epidemiológico. (BRASIL, 2022)

Em 2020, embora seja reconhecida uma possível subnotificação devido à sobrecarga nos serviços de saúde por conta da pandemia de COVID-19, Porto Alegre apresentou um valor superior ao dobro do estado do Rio Grande do Sul e mais de três vezes a taxa nacional que é de 14,1 casos por 100 mil habitantes, correspondendo, assim, a aproximadamente 43 casos por 100 mil habitantes na capital riograndense. (BRASIL, 2022).

Frente à situação epidemiológica, é fundamental que estudos sobre o tema HIV/Aids sejam desenvolvidos, principalmente estudos direcionados às estratégias tanto de prevenção quanto de cuidado, pois há tratamento profilático disponibilizado gratuitamente pelo SUS desde 1990. (BARROS, 2017)

A infecção pelo HIV e a doença Aids precisam ser vistas como um fenômeno social cujas marcas negativas remetem ao início de sua história. Logo, estudar os significados e as representações individuais e culturais acerca do HIV/Aids ajuda a entender de que maneira as pessoas que convivem com o vírus estão lidando com o fardo de significados negativos que foram se construindo nessas quatro décadas da epidemia de HIV/Aids.

Além disso, pretendemos contribuir socialmente com discussões, transmissões educativas e estratégias para a saúde pública que vão produzir resultados no controle da epidemia e na redução de novas mortes causadas pela doença, como já vimos em outras estratégias das políticas brasileiras de prevenção e tratamento do HIV/aids. (HAAG *et al*, 2013)

Porto Alegre está entre as 5 capitais com posição mais elevada no *ranking* das Unidades Federadas segundo o índice composto por indicadores de taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 nos últimos 5 anos. Já em relação ao *ranking* dos 100 municípios nacionais, segundo as mesmas taxas,

Porto Alegre encontra-se na quinta posição, enquanto Viamão, cidade da região metropolitana, está em sétimo, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Essa pesquisa, portanto, se faz indispensável visto que já há alguma produção científica sobre um tema relativamente novo – I=I, porém, nenhuma que tenha como base o contexto das cidades de Porto Alegre e Viamão que estão no topo do ranking nacional e, portanto, precisamos de dados e resultados que possam vir a contribuir para a criação de políticas públicas e educativas.

Sendo assim, nossa pesquisa, que traz uma discussão de importância mundial na área da saúde coletiva, tem sua originalidade por abordar tema recente e ainda controverso, além de ser um trabalho que irá se debruçar em dois serviços de saúde públicos no Sul do Brasil, contemplando as realidades próprias de cada serviço. Onde em um vamos nos debruçar a partir de dados de um serviço estadual numa capital com uma das maiores prevalências de HIV no país e o segundo, um serviço de um município que ao mesmo tempo possui notoriedade por suas altas taxas em relação a dados nacionais.

Revisão de literatura

O I=I tem se tornado uma mensagem de saúde pública com o intuito de reduzir o estigma em relação ao HIV e ajudar na comunicação de um consenso científico de que o vírus não é transmissível quando a pessoa que vive com o vírus tem a carga viral indetectável (GRACE *et al*, 2022). Para se chegar ao I=I é preciso que se atinja a carga viral indetectável, o que é averiguado através de exames laboratoriais, e se mantenha em tratamento contínuo por pelo menos seis meses. (RODGER *et al*, 2019)

Para percorrermos o conceito de I=I com suas implicações e contribuições começaremos com o debate sobre estigma e políticas públicas na área do HIV. Na sequência, como nosso objetivo é sobre os sentidos e significados do I=I para homens que fazem sexo com homens, traremos uma discussão sobre masculinidades e HIV, e para ampliar e aprofundar o escopo de nosso texto, faremos apontamentos sobre interseccionalidades e HIV, tendo em vista que não acreditamos que possamos pensar sobre HIV/aids sem o entrecruzamento entre questões econômicas, de gênero, de raça e outras que envolvem as pessoas. Para fechar esse percurso, apresentaremos debates e evidências científicas sobre o I=I particularmente, que é um tema que toca várias áreas do conhecimento, mas que precisamos localizá-lo a partir da perspectiva de nossa pesquisa com homens que vivem com HIV/aids e cuja carga viral está indetectável.

Estigma e políticas públicas na área do HIV

No início da epidemia de HIV/Aids, a alta letalidade foi um marcador do vírus e da doença no final do século XX e início do século XXI, levando o vírus a ter suas marcas e insígnias letais. A própria origem etimológica da palavra vírus advém do latim que significa “veneno” (FARIA, 1967), que é qualquer substância, seja ela preparada ou natural, com capacidade de destruir as funções vitais de um organismo. Nesse sentido, fazemos um paralelo com a condição de alguém que vive com HIV, ou seja, a pessoa que está infectada por ele toma a posição

de alguém que foi envenenado e acredita que seu curso de vida está prestes a chegar ao final, ou ainda, que pode ser a responsável pelo envenenamento de outrem pela transmissão do vírus. Entretanto, a transmissão do HIV e o cenário de morte iminente, seja por não se saber como se tratar ou por não haver medicação para tal, já não contempla a mesma realidade nos tempos atuais. (RODGER *et al*, 2019)

O HIV/aids ainda é uma condição estigmatizante e que é preciso, desde o seu diagnóstico, aderir a novas rotinas de cuidado para tornar e, logo, manter a carga viral indetectável (SILVA, 2020). As pessoas infectadas pelo vírus, principalmente quando ocorre por via sexual, são vistas como “ameaças” e vivenciam sentimento de culpa e vergonha, colocando o diagnóstico no patamar de “punição” pelo comportamento sexual. Mais diretamente com relação aos HSH, os estigmas e autoestigmas parecem se intensificar, porque geralmente se associam à suposta promiscuidade, comportamento “irresponsável” e “desviante”, decorrente da falta de controle de si. (SIMÕES, 2018)

Toda doença, além de ser um fenômeno fisiológico é, também, um fenômeno social e ambos demarcam inscrições na linguagem. Dessa forma, a doença passa a adquirir significados sociais nos discursos, e assim, determinam mais na linguagem que no próprio corpo biológico. Este corpo biológico já não mais carrega as marcas visíveis do vírus e/ou da doença em virtude dos atuais tratamentos antirretrovirais disponíveis, eliminando a figura de um corpo esquelético, com manchas e com perda de cabelo. Todavia, apesar de vários avanços em relação ao tratamento e cuidado da doença e das distintas abordagens de prevenção do HIV, pouco se progrediu quanto a superação do estigma e da discriminação para com PVHA nessas quatro décadas de epidemia. (PARKER & AGGLETON, 2021)

Tomemos como exemplo a campanha do Ministério da Saúde de 2015 de como o vírus HIV e a doença Aids circunscrevem mais a linguagem que o corpo biológico. A campanha se intitulava: “Quem vê cara não vê Aids”, ratificando que o vírus, indisponível aos olhos, pode estar em qualquer pessoa, independentemente de sua aparência, sexo, idade ou condição social (BRASIL, 2015). Ao mesmo tempo que a campanha alerta para que as pessoas se cuidem durante as relações sexuais, ela também esboça que ter o vírus e estar doente

são pontuações diferentes, visto que se pode viver uma vida inteira com o vírus sem nunca desenvolver a Aids (PARKER, 2000). Assim, a questão do HIV/Aids passa a ser mais bem compreendida quando o conteúdo simbólico que lhe cerca é considerado.

O teor simbólico do HIV/Aids faz com que se necessite de uma formulação de saber a partir de uma visão mais ampla, crítica e analítica, ao invés de ser tomado como um tabu. Freud, neurologista e psicanalista, traz uma formulação criteriosa sobre o conceito de ‘tabu’ descrito no texto de 1913 intitulado *Totem e Tabu* (2010). De acordo com o autor, seu significado contempla duas orientações antagônicas: por um lado tabu significa ‘santo’, ‘consagrado’ e, por outro, ‘inquietante’, ‘proibido’ e ‘impuro’, logo, intocável. Freud também assinala que pessoas ou coisas vistas como tabu são como objetos repletos de eletricidade, transmissível pelo contato, podendo ser liberada com efeito destrutivo (FREUD, 2010). Sua transmissibilidade faz com que se tente extingui-lo, da mesma maneira que o HIV é compreendido, como uma força perigosa, possível de transmissão pelo contato, levando ao adoecimento e morte.

As restrições frente a um tabu como as que interditam a fala ou o toque, aplicam-se ao HIV. Isto se denota desde o próprio silêncio daquele que recebeu o diagnóstico, sustentando o indizível e não revelável, até mesmo no afastamento de parceiros, amigos e familiares quando alguém é diagnosticado com o vírus. Transmitir o vírus é da mesma ordem que transmitir um tabu carregado de significações que dizem de um proibido, perigoso e impuro. Seja na transmissão pelo sexo ou mesmo na transmissão vertical, quando acontece da mãe para o filho durante o parto, o vírus ganha corpo herdando o crime e a culpa. Como enfatiza Paiva *et al* (2011, p. 4208), que as PVHA “permanecem significadas como perigosas”.

As concepções sobre o HIV/Aids, particularmente no início de sua descoberta, geraram uma série de representações e sentidos degradantes, tendo em vista que a Aids foi primeiramente associada a grupos marginalizados pela sociedade. Logo que surgiu, a Aids era considerada a doença dos 5 Hs: homossexuais, hemofílicos, haitianos, *hookers* (termo para prostitutas em inglês) e heroínômanos (usuários de heroína injetável), o que abriu caminho para uma gama de preconceitos e discriminação aos portadores do vírus (ATAIDE *et al*,

2021). Isso conduziu as pessoas infectadas com o vírus ao isolamento por sentimentos de vergonha e pelo medo do preconceito, levando-os ao silêncio, ou quando decidiam revelar seu estado sorológico eram isoladas do convívio social do qual se encontravam. (BELTRAME *et al*, 2004)

As marcas destrutivas de uma doença associada a uma infecção sexualmente transmissível, algo próprio de uma sexualidade considerada desviante, marginal e promíscua para a sociedade, fazem com que o estigma leve o portador do HIV a estar frequentemente encoberto (SEFFNER, 1995). A partir daí, a consequência direta do estigma e do autoestigma recai em questões de saúde pública e isso se reflete na dificuldade, por exemplo, de adesão ao tratamento antirretroviral (TEIXEIRA *et al*, 2000), desvelando a influência dos fenômenos sociais sobre o processo saúde-doença.

Já em 1946, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde deixou de ser a ausência de doença, passando a ser sinônimo de completo bem-estar físico, social e mental, algo por si só bastante problemático. Tal enunciado demonstra que a tarefa de mensurar a saúde seja algo igualmente complexo (PEREIRA, 2001). Em relação ao HIV, a ideia de saúde e doença está ainda mais intrincada, pois, como salienta Moreira *et al* (2011), a pessoa que vive com HIV se vê como doente e que a iminência de morte é seu único horizonte. Todavia, a TARV pode proporcionar-lhe a supressão da carga viral, melhor qualidade de vida e evita ou retarda o aparecimento da doença aids. (BRASIL, 2023)

Para tanto, estratégias nas políticas de saúde pública foram e são constantemente pensadas no mundo, assim como em território nacional. No Brasil, desde 2013, os antirretrovirais passaram a ser disponibilizados para todos aqueles que tinham seu diagnóstico de reagente para HIV seguindo a tendência mundial. Naquele momento criou-se um novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que orientava sobre a necessidade de afirmar sobre a evidência de que a supressão viral podia reduzir a transmissão do vírus da imunodeficiência significativamente além de evitar a doença Aids (BRASIL, 2013). Atualmente, já há uma versão atualizada e modificada do PCDT desde junho de 2022, onde encontramos a indicação de que a pessoa em tratamento com ART cuja carga viral está indetectável não transmite o vírus por via sexual

(BRASIL, 2022b). Isso quer dizer que o tratamento de PVHA é uma estratégia de prevenção, pois evita novas infecções.

Sobre isso, Bor *et al.* (2021) sugere que a informação do I=I, ou da ideia da terapia como forma de prevenção, tem um papel importante na redução do estigma, especialmente quando falamos do comportamento sexual entre pessoas do mesmo sexo. Mais particularmente, homens que fazem sexo com homens, pois com a carga viral indetectável eles podem se sentir mais confortáveis para manter, retomar ou reiniciar sua vida sexual, sem que pese o fato de se achar um agente transmissor, ou ainda, pode ajudar na maior possibilidade de comunicação do seu estado sorológico (GRACE *et al.*, 2015). Ademais, a redução do estigma pode impactar na própria adesão ao tratamento, pois as PVHA teriam a intransmissibilidade como objetivo a ser alcançado e também mantido no decorrer de sua vida (FIGUEREDO, 2020).

Em linhas gerais, pensamos que a redução do estigma e autoestigma pode dar novos sentidos e significados ao tratamento de homens que vivem com HIV/aids, homens que por muitas vezes são considerados promíscuos e descontrolados quanto a sua prática sexual (CUNHA, 2012). Quando citamos homens gostaríamos de reiterar que aqui se contempla as diversas formas de masculinidades, tema este que será abordado na seguinte seção.

Masculinidades e HIV

Em termos gerais, a epidemia de Aids se comporta de forma heterogênea em diferentes países ou mesmo dentro de um país, como no caso o Brasil. Ao afunilarmos um pouco mais, sabemos, a partir dos dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (2022), que a mesma heterogeneidade de comportamento é também demonstrada em diferentes populações, homens, mulheres etc., e até mesmo dentro delas, tornando-se imprescindível compreender que é necessário pensar em ações que visem as diferentes expressões de uma mesma população. Neste trabalho, vamos nos ater ao que chamamos de saúde do homem para entender como 'homem' e 'saúde' estão relacionados.

Ao tratar de um assunto tão prolixo que é a saúde do homem, precisamos iniciar conceituando o que se entende por ‘homem’ nas suas mais copiosas vertentes determinadas pela sociedade a qual se encontra e pelo tempo histórico dela. Neste, vamos nos ater à acepção de ‘homem’ no Brasil e partiremos de alguns referenciais teóricos, nacionais e internacionais, para que possamos desenhar, ou pelo menos, demarcar as bordas que circundam tal conceito. E, com isso, trabalharemos como pode ser pensada a relação da saúde do ‘homem’ e o vírus da imunodeficiência (HIV), cuja razão pelos sexos, notificada pelo SINAN no ano de 2020, foi de 28 casos de infecção em homens para cada 10 casos de infecção em mulheres. (BRASIL, 2022)

Ao tomarmos a referência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pelo Ministério da Saúde em 2017 teremos que:

A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único, p. 1)

Todavia, esta portaria foi substituída em 2021 pela seguinte escrita:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades. (PORTARIA GM/MS Nº 3.562, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2021, p. 1)

Foi somente a partir de 2021 que o Ministério da Saúde (MS) com sua PNAISH passou a mencionar que a saúde do homem tinha que respeitar as

diversas expressões de masculinidades, acolhendo-os em suas singularidades e diversidades. Nesta portaria a incorporação das questões de masculinidades, tratadas agora no plural em contraste com a portaria anterior de setembro de 2017, estariam ligadas tanto aos marcadores sociais, como raça/cor, faixa etária, etnia, orientação sexual, deficiência, quanto as vulnerabilidades sociais e culturais em suas práticas de saúde.

O novo vocábulo atravessa mais que uma escrita disposta num documento, é um marco de que diferenças sociais, políticas e econômicas estão associadas para além de como se tratava a questão de gênero. Não se é possível pensar a população a partir do binarismo, homem ou mulher. As teorias feministas e teorias de gênero há décadas vêm contribuindo para que esses conceitos sejam tão abrangentes quanto é sua produção social. (SCOTT, 1990)

Gênero é um conceito complexo e que tem sido tratado como sinônimo de sexo, tanto na linguagem comum, quanto na linguagem acadêmica. Etimologicamente este termo tem sua origem do latim *genus*, que significa raça, tipo, família, origem, e cuja raiz “*gene*” significa gerar, conceber, e no final do século XVI e início do século XVII se vê o emprego deste no sentido biológico para designar um “tipo ou classe de coisas”, sendo este masculino, feminino ou neutro. Então, etimologicamente há alguma associação com relação a sexo.

Já no Dicionário Online de Português constatamos que gênero significa: “Diferença entre homens e mulheres que, construída socialmente, pode variar segundo a cultura, determinando o papel social atribuído ao homem e à mulher e às suas identidades sexuais” (GÊNERO, 2023). Esta definição, embora subsidie uma binaridade de homem versus mulher, já compreende que há uma construção social em torno dela.

Concordamos com Louro (1997) quando relata que todas as palavras têm história e fazem história, e, portanto, gênero é uma produção histórica e social. Sob essa perspectiva, é verossímil compreender que numa sociedade o que importa é a construção social sobre os sexos. É nesse sentido que afirmamos que a categoria a se considerar é gênero, pois abrange uma complexidade que o binarismo homem versus mulher não é capaz de alcançar. O sistema de saúde, embora ainda reverbere o velho modelo binário, parece que vem se adaptando

para estar à altura de seu tempo e a nova portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) é um bom exemplo disso, e que agora se direciona ao reconhecimento das várias expressões de masculinidades.

Há alguns pressupostos teóricos apontados por Kimmel (1998) que nos orientam quanto à compreensão do conceito de masculinidades. Primeiramente, entende-se masculinidades como constructos sociais e não uma definição biológica, mítica ou eterna. Isto quer dizer que a figura da pessoa que nasce com pênis não está fadada a ser homem, ou ainda, que o órgão genital é o que define quem ela é desde o nascimento até a sua morte. Sendo uma construção social, ela varia de uma cultura para outra, de um período histórico para outro, varia ainda entre homens da mesma cultura pois também depende das relações que marcadores como raça, faixa etária, etnicidade, situação econômica e região do país, só para citar alguns.

Se à primeira vista associamos masculinidades a ser homem, este também precisa ser definido. Se antes pensava-se que ser homem é nascer com pênis, ser o chamado “sexo forte”, provedor financeiro e de segurança da família, agora podemos pensar que masculinidade é um fenômeno que existe no campo das experiências, práticas, fazeres e ações sociais. É, portanto, a partir da concatenação com os estudos de gênero, feminismo e os estudos *queer* que houve uma mudança de paradigma, mudança essa que abarca uma transformação social e teórica que já vinha em curso nas últimas décadas. (CONNELL, 2016)

O entendimento agora ultrapassado, pelo menos teoricamente, do homem enquanto o “sexo forte”, é o que faz Connell desenvolver a definição de masculinidade hegemônica, termo introduzido em seu livro “Masculinidades” (2005) nos anos 80. Até então a figura do homem era aquela cuja força era exercida sobre outros, fossem homens ou mulheres, assim como era uma figura corajosa e ativa, potente e invulnerável. Ao pensar em masculinidades, e não em “homem”, referimo-nos a algo construído socialmente, podendo ser um homem cisgênero, um homem trans, não-binário, para citar alguns.

Sobre essa ótica é que demarcamos a alteração que a PNAISH trouxe na elaboração de seu último documento de 12 dezembro de 2021 (BRASIL, 2021).

A nova portaria consta de sete afirmações explícitas sobre o respeito, reconhecimento, incorporação e consideração das múltiplas expressões de masculinidades.

Assim sendo, ao tratar da saúde de pessoas em suas diversas expressões de masculinidades chegamos mais perto do cuidado e prevenção de doenças e infecções, das quais aqui trataremos mais particularmente em relação ao HIV. A masculinidade hegemônica é associada à ideia de virilidade, de não controle do “impulso” sexual, de “imbrochável”¹ e, conseqüentemente, à naturalização do comportamento de risco. A ideia de homens viris, que não fogem e estão sempre dispostos ao sexo dificulta o acesso aos serviços de saúde e prevenção, já que a ideia de cuidado remete a uma atividade feminina.

Concordamos com Ayres *et al* (2003) ao conceituar que a vulnerabilidade ao HIV/aids está:

“associada como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.”
(AYRES *et al*, 2003, p. 125)

Estar em situação de vulnerabilidade em relação ao HIV/aids se conecta com: 1) aspectos sociais, que são aqueles relacionados ao acesso à informação, disponibilidade de recursos à saúde, acesso e qualidade de serviços de saúde, aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, entre outros; 2) aspectos programáticos, que se referem à existência de ações institucionais direcionadas à prevenção e cuidado do HIV/Aids; e 3) aspectos

¹ Palavra que não consta no dicionário da língua portuguesa, mas foi proferida por Jair Bolsonaro, então presidente da República do Brasil, em 7 de setembro de 2022. Seu sentido êmico, cujo verbo brochar ganha um prefixo de negação, refere-se àquele que mantém sempre sua ereção, nunca perdendo o entusiasmo e interesse.

individuais, que são comportamentos que criam a oportunidade de se infectar com o vírus do HIV e desenvolver a doença aids.

No Brasil, tivemos respostas governamentais frente a epidemia de HIV/aids desde a década de 80 frente a esse problema de saúde que acometia a população homossexual. Frisamos que as políticas eram direcionadas para a população que se identificava, ou era identificada enquanto gay. Todavia, surgiu em 1999 a primeira fundação que teria no nome a descrição da população HSH, deixando de lado a referência à parcela de identidade homossexual. Essa fundação se orientava pelo empoderamento e intervenções comportamentais com intuito de sugerir e apontar alternativas de comportamento para diminuir ou eliminar os riscos de infecção pelo HIV se chamava Fórum de Organizações com Trabalhos de Prevenção das DST/Aids para Homens que Fazem Sexo com Homens do Estado de São Paulo (Fórum HSH/SP). (CALAZANS, 2018)

Sobre isso, gostaríamos de ressaltar que nossa pesquisa faz o recorte da população HSH, categoria essa que nasce a partir do HIV/aids, pois sem o campo de discussões e estudos de uma doença que está diretamente ligada à prática sexual, provavelmente essa categoria nunca teria existido. A categoria epidemiológica HSH tem sido central para uma gama de debates em relação à saúde, justiça, comunidade e individualidade. (BOELLSTORFF, 2011)

Como nos afirma Boellstorff (2011) a classe HSH nasce para descrever uma população enquanto comportamento e não identidade. E a mesma, tem sido uma esfera “razoavelmente bem documentada, mesmo que não seja uma posição de sujeito prontamente reconhecida”, isto nos diz que ela foi criada em sítio burocrático e científico que descreve uma população enquanto a maneira como se comporta em relação a prática sexual. (*Ibidem*, 2011, p. 291)

HSH é um conceito que tenta abranger não somente a população que se identifica enquanto gay, mas abre para descrever e incluir homens que têm relações sexuais com outros homens mesmo que não se identifiquem como gays. O Programa Global da OMS sobre Aids e profissionais de saúde pública adotaram o termo para que se evitasse exclusões e assim reproduzisse iniquidades de gênero, raça e classe, que poderiam privilegiar homens gays, brancos e ocidentais. (PATTON, 2002)

Como esta categoria nos abre para pensarmos que se vai além de uma população que esteja estritamente identificada enquanto gay, acreditamos que seu sentido êmico nos permite abarcar de forma mais complexa como a prática sexual de HSH se relacionam com HIV/aids, pois, embora observemos uma redução de incidência de HIV no Brasil e noutros países, os dados que temos da população HSH nos mostra que a mesma está na contramão dessa tendência (GUIMARÃES *et al*, 2019). Ainda, agregamos ao debate sobre o termo I=I novos olhares para o processo de saúde/doença que perpassam os padrões de identidades masculinas, as especificidades e diversidades dos homens e a construção sociocultural das masculinidades, sem compartimentar ou excluir questões de raça e etnia, classe social, faixa etária etc., uma abordagem nomeada de interseccionalidades e que discutiremos melhor na próxima seção.

Interseccionalidades e HIV

No Brasil, nessas quatro décadas de epidemia, temos podido acompanhar, através do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2022), as notificações quanto à raça/etnia, escolaridade, gênero e idade. Contudo, pensar esses marcadores isoladamente só nos faz termos uma visão restrita da epidemia. Consideramos que uma leitura interseccional seja a que mais pode nos subsidiar na reflexão de como diferentes marcadores sociais – gênero, raça, classe, entre outros – interagem entre si, influenciando a forma como se experimenta a vida.

Dessa forma, para podermos seguir nossa reflexão, revisitaremos o conceito de interseccionalidade a partir dos apontamentos das autoras Patricia Hills Collins e Sirma Bilge, cujo texto-base encontra-se no livro “Interseccionalidade” (COLLINS; BILGE, 2020). Na sequência, refletimos aqui sobre como o tema HIV/Aids pode ser tratado pelo viés interseccional. Finalmente, trazemos a contribuição de outros autores que se debruçam sobre a questão do HIV/Aids para poder ampliar nossa proposta de discussão.

A ideia de interseccionalidade foi primeiramente sistematizada pela autora Kimberlé Crenshaw no final da década de 80, definindo-a como um modo de compreender como diferentes eixos de subordinação se associam e, assim, como fazer para superá-los. Em linhas gerais, a perspectiva interseccional

baseia-se na proposta de feministas negras dos Estados Unidos e América Latina que propuseram uma estratégia com enfoque analítico e posicionamento político. Nessa perspectiva, considera-se que cada pessoa é atravessada por inúmeros marcadores sociais que se encontram sobrepostos na vida dos sujeitos, e, por isso, pensar ‘interseccionalmente’ nos traz uma visão ampliada de cada um/a de nós e de nossa sociedade. (ASSIS, 2019)

Embora não seja o texto que deu origem ao termo ‘interseccionalidade’, trazemos a reflexão a partir da leitura do capítulo 1 - ‘O que é interseccionalidade?’ do livro ‘Interseccionalidade’ (COLLINS; BILGE, 2020). O primeiro capítulo do referido livro traz o conceito do que é interseccionalidade e, de antemão, as autoras nos apontam que se tal concepção fosse perguntada a diferentes pessoas, obteriam respostas multiformes e até mesmo contraditórias entre si. Isso já nos adverte quanto à complexidade e sensibilidade no qual o conceito precisa ser tratado, além de nos apontar para uma não unanimidade entre alguns estudiosos que se dedicam à temática. Apesar disso, há uma definição que, segundo Collins e Bilge, seria melhor aceita pela maioria, conforme segue:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionais e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (COLLINS; BILGE, 2020, p. 12)

Nesse sentido, a interseccionalidade é uma ferramenta de análise de como múltiplas opressões podem ser experienciadas por tipos distintos de diversidades. Ou ainda, é uma ideia que nos ajuda a perceber que cada pessoa é atravessada por marcadores variados e que operam de forma combinada. Além do mais, é uma forma de compreender e analisar complexos contextos no âmbito mundial, individual e experimental, com o intuito de fazer investigação crítico-prática, ou seja, a ideia é trazer mudança social a partir das discussões

de pensamentos e da criação de ações sociais e coalizões. (BILGE; COLLINS, 2020)

Os acontecimentos e as circunstâncias que perpassam a vida social e política de um sujeito são formados por múltiplos fatores diferentes que se influenciam. Por isso, ao se tratar das relações de poder em uma dada sociedade, é preciso considerar que há divisão social, seja de raça, gênero ou classe, mas, sobretudo, é imprescindível considerar que existem muitos fundamentos que trabalham juntos. A interseccionalidade, como uma ferramenta analítica, dá as pessoas um melhor acesso à complexidade do mundo, de si mesmos e de suas próprias experiências. (*Ibidem*, 2020)

Sendo assim, apontamos que em relação ao tema do HIV/Aids precisa ser pensado a partir do entrecruzamento entre questões econômicas, de gênero, de raça, entre outras. Há vários marcadores sociais importantes e que precisam ser pensados de forma conjunta, ou dito ainda, que eles produzem um efeito na vida dos sujeitos quando eles estão combinados de alguma maneira. Citemos um exemplo: pensar o HIV na vida de um sujeito autorreferido homem, branco, heterossexual, de classe média, num país do Sul é completamente diferente de pensar o vírus na vida de um outro sujeito que se refere homem, preto, heterossexual e que mora num bairro periférico no mesmo país. Essa disparidade ainda se exacerba quando acomete pessoas em situações mais vulneráveis como mulheres, pessoas negras ou trans. E assim, os marcadores sociais produzem, portanto, experiências identitárias, sociabilidades e iniquidades particulares conforme cada nova aglutinação entre suas categorias.

Como citamos a pouco, o conceito de vulnerabilidade acrescenta aspectos importantes à nossa reflexão sobre HIV/Aids e o pensamento interseccional. Marcadores sociais como raça, gênero, classe e orientação sexual por exemplo, se imbricam na construção de relações e vivências de maior ou menor vulnerabilidade quanto à saúde. Para Mann *et al* (1993), a noção de vulnerabilidades permeia o âmbito das suscetibilidades dos indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte por HIV/Aids.

Ainda, ao pensarmos em vulnerabilidades, concordamos com Ayres *et al* (2003) que aponta para três dimensões entrecruzadas que devem ser

consideradas para problematizar os cenários cotidianos e programáticos em relação ao HIV. São elas: 1) a dimensão individual – principalmente relacionada a comportamentos que podem facilitar a infecção e adoecimento; 2) a dimensão social – relacionada a aspectos de informação e sociopolíticos, entre outros; e 3) a dimensão programática – relacionada ao compromisso das autoridades, ações intersetoriais e financiamento adequado de políticas, só para citar alguns.

Victora *et al* (2000) acrescenta que a saúde e a doença são expressas pelos sujeitos na interação social, quando eles se comunicam e negociam os significados do seu sistema cultural. Em outros termos, só podemos falar sobre saúde e doença quando pensamos estes temas a partir das relações que estabelecemos com os outros, com a sociedade e com o mundo, demarcando, com isso, a complexidade que é tratar o HIV/Aids. É por essa alta complexidade que se faz necessário pensar a tal epidemia pelo viés interseccional, pois, entendemos, que há um entrecruzamento entre questões de gênero, étnico-raciais, sexuais, geracionais, econômicas, entre outras, que compõem e produzem determinadas relações sociais num determinado tempo.

A Aids está inserida num contexto histórico, político, social, econômico e cultural, no qual pessoas negras, pessoas trans e travestis e que moram nas regiões colonizadas, isto é, no Sul Global, têm menos acesso aos tratamentos profiláticos e preventivos, fazendo com que sejam as que mais são atingidas pela epidemia. É por isso que analisar a tecitura social das relações de opressão num sistema capitalista se torna imprescindível (BILGE; COLLINS, 2020). Sabemos que uma disparidade em saúde é fruto do pertencimento à grupos que são mais vulneráveis na população, pois estes experimentam sistematicamente maiores riscos à saúde, maior dificuldade de acesso quando há um serviço de saúde, sem contar com o estigma social que, infelizmente, é notado até mesmo nas próprias instituições de saúde (UNAIDS, 2020).

Vamos exemplificar. Examinemos os dados do último Boletim Epidemiológico no Brasil sobre os números de infecções pelo HIV (BRASIL, 2022). O boletim nos traz a quantidade de casos de infecção pelo HIV do ano de 2007 até junho de 2022 em 5 tabelas, constando região, sexo, faixa etária, raça/cor e a categoria de exposição, onde se divide em homens heterossexuais, homossexuais e usuários de drogas injetáveis e mulheres heterossexuais e

usuárias de drogas injetáveis. A partir desses dados notamos o quão superficial as notificações são feitas, o que nos faz cogitar sobre subnotificações dos casos. As informações trazidas permeiam um binarismo reduutivo, ou se é homem ou mulher, branco ou preto, sem dar voz e vez aos que não se encontram nessas categorias. Em relação à categoria sexo, a título de exemplo, observamos a invisibilidade da população mulheres trans que é geralmente incluída na categoria HSH.

Por si só, já é algo que nos produz um sentimento de repulsa, onde a população trans não se enquadra na única divisão binária que o boletim contempla em relação a gênero, a qual se restringe a uma concepção biológica e binária: “sexo masculino” e “sexo feminino”. As mulheres trans, embora sejam contabilizadas enquanto HSH, não se enquadram no “sexo masculino” e, portanto, não são homens que transam com homens, assim como também não são contabilizadas enquanto “sexo feminino”, constando entre os números das mulheres cisgênero heterossexuais. Todavia, em relação aos homens trans, que também ficam excluídos desses dados, faria mais sentido se fossem contabilizados na categoria HSH. (BROMBERG, 2020)

Em contrapartida, acrescentamos a nossa discussão que alguns estudos apontam para a alta prevalência de HIV na população trans (BASTOS *et al.*, 2018; GRINSZTEJN *et al.*, 2017; VERAS *et al.*, 2015). Essa população, cujas vulnerabilidades são tamanhas, vão desde o preconceito e estigma até a dificuldade de ter um atendimento apropriado numa unidade básica de saúde, sem mencionar as questões econômicas e políticas que elas enfrentam. Portanto, precisamos nos atentar para os marcadores sociais de forma conjunta, pensando nas vulnerabilidades dos sujeitos que compõem uma determinada sociedade.

Assim sendo, reiteramos que a Aids se insere num contexto econômico, social, político, cultural e geográfico, e que as pessoas com o maior número de vulnerabilidades são mais atingidas por esta epidemia, assim como passam a ter menos acesso aos avanços das terapias antirretrovirais quando acometidas pela infecção e menos acesso às formas de prevenção como PrEP (Profilaxia Pré-exposição) e PEP (Profilaxia Pós-exposição), por exemplo. O HIV/Aids expõe o trabalho da biopolítica sobre os corpos, especialmente na relação de

raça e gênero, escancarando a realidade da vulnerabilidade social. Para tanto, aderir ao tratamento antirretroviral ou fazer uso de profilaxias de prevenção são estágios que só são atingidos quando os estigmas vinculados à sexualidade, à raça, ao gênero e ao HIV são ultrapassados. (LOPEZ, 2011)

O olhar interseccional traz à tona os diferenciados efeitos das políticas públicas de desigualdade econômica entre pessoas pretas, pardas ou indígenas, mulheres, pessoas LGBTQIAPN+, jovens, residentes na área rural ou regiões suburbanas, pessoas com capacidades diferentes ou aquelas que não possuem documentos (BILGE; COLLINS, 2020). A partir do momento que essas disparidades são trazidas à luz é que podemos dar novas alternativas práticas de políticas públicas que possam atender as necessidades das pessoas. Pensamos que a perspectiva interseccional e sua forma de investigação analítica, crítica e prática nos amplia a visão sobre sujeito e sociedade, nos atentando para camadas e categorias que estão sobrepostas. Tal abordagem almeja, para além do seu caráter analítico-teórico, trazer mudança social, onde as ideias e as ações caminham de mãos dadas (BILGE; COLLINS, 2020).

O que aprendemos com Bilge e Collins (2020), além de outros estudos e discussões que compuseram esta parte é, sobretudo, que uma análise crítica seja feita com intuito de servir para a transformação social, para que todos nós possamos rever nossos olhares e ações. E mesmo que possamos medir as desigualdades, são justamente as iniquidades que precisam ser valorizadas (BRAVEMAN, 2006). Portanto, indicamos que é necessário pensar sobre o I=I, e em particular na população HSH, contemplando temas como as vulnerabilidades e a sobreposição de opressões e discriminações sofridas, pois elas nos dão uma visão mais ampla do que é o HIV/aids, dos sentidos e significados de estar indetectável e como isso pode refletir na vida das PVHA. Sobre o termo I=I abordaremos mais na sequência.

Indetectável = intransmissível: debates e evidências científicas

No início dos anos 2000, cientistas cogitaram a possibilidade de que com a carga viral suprimida e o uso de terapia antirretroviral poderia prevenir transmissão do vírus HIV (VERNAZZA; BERNARD, 2016). Em 2011, o estudo HPTN-052 demonstrou que o TARV preveniu a transmissão do vírus por via sexual da PVHA que estava virologicamente suprimida (COHEN *et al*, 2011). Desde então, uma série de grandes ensaios clínicos com rigorosa metodologia, como o estudo PARTNER I (RODGER *et al* 2016), Opposites Attract (BAVINTON, 2018) e PARTNER II (RODGER *et al* 2019), mostraram que o risco de transmissão sexual do HIV é zero quando a carga viral é indetectável, pois não encontraram transmissões vinculadas em casais sorodiscordantes em 126.000 atos sexuais sem camisinha.

Foi em 2019, baseados na comprovação científica e publicação de estudos internacionais (COHEN *et al*, 2016; BAVINTON *et al*, 2018; RODGER *et al* 2016/2019), que o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2019) publicou uma nota em reconhecimento ao termo I = I. Evidências científicas recentes corroboram a afirmação de que PVHA em terapia antirretroviral (TARV) e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem o vírus HIV por via sexual (RODGER *et al*, 2019). O termo Indetectável = Intransmissível é consenso entre os cientistas e vem sendo amplamente utilizado mundialmente por instituições de referência sobre o HIV. (BRASIL, 2019)

Tal declaração foi posta a partir da realização dos estudos que garantiram que as PVHA em tratamento antirretroviral contínuo e correto têm sua carga viral suprimida da corrente sanguínea e em consequência disso passam a não serem mais transmissoras do vírus HIV (BAVINTON *et al*, 2018). Os três grandes estudos que criaram a base epidemiológica para a atual afirmação indetectável igual a intransmissível, I = I, evidenciaram que não houve nenhuma transmissão por via sexual quando os participantes estavam em uso da TARV e com carga viral indetectável por pelo menos 6 meses (COHEN *et al*, 2016).

A nota informativa do Ministério da Saúde de 2019 foi o marco do reconhecimento em território nacional que as PVHA não mais transmitiam o vírus por via sexual quando em tratamento efetivo e isso também refletiria em efeitos

positivos em relação ao estigma e autoestigma sofridos por elas. A nota ainda assinala sobre a importância do reconhecimento deste termo por poder “gerar impacto positivo nas relações das PVHIV” (BRASIL, 2019, p. 1) e, assim, o uso da TARV por todas as PVHA passaria a fazer parte do rol de prevenções adotadas frente à epidemia, compondo mais um item da chamada prevenção combinada, que é também composta pelo uso de preservativos, da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Porém, a divulgação do tratamento antirretroviral como uma prevenção tem sido baixa e os benefícios dessa informação e entendimento não chegam às pessoas que vivem com o vírus e nem às pessoas em risco de infecção por HIV. (BOR *et al*, 2021)

Contudo, desde a divulgação da nota informativa no Brasil, a utilização do termo I = I e seu reconhecimento passaram a ter respaldo nacional. Seu uso já remetia aos termos de quando em 2013 seria adotada a estratégia de começar a terapia antirretroviral para todos que tivessem seu diagnóstico HIV positivo. Todavia, é preciso admitir a recenticidade da divulgação dessa nota e do respaldo científico frente ao que isso causou ou tem causado na vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

Grande parte das pesquisas publicadas sobre o tema de I=I são de cunho internacional, advindas principalmente dos Estados Unidos, África do Sul e Austrália. No Brasil, encontramos um artigo quantitativo, dois qualitativos e uma dissertação de mestrado que se debruçam sobre o termo I=I.

O primeiro que citamos, fruto de pesquisa quantitativa, se intitula: “Conhecimento sobre HIV e sua correlação com o slogan Indetectável = Intransmissível no Brasil” (FERREIRA, *et al*, 2022). Tomada as devidas limitações, por ser uma pesquisa por conveniência, online, que abrangeu a maior parte de pessoas que moravam em capitais e principalmente na Região Sudeste do país, ela observa que ao monitorar o conhecimento sobre HIV sabemos como ele é transmitido, da conscientização sobre a prevenção e também no grau de estigma que cerca as PVHA. Com isso, ela averiguou a correlação entre o conhecimento sobre HIV e a percepção sobre o termo I=I, concluindo que a compreensão do I=I está significativamente correlacionada com o conhecimento sobre HIV. Todavia, seriam necessários estudos sequentes para que se pudesse averiguar como isso se dá em populações específicas no Brasil no intuito de

atingir a diminuição da transmissão do vírus, diminuição do estigma e fim dessa epidemia. (*Ibid.*)

Já a dissertação de mestrado investiga como as PVHA “têm significado em suas vidas cotidianas essa nova forma de se colocar a questão da transmissão sexual no contexto do tratamento adequado, em termos de ausência de risco” (FIGUEREDO, 2020, p. 11). Em outras palavras, qual é o significado da intransmissibilidade por via sexual das PVHA. Esta também indica como o campo dos novos significados podem refletir em novas formas de viver com o HIV/aids, e, por esse motivo, o profissional de saúde pode agir na direção de reforçar ou desconstruir algumas ideias que estariam ultrapassadas. (*Ibid.*)

Igualmente, encontramos dois artigos frutos de pesquisas qualitativas, ambos escritos pelos mesmos autores – Silva, Duarte e Lima (2020), que discutem sobre a intransmissibilidade do vírus. Um deles discorre sobre as narrativas de médicos infectologistas (SILVA *et al*, 2020b) e o outro sobre as relações afetivo-sexuais de homens jovens, entre 18 e 30 anos, que fazem sexo com homens e estão com carga viral indetectável (SILVA *et al*, 2020a).

Silva *et al* (2020b) apontam algumas discussões sobre a cautela entre os médicos em falar abertamente da não transmissibilidade do HIV quando os resultados dos exames demonstram carga viral indetectável. Ainda de acordo com esses autores, o uso de preservativo, no discurso médico, devia ser mantido em todos os momentos do sexo e em todas as relações, pois haveria a possibilidade de outras infecções sexualmente transmissíveis, já que ao saber que não transmitiria o vírus teria relações apenas sem preservativos. Isso remete ao estigma e discriminação sofridos por PVHA, especialmente homens que fazem sexo com homens que geralmente são taxados como “promíscuos” e “irresponsáveis” quanto à sua prática sexual. No entanto, é importante esclarecer que apoiamos a recomendação dos profissionais quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, mas estar ciente do que significa estar indetectável em nada contradiz o cuidado com a saúde sexual do usuário.

Temos estudos que mostram que há uma relutância frente à comunicação do risco zero quando a PVHA está com carga viral indetectável, principalmente entre pessoas do mesmo sexo, o que se associa a estigma e discriminação em relação ao comportamento sexual (BOR *et al*, 2021). Há, então, uma incoerência

entre o que os profissionais de saúde sabem, o conhecimento advindo dos estudos científicos e de organizações governamentais, e o que esses mesmos profissionais comunicam para as pessoas que vivem com HIV/aids e a seus parceiros que não vivem com o vírus. (NGURE *et al*, 2020)

Outra argumentação de alguns médicos no artigo supracitado seria que mesmo ao ter exame indetectável em um dado momento, este estado poderia ser alterado, e isso faz com que se questionem se é possível estar indetectável durante todo o tempo, ou ainda, que o estado de indetectável não quer dizer que não haja a presença de vírus no corpo e com isso os médicos não se sentem seguros de dizer que o “risco é zero”. (Silva *et al* 2020)

É comum na maioria dos profissionais de saúde a explanação que há “risco mínimo”, “risco de quase zero” ou “risco muito baixo” de infecção quando a pessoa em tratamento para o HIV está indetectável, e poucos são os que referem a “risco zero” ou que não há nenhum risco de infecção quando tem carga viral suprimida (NGURE *et al*, 2020). O HIV permanece como sendo uma marca depreciativa e estigmatizante, que acaba “precisando” ficar em segredo. (GOFFMAN, 2015)

Em contrapartida, há aqueles profissionais que defendem que não há nenhuma transmissão por via sexual entre casais sorodiscordantes tendo em vista os estudos que comprovaram tal fato (RODGER *et al*, 2017; COHEN *et al*, 2016; BAVINTOM *et al*, 2017). É importante ressaltar que o acesso aos antirretrovirais e, conseqüentemente, a chegada do esperado resultado da terapia antirretroviral, que é a indetectabilidade de vírus na corrente sanguínea, são pontos transformadores nas vidas das pessoas vivendo com HIV. Já que assim poderão desfrutar de melhor qualidade de vida e visualizar a possibilidade de viver e ter um futuro. Esses são reflexos demonstrados por PVHA (SILVA *et al*, 2020) e organizações como a UNAIDS, que referem a mudança de vida dessas pessoas que sofrem com o estigma do vírus. A consciência de que não são transmissores do vírus pode dar um senso de que são agentes de prevenção, seja para com relacionamentos novos ou mesmo os já existentes. (UNAIDS, 2018)

O artigo de Silva *et al* (2020a), acerca das narrativas de HSH jovens que vivem com HIV e estão indetectáveis, aponta sobre o reconhecimento do

HIV/aids como algo estigmatizante e que faz as pessoas aderirem a novas rotinas de cuidado, especialmente para se tornar e também para manter a carga viral indetectável. Quanto ao estigma, identificaram que o medo de rejeição por parte dos parceiros que não vivem com HIV/aids leva a manter sigilo sobre sua condição sorológica, além de PVHA ainda serem vistas, por si mesmas e pelos outros, como “sujeitos de riscos” fazendo-os a se sentirem “obrigados moralmente” a usar preservativos em todas as relações. (SILVA *et al*, 2020a, p. 34)

Além disso, discute-se a dificuldade de se manter relações tanto entre casais sorodiferentes, quanto em casais onde ambos vivem com HIV (*Ibid.*). Entre casais onde um dos parceiros vive com HIV e o outro não paira o medo da possibilidade de transmissão e o sentimento de culpa. Mas a dificuldade de relações permeia também casais sorosemelhantes, quando ambos vivem com HIV, pois relataram que já seria pesado o suficiente viver com HIV e cada um ter esse peso na relação seria somar mais peso à condição. (*Ibid.*)

Assim, podemos ressignificar a “sentença de morte”, que se apresenta no momento do diagnóstico, para uma “sentença de vida”, como nas palavras de Flowers, Knussen e Duncan (2001). Embora não endosseemos o termo ‘sentença’, por nos remeter a uma decisão ou resolução advinda de uma autoridade, chegar à carga viral indetectável é uma virada, de ‘morte’ para a ‘vida’. Essa virada pode permitir a retomada da vida e do retorno ou reinício de suas relações afetivo-sexuais.

“A consciência da supressão viral e a mensagem do I=I fornecem benefícios multifacetados e os provedores deveriam considerar o potencial de cada um - a saúde pessoal, sexual, a segurança e intimidade, aumento da autoimagem e a redução do estigma social como oportunidades para envolver diversos pacientes em cuidados, melhorar a adesão e manter a supressão viral”. (RENDINA *et al*, 2020, p. 450)

Um estudo dirigido em 25 países concluiu que a discussão do I=I por parte dos profissionais estava associada a resultados favoráveis para a saúde das PVHA e que tais discussões deveriam ser consideradas como um padrão de

atendimento em diretrizes clínicas (OKOLI *et al*, 2020). É de se considerar que estar ciente da carga viral indetectável pode trazer um maior conforto para quem vive com HIV/aids, possibilita mais engajamento ou até a retomada da prática sexual, assim como traz a possibilidade de comunicação do estado sorológico (GRACE *et al*, 2015).

Por fim, nossa pesquisa deseja identificar os sentidos e significados do termo I=I na vida das PVHA, mas também se e como ele está sendo trabalhado pelos profissionais de saúde que trabalham diretamente com esses usuários. Não apenas os médicos, mas outros profissionais que acompanham os usuários em tratamento como enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e outros, pois acreditamos que todos estes profissionais fazem parte do cuidado e adesão ao tratamento. Ainda, analisaremos uma categoria que por si só já é estigmatizada pelo exercício de sua prática sexual, homens que fazem sexo com homens. Como notamos, a produção sobre o I=I é ainda incipiente no Brasil e nosso intuito é contribuir com mais conhecimento nesse tema de grande relevância para a saúde pública.

Metodologia

No intuito de alcançar os objetivos propostos nesse projeto, optaremos por desenvolver uma pesquisa qualitativa com base na análise do discurso, partindo da compreensão antropológica do cotidiano, das vivências de indivíduos marcados social e culturalmente, interna e externamente, que se experienciam na vida coletiva (BELTRAME et al, 2004), visto que essa perspectiva metodológica possibilita apreender os aspectos subjetivos e cotidianos que dão corpo às políticas de saúde na rotina dos serviços, dos profissionais e dos usuários. Para além disso, a pesquisa qualitativa torna-se nossa opção pois ela “amplia o rol de questões e problemas cuja exploração quantitativa não produz(ia)² compreensões, ou tem (tinha) limitações claras nessa tarefa” (DEMO, 1998 in SILVA, 2018, p. 635), assim como a pesquisa qualitativa assume “a multiplicidade de naturezas que determinados fenômenos encerram” (*Ibidem*) se comparada à pesquisa quantitativa.

Nossa pesquisa aborda a dimensão dinâmica que compreende as relações humanas, especialmente no que tange o campo simbólico, subjetivo, das representações e dos comportamentos de HSH que vivem com HIV/aids. Por isso, destacamos a relevância de um estudo descritivo, cujo pilar é integrado pela tripla significação: homens que fazem sexo com homens, que vivem com HIV e cuja carga viral está indetectável.

Primeiramente, faremos uma pesquisa bibliográfica, buscando artigos desde 2019, ano no qual o Ministério da Saúde publicou a nota informativa que reconhece I = I, até o presente ano, 2023. Será feito um levantamento bibliográfico a partir das palavras-chaves ‘HIV’, ‘aids’, ‘indetectável’, ‘HSH’ e ‘I = I’ por meio da plataforma de periódicos da CAPES, pois esta reúne conteúdo acadêmico que está disponível de forma gratuita e interdisciplinar, separado por disciplinas e temas que contemplam tanto publicações nacionais quanto internacionais. Este primeiro momento nos dará uma base do que está sendo

² Tempos verbais alterados devido à concordância exigida. Os originais estão mantidos entre parênteses.

produzido em relação ao nosso tema de pesquisa e assim possamos confrontar com os dados que iremos coletar.

Quanto à seleção dos participantes, tendo em vista nossos objetivos, a especificidade de nossos participantes, o referencial teórico que nos guia, além da importância que daremos à qualidade do diálogo e nossa estratégia analítica, pretendemos entrevistar entre 25 e 30 participantes, onde podemos ter um terço dessa amostra de profissionais e o restante de usuários do serviço. Esse número de participantes pode oferecer algumas garantias de que o material colhido nos permita estabelecer respostas de qualidade para os objetivos propostos em nosso estudo, assim como prevemos que há a possibilidade de casos negativos. (DWORKIN, 2012)

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cuja função principal é a defesa dos interesses dos participantes de uma pesquisa em sua integridade e dignidade, assim como contribui para o desenvolvimento de pesquisas baseadas em padrões éticos. Alicerçado na resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde ficam determinadas as diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Primeiramente, o projeto passou por apreciação do CEP da UNISINOS, localizado na sala A01 – Centro Comunitário – Unidade de Pesquisa e Pós-graduação na Avenida Unisinos, 950, São Leopoldo/RS, telefone (51) 35911122 ramal 3219 e e-mail cep@unisinos.br. Em seguida foi apreciado pelo CEP da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul localizado na Avenida Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - Cep: 90610-001 - Porto Alegre – RS, e outros meios de contato são pelo telefone: (51) 3901-1532 ou e-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br. E obtivemos a aprovação através de parecer consubstanciado nos dois comitês em 12/05/2023 (CEP UNISINOS) e em 17/07/2023 (CEP ESP/RS).

Os participantes que consentirem em participar da pesquisa serão esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, enfatizando o compromisso ético e sigiloso, para então poderem consentir através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)³. Haverá duas vias para serem

³ Os termos de consentimentos livres e esclarecidos para profissionais e para usuários se encontram no APÊNDICE A, página 20, e B, página 22, respectivamente.

assinadas por ambas as partes, uma que ficará com o pesquisador em exercício e a outra será entregue ao participante. Ainda, será explicitada a garantia de indenização, se couber, através de vias judiciais, diante de eventuais danos que possam advir da pesquisa de acordo com a resolução n. 466/2012, item IV.3.h).

Nossa proposta é realizar a pesquisa com participantes do Ambulatório de Retenção e Vinculação de pacientes que vivem com o vírus HIV no Hospital Sanatório Partenon, localizado na Avenida Bento Gonçalves, 3722, Partenon - Porto Alegre, e no Serviço Especializado de DST e Aids Herbert de Souza Viamão, localizado na Rua Ângelo Silveira, 170, Vila Lanza – Viamão.

Os participantes que incluiremos são profissionais desses serviços, sejam médicos, enfermeiros ou vinculadores, e usuários homens, que fazem sexo com homens, autorreferidos gays ou não, maiores de 18 anos, com sorologia reagente para HIV e que estejam com carga viral indetectável por pelo menos seis meses. Excluiremos HSH que vivem com HIV/aids, mas não têm boa adesão ao tratamento ou cuja carga viral esteja indetectável há menos de 6 meses.

Para tanto, utilizaremos duas estratégias de captação de interessados em participar da pesquisa: 1) Junto à coordenação/gestão dos serviços mencionados. Apresentaremos o projeto com seus objetivos e um convite impresso para poder ser entregue aos participantes que fazem seu tratamento no referido serviço e cujo perfil siga as recomendações citadas no parágrafo anterior; 2) Junto aos médicos ou outros profissionais dos serviços em reunião ambulatorial. Onde também apresentaremos o projeto com seus objetivos, convidando-os a participar e indicar usuários no perfil definido para esta pesquisa, através de convite impresso. Os convites⁴ aos usuários serão entregues nos dias que estes forem para suas consultas ou quando forem para suas coletas de exames nas unidades do SAE Partenon e SAE Viamão.

Os participantes serão assegurados quanto ao sigilo de suas identidades e terão seu direito de desistência garantido, podendo se retirar da pesquisa em qualquer momento que desejar. Ademais, tanto o pesquisador principal quanto

⁴ Cópia do convite se encontra no APÊNDICE E, página 26.

sua orientadora estarão sempre disponíveis para mais explicações sobre a pesquisa sempre que os participantes acharem necessário.

Sobre riscos, não identificamos qualquer risco físico aos participantes, sejam eles usuários ou profissionais do serviço, porém, elencamos alguns eventuais riscos psicológicos. Algumas pessoas podem ficar ansiosas ao serem convidadas para participar da pesquisa, e temos ciência que a participação na pesquisa demandará tempo dos seus participantes, o que pode acarretar certo incômodo. Em relação aos usuários mais particularmente, existe a possibilidade de haver desconforto ou algum constrangimento porque a pesquisa abordará assuntos relacionados à prática sexual e a condição de viver com HIV/aids. Sobre isso, ressaltamos que o pesquisador principal e sua orientadora são psicólogos e podem dar algum apoio emocional, ficando responsáveis por fazer o acolhimento inicial e a orientação de busca de atendimento ao ser percebido qualquer risco emocional ocasionado pela participação neste estudo junto a rede pública de saúde com a qual os Serviços Especializados já possuem fluxo estabelecido. Já em relação aos profissionais, pode haver algum desconforto em relatar seus pensamentos e sua prática laboral, associando a um possível julgamento de valor. A esse respeito, ratificaremos que este estudo não tem por objetivo avaliar práticas profissionais, da mesma forma, acolheremos suas demandas psicológicas quanto a futuras divulgações dos resultados desta pesquisa e orientaremos sobre a busca de atendimento na rede de atenção a que estão vinculados. Além disso, se buscará organizar uma devolutiva dos resultados da pesquisa após sua conclusão em formato de sumário executivo da pesquisa e, caso seja do interesse e disponibilidade dos serviços, em um seminário com os pesquisadores.

Quanto aos benefícios ao participar da pesquisa, entende-se que será promovido um espaço de fala livre, sem preconceito ou julgamento que, muitas vezes os usuários e profissionais não dispõem nos seus cotidianos. Há ainda a possibilidade de ganhos futuros e indiretos a partir dos achados da pesquisa oriundos das discussões e publicações que esta pesquisa pretende desenvolver, pois esta pode subsidiar ações e políticas voltadas ao cuidado e a proteção dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids, além de pensar a prática dos profissionais envolvidos nesse cuidado.

Esta pesquisa pretende descrever em profundidade, a partir das narrativas de seus participantes, PVHA indetectáveis e profissionais de saúde, como o termo I = I pode impactar nas experiências de vida e as relações afetivo-sexuais de HSH soropositivos indetectáveis. Assim, podemos descrever como se tem dado o encontro entre o comportamento social e suas subjetividades e como isso repercute no campo da saúde coletiva no que tange as noções de uma epidemia marcada pelo dinamismo e mutação.

A perspectiva entre o pesquisador, aquele que busca conhecimento, e o sujeito da pesquisa, aquele que informa ao pesquisador, é da ordem de um diálogo, na medida em que a fala livre pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, de normas e símbolos da vida cotidiana (MINAYO, 2010). E é pela via do diálogo que as entrevistas serão realizadas, em formato semiestruturado, a partir de um roteiro de entrevista previamente elaborado, mas aberto ao surgimento de algo novo.

Enquanto técnicas de coleta de dados, buscaremos examinar os conteúdos advindos de diário de campo nos serviços que oferecem o tratamento para HIV/aids e de entrevistas semiestruturadas⁵, na tentativa de entender e abranger tanto quanto possível, como o termo I = I tem perpassado as experiências dos participantes. As entrevistas deverão ter duração de cerca de uma hora e serão realizadas no SAE Partenon e no SAE Viamão, cujo endereços foram mencionados anteriormente⁶.

Embora não explícitos nos objetivos, seja no objetivo geral ou mesmo nos objetivos específicos, coletaremos dados gerais como idade, autodeclaração de raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, se possui trabalho remunerado ou não, se está num relacionamento amoroso e se possui filhos (as), e mais especificamente para profissionais, qual a formação e há quanto tempo está no serviço. Pensamos na importância de entender que cada pessoa é atravessada por marcadores variados e que operam de forma combinada, pois os acontecimentos e as circunstâncias que perpassam a vida social e política de

⁵ Os roteiros estão descritos nos APÊNDICES C, versão para os usuários, e D, versão para os profissionais, nas páginas 24 e 25 deste trabalho respectivamente.

⁶ Ver página 12.

um sujeito são formados por múltiplos fatores diferentes que se influenciam. Ou seja, a interseccionalidade é uma ferramenta analítica que adotamos em nossas discussões, como revisitamos na fundamentação teórica deste projeto, já que ela dá as pessoas um melhor acesso à complexidade do mundo, de si mesmos e de suas próprias experiências. (BILGE; COLLINS, 2020)

Os dados advindos das observações serão registrados em diários de campo e as entrevistas serão gravadas em áudio, a partir de aplicativo de gravação em smartphones, para então serem transcritas na íntegra. Logo, para que a análise seja desenvolvida, sistematizaremos em categorias teóricas e empíricas o conjunto de dados coletados no intuito de contextualizar o material obtido.

Na sequência, faremos a leitura compreensiva dos depoimentos dos entrevistados, que teremos digitalizados assim que as gravações forem encerradas. A partir daí, identificaremos e problematizaremos ideias implícitas e explícitas referidas ao tema, para então fazer a construção de síntese interpretativa e de categorias de análise. Por fim, articularemos os objetivos do estudo doravante a base teórica e os achados empíricos.

Os dados coletados durante as entrevistas serão analisados com base nas peculiaridades de sua construção, de sua relação com o contexto no qual estará inserido e do ponto de vista do informante. O material, então, receberá um tratamento analítico-interpretativo por meio da análise do discurso com o intuito de entendimento aprofundado dos significados e sentidos presentes nas falas dos participantes, confrontando com o que já existe na literatura, atentando para as conformidades e rupturas desses.

Cronograma

Período Atividades	2023				2024				2025	
	Jan-fev	Mar-jun	Jul-ago	Set-dez	Jan-mar	Abr-jun	Jul-ago	Set-dez	Jan-mar	Abr-ago
Revisão bibliográfica e discussão teórica	X									
Avaliação do comitê de ética		X								
Exame de qualificação			X							
Diário de campo		X								
Elaboração de roteiros de entrevistas		X								
Contactar participantes		X								
Realização das entrevistas		X	X							
Sistematização e análise de dados				X	X	X				
Feedback nos serviços							X			
Doutorado sanduíche				X	X	X	X			
Exame de qualificação			X							
Escrita de artigos				X	X	X	X	X	X	X
Volta ao Brasil							X			
Defesa de tese										X

Orçamento

A primeira tabela se refere aos gastos no Brasil durante o período desde a pesquisa bibliográfica até coleta de dados e todas as despesas referentes serão de responsabilidade do pesquisador.

Serviços / Materiais	Valor R\$
Notebook	R\$ 2.400,00
Impressão de documentos e livros	R\$ 350,00
Internet Wi-fi (12 meses)	R\$ 890,90
Deslocamento para pesquisa em campo	R\$ 400,00
Publicação de artigos	R\$ 3.500,00
TOTAL:	R\$ 7.540,90

Na tabela seguinte se encontram gastos, também de responsabilidade do pesquisador, para a realização do doutorado sanduíche.

Serviços / Materiais	Valor R\$
Empresa Sul Vistos	R\$ 590,00
TOEFL ITP	R\$ 750,00
Médico consulado	R\$ 700,00
Exames médicos consulado	R\$ 826,00
Traduções juramentadas	R\$ 502,40
Inscrição Universidade de Montreal	R\$ 1777,00

REFERÊNCIAS

ATAÍDE, E. A. O. DE; ANDRADE, C. A. A. DE; FREIRE, D. DE A.; ABRÃO, F. M. DA S. Homens que fazem sexo com homens: conhecimento, empoderamento a profilaxia pré-exposição ao vírus da imunodeficiência humana. **Saúde Coletiva** (Barueri), [S. l.], v. 11, n. 65, p. 5916–5925, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p5916-5925. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1579>.

BARROS, SG de; VIEIRA-DA-SILVA, LM. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde debate**. Setembro de 2017; 41(spe3): 114–28.

BAVINTON, B. *et al.* HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. In: **International AIDS Society Conference on HIV Science**, 9., Paris, 2017.

BAVINTON, B.; GRINSZTEJN, B.; PHANUPHAK, N. *et al.* Viral suppression on HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. **Lancet HIV**, 5 (8): 438-47, 2018.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: Produzir e analisar dados etnográficos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BELTRAME, I. L.; LEME, A. de O. O uso da biografia de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV/aids: contribuições à saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, v. 1, n. 3, p. 22-27. São Paulo: Editorial Bolina, 2004.

BILGE, Sirma; COLLINS, Patricia Hill. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.

BOELLSTORFF, T. But do not identify as gay: a proleptic genealogy of the MSM category. **Cultural Antropology**, Vol. 26, Issue 2, pp. 287–312. ISSN 0886-7356, online ISSN 1548-1360. C _ 2011 by the American Anthropological Association. All rights reserved. DOI: 10.1111/j.1548-1360.2011.01100.x. 2011.

BOR, J., FISCHER, C., MODI, M. *et al.* Changing Knowledge and Attitudes Towards HIV Treatment-as-Prevention and “Undetectable = Untransmittable”: A Systematic Review. **AIDS Behav** 25, 4209–4224 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03296-8>

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2022.

_____. **Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde

e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de ISTs e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST).** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de ISTs e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

_____. **Nota informativa nº 5/2019.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Annu Rev Public Health.** DOI: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103. 2006.

BROMBERG, D. J. Rethinking MSM, Trans* and Other Categories in HIV Prevention. **Yale J Biol Med.** Sep 30;93(4):639. PMCID: PMC7513440. 2020.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. de C. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad.** Rio de Janeiro, 2018.

COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; McCAULEY, M., *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med.** 365(6):493–505. <https://doi.org/10.1056/NEJMo a1105243>. Prevention. 2011.

COHEN, M. S.; CHEN, Y. Q.; McCAULEY, M. *et al.* Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. **N Engl J Med** n. 375, p. 830-839, 2016.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J.W. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. **Gender & Society.** 2005;19(6):829-59. Tradução: CONNELL R.W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. In: **Estudos Feministas/Universidade Federal de Santa Catarina.** Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Centro de Comunicação e Expressão. V.21, n. 1, (janeiro-abril - 2013). -Florianópolis: UFSC, 2013.

CONNELL, R. W. **Masculinities.** 2ª ed. California: University of California Press: Los Angeles, 2005.

CUNHA, Claudia Carneiro da. Os muitos reverses de uma “sexualidade soropositiva”: o caso dos jovens vivendo com HIV/Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, V. 10, p. 70-99. 2012.

DWORKIN, S. L. Sample Size Policy for Qualitative Studies Using In-depth Interviews. **Arch Sex Behav** 41, 1319-1320. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6>. 2012.

FERREIRA, R.C.; TORRES, T.S.; MARINS, L.M.S.; CECCATO, M.D.G.B.; BEZERRA, D.R.B.; LUZ, P.M. HIV knowledge and its correlation with the Undetectable = Untransmittable slogan in Brazil. **Rev Saúde Pública**. Doi: 10.11606/s1518-8787.2022056004168. PMID: 36228232; PMCID: PMC9529210. 2022.

FIGUEREDO, P. R. de. **I=I (Indetectável igual a intransmissível): novos sentidos da infecção para quem vive com HIV/Aids, novos desafios para a resposta a epidemia**. Dissertação de Mestrado. USP/FM/DBD-496/19. 2020.

FREUD, S. **Tótem y tabú**. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos (1913 [1912-13]). Tomo XIII. Amorrortu Editores: Buenos Aires, 1992.

FLOWERS, P.; KNUSSSEN, C.; DUNCAN, B. Re-appraising HIV Testing among Scottish Gay Men: The Impact of New HIV Treatments. **J Health Psychol**. V. 6, p.665-678. 2001.

GÊNERO. In: **DICIO**, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/genero/>>. Acesso em: 17/07/2023.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Gareschi. 7. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 244-270.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

GRACE, D. *et al.* Becoming “undetectable”: longitudinal narratives of gay men’s sex lives after a recent HIV diagnosis. **AIDS Education and Prevention**. V. 27, nº 4, p.333–349. 2015.

GRACE, D.; STEWART, M.; BLAQUE, E.; RYU, H.; ANAND, P.; GASPAR, M.; *et al.* Challenges to communicating the Undetectable equals Untransmittable (U=U) HIV prevention message: Healthcare provider perspectives. **PLoS ONE** 17(7): e0271607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271607>. 2022

GRULICH, A. *et al.* HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. **2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)**, Seattle, USA, 2015.

GUIMARÃES, M. D. C, *et al.* HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 22, e190005. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005>. Supl.1. 2019.

HAAG, C. B.; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Gestão e processos de trabalho nos Centro de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [3] 723-739, 2013.

IN DANGER: **UNAIDS Global AIDS Update 2022**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

MANN, J. *et al.* **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará; 1993.

NGURE, K.; ONGOLLY, F.; DOLLA, A.; AWOUR, M.; MUGWANYA, K. K.; IRUNGU, E.; MUGO, N.; BUKUSI, E. A.; MORTON, J.; ODOYO, J.; WAMONI, E.; BARNABEE, G.; PEEBLES, K.; O'MALLEY, G.; BAETEN, J. M. & Partners Scale-Up Project Team (2020). "I just believe there is a risk" understanding of undetectable equals untransmissible (U = U) among health providers and HIV-negative partners in serodiscordant relationships in Kenya. **Journal of the International AIDS Society**, 23(3), e25466. <https://doi.org/10.1002/jia2.25466>

NOGUEIRA, C. Análise(s) do discurso: Diferentes Concepções na Prática de Pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 24, n.2, pag. 235-242. Brasília, 2008.

OKOLI, C.; VAN de VELDE, N.; RICHMAN, B.; ALLAN, B.; CASTELLANOS, E.; YOUNG, B.; BROUGH, G.; EREMIN, A.; CORBELLI, G. M.; Mc BRITTON, M.; HARDY, W. D.; LOS RIOS, P de. Undetectable equals untransmittable (U = U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries. **Sexually transmitted infections**, 97(1), 18–26. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054551>. 2021.

PAIVA, V. *et al.* A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 16, nº 10, p. 4199-4210, 2011.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Associação Interdisciplinar de Aids. 2021(2 ed.)

PARKER, R. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, Editora 34, 2000.

PATTON, Cindy. **Globalizing AIDS**. Minneapolis: University of Minnesota Press. 2002.

RODGER, A. J.; CAMBIANO, V.; BRUNN, T. *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. **J Am Med Assoc**. 2016;316(2):171-81. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>. 2016.

RODGER, A. J.; CAMBIANO, V.; BRUNN, T. *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicenter, prospective, observational study. **Lancet [S.I.]**, 2 de maio de 2019.

SEFFNER, Fernando. AIDS, Estigma e Corpo. In: FACHEL, Ondina. **Corpo Significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.

SILVA, A.; CASTRO-SILVA, C. R.; MOURA, L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 632-645. Junho, 2018.

SILVA, L. A. V.; DUARTE, F. M.; LIMA, M. “Eu acho que a química entrou em reprovação”: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga viral indetectável. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, 2020 (34), 25-45. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.03.a>. 2020a.

SILVA, L. A. V.; DUARTE, F. M.; LIMA, M. Modelo matemático para uma coisa que não é matemática: narrativas de médicos infectologistas sobre carga viral indetectável e intransmissibilidade do HIV. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300105, 2020b.

SIMÕES, Júlio. Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV-Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, nº 29, p.313-339. 2018.

THE LANCET HIV. U=U taking off in 2017. **Lancet HIV**. Editorial, v. 4, n. 11, 2017.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** São Paulo: NepAids, 2000.

UNAIDS. **UNAIDS Global Aids Update 2016**. Geneva: UNAIDS, 2016.

_____. Indetectável = Intransmissível: Saúde Pública e Supressão da Carga Viral do HIV. Nota Informativa. <https://www.unaids.org>, 2018.

_____. Sumário Executivo - Índice de Estigma em relação de pessoas que vivem com HIV/aids no Brasil, 2019.

UNDP – United Nations Development Programme, 2021. Disponível em < <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>> Acesso em outubro de 2021.

VERNAZZA, P.; BERNARD, E. HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement—eight years later. **Swiss Med Wkly.** 2016;146:w14246. [https:// doi. org/ 10. 4414/ smw. 2016.14246](https://doi.org/10.4414/sm.w.2016.14246). 2016.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WHO. World Health Organization. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection Recommendations for a public health approach**. Second edition. Geneva, Switzerland; 2016.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Versão Profissionais de Saúde

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada “Efeitos do reconhecimento do termo I=I (indetectável igual a intransmissível) nas relações afetivo-sexuais de homens que fazem sexo com homens e vivem com HIV/Aids” que será realizada por mim, Jeneson Tavares da Cruz, aluno no doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), e sob a supervisão da Prof.^a Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves da mesma instituição.

Esta pesquisa teve a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa cuja função principal é a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, assim como contribui para o desenvolvimento de pesquisas baseadas em padrões éticos. Alicerçado na resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde ficam determinadas as diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Primeiramente foi aprovado pelo CEP da UNISINOS, localizado na Avenida Unisinos, 950, sala A01, São Leopoldo/RS, telefone (51) 3221 1122 ramal 3219 e e-mail cep@unisinos.br. Também foi aprovado pelo CEP da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul localizado na Avenida Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - Cep: 90610-001 - Porto Alegre – RS, telefone: (51) 3901-1532 e e-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br.

A pesquisa tem como objetivo entender como a noção do termo I=I aparece nas relações afetivo-sexuais de homens que fazem sexo com homens (HSH), que vivem com HIV/Aids e têm carga viral indetectável, a partir dos seus discursos e dos profissionais de saúde que os acompanham. Os participantes da pesquisa são usuários HSH que vivem com HIV/Aids e estão com sua carga viral suprimida e profissionais de saúde que acompanham esses usuários no serviço.

A participação na pesquisa consiste na realização de uma entrevista individual com duração de cerca de uma hora, em local privativo e conduzida por mim. A entrevista abordará se o conhecimento de I=I tem sido ou não abordado

como uma ferramenta de prevenção e cuidado entre pessoas vivendo com HIV/aids nos serviços de saúde. A entrevista será gravada em áudio e depois transcrita, sendo o material guardado em local seguro. Em nenhum momento da divulgação da pesquisa você será identificada/o e após o término das análises e divulgação, os dados das entrevistas serão descartados.

A sua participação no estudo é voluntária e você tem toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, sem nenhum prejuízo no seu local de trabalho. Além disso, você pode se retirar da pesquisa em qualquer momento que desejar. Há duas vias deste termo de consentimento que devem ser assinadas por ambas as partes, uma que ficará com o pesquisador em exercício e a outra que será entregue a você, participante. Ainda, gostaríamos de explicitar a garantia de indenização, se couber, através de vias judiciais, diante de eventuais danos que possam advir da pesquisa de acordo com a resolução n. 466/2012, item IV.3.h).

Toda pesquisa há a possibilidade de riscos e benefícios que gostaríamos de esclarecê-los para você. Se houver algum desconforto ou incômodo, seja pela demanda de tempo de ser entrevistada/o ou por alguma questão emocional desencadeada no processo, você terá apoio e acolhimento inicial comigo ou com minha orientadora, que somos psicólogos, também vamos orientar como buscar atendimento psicológico na rede de saúde que estiver vinculada/o. Esta pesquisa não tem por objetivo avaliar sua prática profissional e os dados coletados não terão seus nomes vinculados, garantindo que toda informação coletada se mantenha em sigilo absoluto. Em relação a benefícios, iremos proporcionar um espaço de fala livre, sem julgamento ou preconceito que muitas vezes não estão disponíveis em nosso dia a dia. E, um possível benefício futuro, seria a obtenção de informações, discussões e ações nas práticas de cuidado com PVHA que podem orientar a formulação de políticas na área.

Se você tiver alguma dúvida ou precisar de mais explicações sobre o estudo, poderá me contatar por telefone, em horário comercial, ou e-mail: Jeneson Tavares da Cruz (51-99809-6009 – jenesontc@gmail.com). Também fica a sua disposição o contato da professora orientadora desta pesquisa Tonantzin Ribeiro Gonçalves em horário comercial por telefone (51) 99685-0238 ou e-mail: tonanrib@yahoo.com.br.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Versão usuários

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *“Efeitos do reconhecimento do termo I=I (indetectável igual a intransmissível) nas relações afetivo-sexuais de homens que fazem sexo com homens e vivem com HIV/Aids”* que será realizada por mim, Jeneson Tavares da Cruz, aluno no doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), e sob a supervisão da Prof.^a Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves da mesma instituição.

Esta pesquisa teve a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa cuja função principal é a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, assim como contribui para o desenvolvimento de pesquisas baseadas em padrões éticos. Alicerçado na resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde ficam determinadas as diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Primeiramente foi aprovado pelo CEP da UNISINOS, localizado na Avenida Unisinos, 950, sala A01, São Leopoldo/RS, telefone (51) 3221 1122 ramal 3219 e e-mail cep@unisinos.br. Também foi aprovado pelo CEP da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul localizado na Avenida Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - Cep: 90610-001 - Porto Alegre – RS, telefone: (51) 3901-1532 e e-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br.

Nossa pesquisa tem como objetivo entender como a ideia do indetectável igual a intransmissível aparece em suas relações afetivas e sexuais a partir dos seus próprios relatos sobre experiências de vida e cuidado no tratamento de HIV/aids. As pessoas que estão sendo selecionadas para as entrevistas são homens que fazem sexo com homens e vivem com HIV, mas estão com carga viral indetectável. Também serão entrevistados profissionais de saúde que acompanham pessoas em tratamento para HIV/aids.

A participação na pesquisa consiste na realização de uma entrevista individual com duração de cerca de uma hora, em local privativo e conduzida por mim. A entrevista será uma conversa sobre situações de vida, conhecimentos e

experiências sobre como é estar com carga viral indetectável e se isso teve algum significado nas suas relações afetivas e sexuais. A entrevista será gravada em áudio e depois transcrita, sendo o material guardado em local seguro e após o término das análises e divulgação, os dados das entrevistas serão descartados.

Gostaríamos de garantir total sigilo e cuidado ético com relação a sua participação na pesquisa e em nenhum momento seu nome será identificado/a. Há duas vias deste termo de consentimento que devem ser assinadas por ambas as partes, uma que ficará com o pesquisador em exercício e a outra que será entregue a você, participante.

Afirmamos que a sua participação no estudo é voluntária e você tem toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, sem nenhum prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde. Além disso, você pode se retirar da pesquisa a qualquer hora que desejar. Também, gostaríamos de esclarecer que, assim como em qualquer pesquisa, existe a garantia de indenização, se couber, através de vias judiciais, perante eventuais danos que possam vir da pesquisa de acordo com a resolução n. 466/2012, item IV.3.h).

Em toda pesquisa existe a possibilidade de riscos e benefícios que vamos também esclarecer para você. Se houver algum desconforto ou incômodo, seja pela demanda de tempo de ser entrevistada/o ou por alguma questão emocional desencadeada no processo, você terá apoio e acolhimento inicial comigo ou com minha orientadora, que somos psicólogos, também vamos orientar como buscar atendimento psicológico na rede de saúde que estiver vinculada/o. Em relação aos benefícios, iremos proporcionar um espaço de fala livre, sem julgamento ou preconceito que muitas vezes não estão disponíveis em nosso dia a dia. E, um possível benefício futuro, seria a obtenção de informações, discussões e ações nas práticas de cuidado com pessoas vivendo com HIV/aids que podem vir a orientar políticas públicas na área.

Se você tiver alguma dúvida ou precisar de mais explicações sobre o estudo, poderá me contatar por telefone, em horário comercial, ou e-mail: Jeneson Tavares da Cruz (51-99809-6009 – jenesontc@gmail.com). Também fica a sua disposição o contato da professora orientadora desta pesquisa

Tonantzin Ribeiro Gonçalves em horário comercial pelo telefone (51) 99685-0238 ou e-mail: tonanrib@yahoo.com.br .

Porto Alegre, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista - Homens vivendo com HIV/aids

Dados gerais:

Identificador (sigla): _____

Idade: _____

Quanto a sua raça/cor, qual dessas opções você escolheria?

() Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena

Você tem algum relacionamento amoroso? (S/N) Há quanto tempo?

Você tem filho(s)? (S/N) Se sim, quantos?

Você tem algum trabalho remunerado? (S/N) Se sim, qual seria sua atividade? Se não, qual é sua fonte de renda?

Como você se define em relação à sua orientação sexual?

Tópicos questões abertas:

- 1) Conhecendo a história com o HIV e as relações afetivas e sexuais nesse contexto
- 2) Explorando a percepção de risco e seu gerenciamento nas relações afetivas e sexuais
- 3) Explorando o conhecimento sobre Indetectável=Intransmissível e suas implicações para as relações afetivas e sexuais e para a percepção de estigma
- 4) Experiências de cuidado em saúde

APÊNDICE D

Roteiro de entrevista – Profissionais da saúde

Gerentes nas unidades, profissionais da assistência de nível superior (Médico/as, Enfermeiro/as, Psicólogo/as, Educador/as, Assistentes Sociais, Profissionais da farmácia)

Dados gerais:

Identificador (sigla): _____

Idade: _____

Identificação de gênero (autorreferida): _____

Raça/cor (autorreferida): _____

Formação: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

Tópicos questões abertas:

- 1) Conhecendo as percepções sobre o cuidado em HIV/aids e sua prática profissional nesse contexto
- 2) Explorando as percepções sobre os usuários HSH no serviço e suas relações afetivas e sexuais
- 3) Explorando o conhecimento e conscientização sobre as estratégias de prevenção de HIV/aids.
- 4) Explorando o conhecimento sobre Indetectável=Intransmissível, percepções sobre suas implicações para a vida dos usuários e sua utilização nas ações de cuidado dos HSH

Convite

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa cujo título é *“Efeitos do reconhecimento do termo I=I (indetectável igual a intransmissível) nas relações afetivo-sexuais de homens que fazem sexo com homens e vivem com HIV/aids”*, que está sendo realizada através do programa de doutorado em Saúde Coletiva da UNISINOS.

Objetivo: Entender como o termo aparece nas relações afetivas e sexuais de homens que fazem sexo com homens e têm carga viral indetectável.

Quem pode participar:

- homens que fazem sexo com homens, maiores de 18 anos, que vivem com HIV/aids e que estão com carga viral indetectável;
- profissionais que acompanham usuários no tratamento para HIV/aids.

Sua participação é uma entrevista com o pesquisador neste serviço com duração de cerca de uma hora.

Pesquisador: Jeneson Tavares da Cruz

Orientação: Tonantzin Ribeiro Gonçalves

RELATÓRIO DE CAMPO

Motivação inicial

O presente relatório de campo descreve o caminho metodológico trilhado e os aprendizados do pesquisador durante a realização do estudo. O tema I = I surgiu, inicialmente, em minha trajetória pessoal, durante uma experiência afetiva significativa. Em uma relação amorosa em que havíamos decidido utilizar preservativos em todas as relações sexuais, houve um episódio em que o preservativo se rompeu. No dia seguinte, tomados pela ansiedade — eu, particularmente, mais do que meu então companheiro —, buscamos atendimento em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na cidade onde residíamos, por volta do ano de 2017, conforme me recordo.

Após a realização dos testes rápidos e a confirmação de que meu parceiro era não reagente para HIV, foi-nos orientado que ele poderia iniciar a Profilaxia Pós-Exposição (PEP). No entanto, a médica que nos atendeu prontamente me questionou se eu fazia uso da terapia antirretroviral e se estava com carga viral indetectável. Ao confirmar que sim, ela reforçou que, nessas condições, não haveria risco de transmissão do HIV e que poderíamos ficar tranquilos.

Apesar da segurança transmitida pela profissional, não consegui me tranquilizar — ao contrário do meu companheiro, que pareceu mais sereno. Até aquele momento, jamais havia escutado que uma pessoa vivendo com HIV poderia, em algum momento, deixar de representar risco de transmissão. Sentia-me, portanto, como um vetor eterno e inevitável de um vírus letal.

Na tentativa de encontrar respaldo, consultei meu infectologista, que reafirmou a impossibilidade de transmissão em minha condição clínica. Também compartilhei a situação com meu melhor amigo à época, um médico, que igualmente confirmou que não haveria risco. Além disso, em minhas sessões de análise com um psicanalista, que também era psiquiatra, encontrei acolhimento para o medo que me atravessava. Ele me ajudou a refletir sobre como essa angústia se entrelaçava

profundamente com minha vivência da sexualidade e reafirmou, mais uma vez, que eu não transmitiria o vírus estando indetectável.

Sempre que revisito essa experiência, recordo uma passagem bíblica, fruto de uma infância e adolescência marcadas pela religiosidade: “Por boca de duas ou três testemunhas será confirmada toda a verdade” (2 Coríntios 13:1). A verdade de que eu era intransmissível foi, assim, confirmada por diversas vozes — médicas, científicas e afetivas — e, a partir disso, pude encontrar um certo alívio. Ainda assim, esperei com apreensão o resultado dos testes rápidos de meu companheiro após os 28 dias de uso da PEP. Somente quando o resultado não reagente foi confirmado é que, de fato, consegui me sentir em paz.

Entretanto, o tema I = I ainda não era, àquela altura, uma questão de pesquisa acadêmica para mim, pelo menos não de forma clara como passou a se tornar futuramente. Naquele momento, sequer cogitava investigar algo relacionado à vivência com HIV, pois minha trajetória acadêmica e profissional até então estava centrada nos campos da Psicanálise e da Filosofia. Foi apenas em 2018 que esse cenário começou a mudar, quando uma ex-aluna de inglês — disciplina que eu lecionava na época — me convidou para integrar a equipe de uma clínica pioneira no atendimento a homens, com foco no cuidado, prevenção e promoção da saúde sexual. Nesta eu fazia a parte de aconselhamento pré e pós testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Ela desconhecia minha sorologia, mas, assim que recebi o convite — que aceitei prontamente —, optei por compartilhar com ela minha condição de pessoa vivendo com HIV. Esse gesto, aparentemente simples, marcou o início de uma transformação profunda. Após cerca de um ano de atuação na clínica, comecei a considerar a possibilidade de ingressar em um doutorado, mesmo que isso significasse um deslocamento radical em relação à minha formação anterior. A experiência cotidiana com os usuários da clínica e os desafios concretos do cuidado me colocavam diante de questões que a Psicanálise e a Filosofia, naquele momento, já não conseguiam responder plenamente.

Foi nesse contexto que comecei a pensar em um doutorado em Saúde Coletiva, entre os anos de 2019 e 2020. Contudo, não havia programas de doutorado disponíveis na região onde eu residia. Por caminhos fortuitos — ou, talvez, pelo entrelaçamento entre desejo e contingência — cheguei até a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), onde conheci minha primeira orientadora, a professora Tonantzin, que me acolheu com generosidade mesmo quando eu ainda não tinha um projeto estruturado, apenas o desejo de pesquisar algo relacionado ao HIV.

Somente mais tarde, ao refletir sobre qual tema abordar no pré-projeto exigido para o processo seletivo, lembrei-me de uma orientação recebida anos antes de uma psicanalista: segundo ela, uma pesquisa só adquire verdadeira potência quando nasce de algo que mobiliza profundamente o sujeito — algo da ordem do desejo —, mas que, ao mesmo tempo, não esteja tão próximo a ponto de dificultar a distinção entre o que é pessoal e o que emerge do campo investigativo. Foi a partir dessa provocação que o esboço da minha investigação começou a tomar forma. E, sendo alguém que frequentemente transita por caminhos que desafiam ordens preestabelecidas, decidi estudar algo que era profundamente meu, mas também atravessava dimensões coletivas. Busquei, então, certo consolo e inspiração em uma conhecida formulação de Roberto DaMatta [2], segundo a qual o autor nos diz que é preciso “transformar o familiar em exótico” e “transformar o exótico em familiar”. Para o autor, compreender um fenômeno ou grupo social exige um exercício de distanciamento crítico, ainda que a empatia permaneça como elemento essencial no processo de conhecimento socioantropológico. Nesse sentido, por mais paradoxal que possa parecer, os movimentos de “intimidade” e “distanciamento” são constitutivos da produção do saber no campo das ciências sociais. Assim, ao retomar minha vivência com o I = I, na tentativa de transformar o familiar em exótico e vice-versa, percebi que queria ouvir outras vozes, compreender outras experiências sobre essa questão ainda recente, divulgada institucionalmente no Brasil por meio da Nota Informativa do Ministério da Saúde em 2019. Esta nota

marca, oficialmente, o reconhecimento, pela primeira vez no Brasil, que pessoas que vivem com HIV e mantêm carga viral indetectável não transmitem o vírus por via sexual.

Trata-se, portanto, de um tema pulsante — ao mesmo tempo íntimo e coletivo —, que atravessa minha trajetória pessoal, profissional e afetiva, e que passou a orientar o sentido da pesquisa que aqui se apresenta. A proposta metodológica deste estudo fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, cuja escolha se justifica pela complexidade e natureza do objeto investigado: as experiências, percepções e sentidos atribuídos ao princípio Indetectável = Intransmissível no contexto da vivência com o HIV. Por tratar-se de um fenômeno atravessado por dimensões subjetivas, simbólicas e socioculturais — especialmente entre homens gays, bissexuais e profissionais de saúde — a pesquisa qualitativa mostra-se particularmente adequada para explorar os significados construídos pelos sujeitos em relação à (in)transmissibilidade do HIV, ao cuidado em saúde e às práticas de prevenção.

Essa abordagem permite acessar os modos pelos quais os participantes elaboram suas vivências e interações com os serviços de saúde, revelando aspectos que não seriam captados por métodos quantitativos. Como destaca Minayo [3], a pesquisa qualitativa busca interpretar a lógica interna dos discursos e práticas sociais, sendo indicada para estudos que priorizam a compreensão de processos subjetivos e relacionais. Neste estudo, as entrevistas semiestruturadas foram fundamentais para captar a complexidade das narrativas, abrindo espaço para escutar diferentes vozes sobre o impacto, as dúvidas, os afetos e os sentidos que permeiam a mensagem I=I na vida cotidiana dos participantes.

Do tipo de pesquisa ao campo

À medida que o tema da pesquisa foi se delineando, outra aliada tornou-se fundamental na sua construção: a professora e atual orientadora Maria Letícia. Por sua atuação nos serviços de saúde e seu vínculo direto com os

mesmos, sua presença foi decisiva para viabilizar minha inserção no campo. Ainda durante a fase de elaboração do projeto, tive a oportunidade de visitar dois serviços especializados, o que permitiu um primeiro contato com os espaços e suas equipes profissionais. Essas visitas iniciais foram fundamentais para reconhecer, na prática, o que viria a se configurar como meu campo de pesquisa.

O campo de pesquisa é compreendido como o espaço social, simbólico ou físico no qual a investigação se desenvolve. Defini-lo envolve delimitar o ambiente onde serão buscados os dados empíricos, identificar os sujeitos participantes, os fenômenos a serem observados e as relações que se pretende compreender ou interpretar [4].

A definição do campo deve considerar [3–5]:

1. **Pertinência ao objeto de estudo:** O campo precisa estar diretamente relacionado à pergunta de pesquisa e aos objetivos do estudo. É onde o fenômeno ocorre ou se manifesta com relevância.
2. **Acessibilidade:** É fundamental avaliar a viabilidade prática e ética de acesso ao campo — incluindo contatos prévios, permissões institucionais, disponibilidade dos participantes e tempo para observação ou coleta.
3. **Delimitação clara:** O campo pode ser físico (como uma escola, hospital, ONG), digital (redes sociais, fóruns) ou simbólico/discursivo (narrativas, documentos, práticas culturais). Seja qual for, deve ser delimitado de forma precisa para que o escopo da pesquisa seja coerente e viável.
4. **Inserção e vínculo:** A relação do/a pesquisador/a com o campo — se é um “*insider*” (parte do grupo) ou “*outsider*” (alguém externo) — afeta tanto o acesso quanto a análise. A reflexividade é essencial nesse processo.
5. **Critérios de escolha:** A seleção do campo pode ser baseada em critérios teóricos (fundamentados em autores e debates) ou práticos, como amostragem por conveniência, intencionalidade ou relevância estratégica.
6. **Dinamicidade:** O campo não é fixo — ele pode se transformar durante o processo de pesquisa conforme surgem novos dados, relações ou direções investigativas. A abertura para o imprevisto é parte do trabalho de campo.

Foram realizadas visitas exploratórias a três serviços de saúde especializados em HIV/aids na região de Porto Alegre e Viamão — Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), Serviço de Atenção e Terapêutica (SAT) Partenon e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Viamão — com o objetivo de conhecer o campo empírico, mapear os serviços e avaliar a viabilidade da condução da pesquisa em cada um desses contextos. Essas visitas foram fundamentais para a delimitação do campo, permitindo uma análise preliminar das condições institucionais e operacionais de cada serviço. A decisão final pela realização da pesquisa apenas no SAT Partenon e no SAE Viamão considerou, entre outros fatores, a necessidade de submissão adicional ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ADS, o que ampliaria significativamente a complexidade do processo de aprovação ética, sobretudo diante da já intrincada rede de instâncias exigidas pela Secretaria Estadual de Saúde.

A escolha das cidades de Porto Alegre e Viamão também se justifica pelos dados epidemiológicos da época [6]: Porto Alegre figurava entre as cinco capitais com os índices mais elevados no ranking das Unidades Federadas, considerando indicadores compostos de taxa de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 nos cinco anos anteriores. No ranking nacional dos 100 municípios com piores indicadores, segundo os mesmos critérios, Porto Alegre ocupava a quinta posição e Viamão, cidade da região metropolitana, a sétima. Diante desse cenário, tornou-se indispensável a realização de estudos que aprofundassem a compreensão de temas emergentes como a mensagem I=I (Indetectável = Intransmissível), especialmente considerando que, embora já existissem pesquisas sobre o tema [7–17], ainda não havia investigações centradas no contexto específico dessas duas cidades. Produzir evidências empíricas nesses territórios é, portanto, essencial para subsidiar políticas públicas e estratégias educativas voltadas à promoção da saúde e à redução do estigma entre pessoas vivendo com HIV.

Sendo assim, no segundo semestre de 2022, fui oficialmente apresentado como pesquisador em potencial sobre o tema I = I às equipes dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) de Viamão e Serviços de Atenção Terapêutica (SAT) Partenon. A escolha desses serviços, em detrimento de outros, ocorreu por conveniência: além da relevância dos contextos, a professora Maria Letícia

atuava diretamente nessas unidades, o que facilitava minha inserção e o estabelecimento de vínculos no campo. Essa escolha também se mostrou estratégica, considerando que, paralelamente, eu me preparava para participar do processo seletivo de um doutorado sanduíche previsto para o ano de 2023.

Diário de campo

03/06/22 – Visita ao SAT Partenon

A visita ao SAE Partenon teve, inicialmente, o objetivo específico de retirar documentos relacionados a exames pulmonares (tuberculose), previamente deixados por uma médica vinculada ao serviço. Considerando que se trata de um ambiente que realiza atendimento especializado a pessoas com tuberculose — uma coinfeção com relevância epidemiológica entre pessoas vivendo com HIV [18]—, foi necessário adotar precauções adicionais no acesso ao local. Essa preocupação se justifica pelo fato de eu ser uma pessoa vivendo com HIV, o que demanda atenção redobrada a ambientes com possível exposição a agentes infecciosos oportunistas. Para a retirada dos documentos, foi solicitado o preenchimento de uma ficha da própria instituição, à qual deveriam ser anexadas cópias de documentos pessoais, conforme os protocolos internos do serviço. O setor de atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids localiza-se nos fundos da unidade, com acesso por uma entrada lateral, o que reforça simbolicamente sua condição de espaço segregado — elemento relevante para refletir sobre a organização e visibilidade dos serviços voltados a essa população.

Ao chegar ao local, percebi certa frieza por parte da equipe de recepção, possivelmente por presumirem que eu era um paciente. No entanto, após esclarecer que minha presença estava relacionada a uma futura pesquisa acadêmica, houve uma mudança perceptível na postura das profissionais, que passaram a adotar um tom mais receptivo. Fui então atendido pela enfermeira indicada pela profa. Maria Leticia, que não tinha conhecimento dos documentos deixados, pois estes haviam sido entregues por outra enfermeira que estava participando de uma capacitação noutro local.

A enfermeira apresentou-me brevemente à estrutura do serviço e a alguns membros da equipe. Posteriormente, fui encaminhado à secretaria, onde me solicitaram o preenchimento de um formulário sobre meu projeto de pesquisa. Como o projeto ainda se encontrava em fase de construção, não havia um documento formal para ser entregue. A situação gerou um impasse, sendo necessário um diálogo com os responsáveis pela coordenação do serviço na época. Ambos reforçaram que, para atuar como pesquisador no local, seria imprescindível submeter o projeto via sistema oficial da Secretaria de Saúde, seguindo os trâmites institucionais previstos.

Apesar do mal-entendido, os gestores demonstraram disponibilidade, oferecendo um cartão de contato para esclarecimentos futuros. A intenção desta visita era realizar uma aproximação exploratória com o campo, visando conhecer a dinâmica do serviço e coletar elementos para a formulação do projeto de pesquisa. A professora Letícia, ao ser informada do ocorrido, lamentou a resistência encontrada e destacou a contradição de um serviço que, embora detenha um volume significativo de dados, pouco os utiliza e ainda impõe barreiras ao desenvolvimento de pesquisas externas.

Na ocasião, fui convidado pela professora para, na semana seguinte, acompanhá-la em visita ao SAE Viamão, proposta que aceitei prontamente. Reforcei que minha prioridade era desenvolver um trabalho consistente, independentemente da localização geográfica do campo.

23/06/22 – Visita ao SAE Viamão

Acompanhado por uma médica do serviço, realizei visita ao SAE Viamão, coincidindo com uma confraternização junina da equipe. A recepção foi acolhedora, e fui apresentado aos profissionais presentes, que aos poucos retornavam às suas atividades. O serviço funciona tanto como unidade especializada em HIV/Aids quanto como Centro de Testagem e Aconselhamento, ampliando sua abrangência no cuidado à saúde sexual.

Durante a visita, em meio a conversas informais, a equipe expressou surpresa quanto à quantidade de casos de hepatite C identificados na unidade.

Ao questionar sobre a oferta de profilaxias (PEP e PrEP), fui informado de que, naquele momento, tais estratégias eram priorizadas para gestantes ou mulheres em situações específicas. Apesar das normativas, alguns profissionais relataram flexibilizações nos protocolos, adotando condutas ampliadas conforme avaliação do risco e cuidado individualizado de suas usuárias, em uma perspectiva ética centrada no cuidado.

Um caso específico foi compartilhado pela equipe: uma usuária havia sido diagnosticada como HIV em uma unidade básica de saúde, com base em um Teste Rápido 2 (TR2) que apresentou resultado sombreado. No entanto, o protocolo preconiza a realização do TR1 como primeira etapa do diagnóstico, teste que não estava disponível na referida unidade. Reencaminhada ao SAE, a paciente foi retestada, apresentando resultado não reagente. O episódio gerou sofrimento e insegurança, especialmente considerando que a usuária mantinha um relacionamento aberto com seu parceiro, fato que foi interpretado pela equipe como possivelmente atravessado por estigmas e preconceitos relacionados à sexualidade, os quais teriam influenciado indevidamente a conduta adotada no primeiro atendimento.

Além dos testes rápidos, foi solicitado exame laboratorial para confirmação diagnóstica. O intervalo entre o primeiro resultado e a reavaliação no SAE foi marcado por angústia, ansiedade e sentimento de culpa da paciente, que vivenciou esse período como uma punição por sua escolha afetiva e sexual.

Permaneci por mais algum tempo nas dependências da unidade, observando a dinâmica interna e os espaços físicos. A sala da equipe, onde muitos guardavam seus pertences, mantinha fluxo constante de profissionais em atividade nos computadores. Na recepção, observei a presença de usuários diversos — homens, mulheres, uma mulher acompanhada de criança — em sua maioria pessoas negras ou pardas, conforme percepção visual naquele momento específico.

08/08/22 – Observação no SAT Partenon

Acompanhado pela mesma médica que atua em ambos os serviços, participei da tradicional reunião de equipe do SAE Partenon, realizada nas manhãs de segunda-feira e conhecida internamente como *round*. Ao chegar, fui apresentado aos presentes e tive a oportunidade de relatar brevemente minha trajetória profissional e acadêmica na área do HIV, além do objetivo de minha pesquisa de doutorado.

Durante a reunião, foi discutido o caso de um paciente que havia registrado uma queixa na ouvidoria do serviço. Segundo o relato da equipe, o indivíduo se recusou a passar pelo acolhimento inicial e exigiu ser atendido diretamente por um médico, comportamento que gerou conflito com a recepção. Uma enfermeira, que já mantinha vínculo prévio com o paciente, mencionou que ele apresentava histórico de transtornos psiquiátricos, o que explicaria, em parte, sua agitação. Ao final, relatou-se que a situação foi contornada e o paciente se acalmou. A equipe destacou que a rotina de atendimento médico no serviço restringe-se a consultas anuais para pessoas com carga viral indetectável e exames laboratoriais estáveis, sendo o acompanhamento de rotina conduzido pelas equipes de enfermagem.

Após a reunião, fui acompanhado pela assistente social do serviço, que demonstrou acolhimento e disponibilidade ao me apresentar as diferentes seções da unidade: o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a farmácia e o prédio antigo do serviço, atualmente em reforma após o desabamento do teto ocorrido no ano anterior.

No CTA, fui recepcionado por outra enfermeira, profissional com longa trajetória no serviço, desde sua implantação. Durante nossa conversa, foram abordados temas como a oferta de PrEP, PEP e o funcionamento geral da unidade, revelando-se um conhecimento profundo da dinâmica institucional e dos desafios históricos enfrentados. Na farmácia, dialoguei com a farmacêutica, que explicou a dinâmica de dispensação da terapia antirretroviral (TARV), distinguindo os atendimentos iniciais e as mudanças de esquema, que requerem avaliação farmacêutica, dos casos de manutenção, cuja entrega é feita pela equipe de recepção. Também conversamos sobre a distribuição de PrEP tanto

via SUS quanto em serviços particulares, mencionando a existência de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) em Porto Alegre, atualmente totalizando oito. Recebi, ainda, material impresso com orientações sobre PrEP para uso futuro em ações educativas.

29/08/22 – Observação de consulta de enfermagem

Nesta data, retornei ao SAT Partenon para acompanhar uma enfermeira durante consulta com uma mulher trans, com idade superior a 60 anos, que realizava a troca de seu esquema terapêutico. A paciente passaria a utilizar dolutegravir e lamivudina, com retirada do tenofovir em função de alterações renais laboratoriais.

Durante o atendimento, foi questionada quanto à adesão ao tratamento, momento em que relatou que costumava "pular dois dias na semana" da medicação, alegando preocupação com o fígado. Apesar disso, mantinha carga viral indetectável há longo período e afirmou que sua médica estava ciente desse padrão de uso. A enfermeira reforçou a importância da adesão diária para manutenção da indetectabilidade. Houve uma discussão sobre o número de comprimidos, onde, por perspectivas distintas, a profissional e a usuária apresentaram leituras divergentes: enquanto a enfermeira mencionava que havia "reduzido" um ARV, a paciente acreditava estar tomando "mais comprimidos", pois agora utilizaria três ao invés de dois.

Ao fim da visita, acertei com as enfermeiras do SAE e do CTA a possibilidade de acompanhar seus atendimentos de forma sistemática: nas terças-feiras e nas sextas-feiras pela manhã. Ambas são responsáveis pelo aconselhamento, prescrição de exames e adesão de pacientes em PrEP e TARV.

13/09/22 – Acompanhamento de atendimentos em PrEP no CTA

Neste dia, acompanhei uma enfermeira em atendimentos realizados no CTA, com agendamento específico para acompanhamento de usuários em PrEP. O primeiro caso observado foi o de um casal de homens gays, atendido

separadamente. Um dos parceiros teve solicitação de VDRL, enquanto o outro não. O primeiro questionou a razão da diferença, mas não acompanhei o desdobramento da explicação.

A enfermeira demonstrou uma abordagem mais técnica, centrada na verificação dos exames e prescrição da profilaxia, sem adentrar discussões sobre práticas sexuais ou prevenção, que são abordadas no momento do aconselhamento prévio. Sua atuação foca na prescrição e solicitação dos exames subsequentes.

22/09/22 – Acompanhamento de atendimentos em aconselhamento psicológico

Nesta visita, acompanhei os atendimentos realizados por uma psicóloga do serviço, responsável pelo aconselhamento no CTA. Durante o período da manhã, foram atendidos dois pacientes em PrEP e um usuário que buscava testagem de rotina.

O primeiro atendimento foi de retorno após 30 dias do início da profilaxia. O paciente, em relação sorodiferente, relatava adesão satisfatória, com parceiro em tratamento e carga viral indetectável. Discutiram-se o uso da medicação, práticas sexuais e a realização de exames, com atenção especial para a sorologia de sífilis. A primeira testagem apresentara uma linha fraca, levantando dúvida quanto à infecção. Novos exames laboratoriais foram realizados, incluindo VDRL, e a testagem rápida no dia foi não reagente. O paciente foi encaminhado para a enfermeira para continuidade da PrEP, conforme novo protocolo, que prevê menor frequência de exames como TGO, TGP e creatinina (anualmente), além da flexibilização para exames de IST conforme critério clínico.

O segundo usuário foi atendido em sua primeira consulta de PrEP. Identificado como homem gay, relatou consumo elevado de álcool, o que gerou discussão sobre o início da medicação e os possíveis efeitos adversos. Como previa consumo significativo durante o final de semana, optou-se por adiar o início do uso. O paciente relatou estar na janela imunológica e cogitou-se realizar

carga viral, o que ficou a critério da enfermeira. Foi abordado o conceito de I=I (Indetectável = Intransmissível) e apresentado um panfleto explicativo (ver Anexo I). Também foram discutidas práticas sexuais, uso de preservativo e planejamento da adesão à profilaxia.

O terceiro atendimento foi de um homem heterossexual, em sua primeira testagem para HIV. Separado recentemente, relatou estar em início de relacionamento com uma parceira que já havia realizado testagem prévia. Buscava a confirmação de seu status sorológico para poder ter relações sem preservativo. Questionado sobre uso de substâncias, mencionou apenas o uso de álcool e fez uma defesa do uso ritualístico da ayahuasca, enfatizando seus efeitos não recreativos, mas curativos. O acompanhamento pós-teste não foi realizado nesta ocasião.

Durante os atendimentos observados, foi possível perceber que a psicóloga mantém um estilo de comunicação aberto e respeitoso, com posterior registro das informações em prontuário de forma sintética, buscando validar com o usuário o conteúdo registrado.

23/09/22 – Conversa no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) e visita ao Partenon para conversa com vinculadores

Compartilhei, ainda durante a fase de construção do projeto, a proposta da pesquisa com uma profissional da Aids Healthcare Foundation (AHF) que atua em alguns Serviços de Assistência Especializada (SAEs) em Porto Alegre. O estudo, à época em desenvolvimento, era voltado à temática do I=I entre homens que fazem sexo com homens. Naquele momento eu ainda não tinha definido a escolha por homens gays e bissexuais diretamente. Esta escolha se deu posteriormente. A categoria HSH (homens que fazem sexo com homens) é um termo epidemiológico e de saúde pública utilizado para descrever comportamentos sexuais, independentemente da identidade de gênero ou orientação sexual do indivíduo. A partir da reflexão de Boellstorff [19], a categoria HSH revela os limites de uma lógica que busca uma nomenclatura perfeita e isomórfica para descrever a realidade social. A tentativa de encontrar um termo que rotule com precisão as identidades e práticas sexuais ignora a natureza

histórica e contingente da linguagem. A categoria HSH, originalmente centrada em comportamentos, evoluiu para incluir identidades e formas de organização política transnacional, demonstrando sua plasticidade e os efeitos culturais que produz. Portanto, em vez de buscar uma terminologia fixa e definitiva, é mais produtivo analisar os deslocamentos e transformações da categoria, compreendendo seu papel ativo na construção das realidades sociais que pretende representar. A partir dessa discussão e baseados em como os participantes se identificavam, adotamos as identidades gay e bissexual.

Conversamos sobre a organização do sistema de saúde da cidade e a profissional apresentou um breve histórico do serviço. Relatou que o ADS foi o primeiro local de testagem e tratamento de HIV em Porto Alegre. Explicou também a distinção entre serviços especializados pertencentes ao município e ao estado.

Fui apresentado a um vinculador e à uma enfermeira, para que eu pudesse acompanhar futuros atendimentos e assim delimitar melhor meu campo e foco de pesquisa. O vinculador me entregou um panfleto sobre I=I, cuja foto se encontra disponível no Anexo I, e se colocou à disposição para que eu marcasse acompanhamentos. Posteriormente, a profissional que me recebeu no ADS me convidou para uma visita ao SAT Partenon, ocasião em que tive a oportunidade de conhecer outros dois vinculadores que atuam naquele serviço. Trocamos contatos telefônicos e ficou acordado que, em momento oportuno, eu os(as) acompanharia em suas atividades no serviço.

06/10/22 – Visita ao SAT Partenon

Nesta visita, não havia atendimentos agendados devido à ausência médica naquela tarde. Encontrei uma pessoa responsável pela coleta de dados que foi bastante acolhedor. Conversamos sobre o absenteísmo no serviço, apontando uma maior taxa entre mulheres. Uma das hipóteses levantadas, segundo ele, é que, por haver maior número de mulheres em tratamento ou pela facilidade de acesso à consulta, pode haver maior remarcação por parte delas. Com o vinculador no dia, conversei sobre diversos temas, desde monogamia, festas e o congresso de saúde coletiva daquele ano -ABRASCÃO, até indicação

de psicólogo para o coletor que me solicitou – o que reforça a construção de vínculos. O vinculador me apresentou o questionário utilizado no momento de vinculação de novos diagnósticos ou retorno de abandono, bem como o TCLE de um projeto de pesquisa e intervenção que estava sendo conduzido pela AHF, focado em vinculação e retenção.

No final do dia, houve uma situação envolvendo uma paciente internada em clínica psiquiátrica. O marido, que desconhecia sua condição sorológica, procurou o serviço para buscar a medicação, pois os frascos estavam sem rótulo e a clínica não sabia como proceder. O vinculador conseguiu articular a entrega da medicação correta e solicitou que o marido retornasse no dia seguinte para testagem.

13/10/22 – Visita ao ADS

Embora houvesse expectativa de atendimento para vinculação, a consulta não ocorreu. O vinculador aproveitou o tempo para trabalho administrativo, o que comentei ser igualmente importante para meu aprendizado. O único atendimento relevante foi o de uma mulher trans que procurou o serviço para verificar sua medicação antes de uma futura internação por tuberculose. Uma das medicações era contraindicada para seu caso, e o vinculador conseguiu agendar atendimento médico de forma emergencial. Passei o restante do tempo na sala do projeto da AHF, conversando sobre o serviço e temas diversos, mesmo aqueles que não tinham nada a ver com trabalho e pesquisa. O vinculador me informou que entraria em férias e sugeriu que eu contatasse outra vinculadora, para continuar as visitas.

18/05/23 – Visita ao SAE Viamão

Com a aprovação da primeira instância pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos, pude iniciar o trabalho de campo em Viamão, enquanto esperava a aprovação pelo CEP da Secretaria Estadual da Saúde para oficialmente iniciar no SAE Partenon. Fui acolhido por uma profissional do serviço que, surpreendentemente, demonstrou desconhecer o conceito de I=I. Após uma breve explicação sobre o significado e as evidências que sustentam

essa estratégia, a profissional reconheceu seu potencial, chegando a considerá-la uma das mais eficazes formas de prevenção. Essa experiência revelou um aspecto inquietante: mesmo em um serviço especializado em HIV/aids, um conceito central e amplamente respaldado por estudos científicos ainda não era plenamente dominado por todos os profissionais. Tal fato apontou para a necessidade urgente de ampliar a disseminação e a incorporação do I=I nas práticas cotidianas desses serviços, não apenas como informação técnica, mas como ferramenta fundamental na promoção do cuidado, da adesão ao tratamento e da redução do estigma. A relativa novidade da sigla não justifica sua ausência em espaços nos quais ela deveria ser uma referência básica, revelando lacunas nos processos de formação e atualização profissional que precisam ser enfrentadas de forma sistemática.

Na sequência, fiquei na sala da equipe, fui apresentado aos profissionais e troquei contatos. Uma profissional ficou responsável por me ajudar com a agenda e na identificação de HSH para possíveis entrevistas. Conversei com uma psicóloga do serviço que conduzia um grupo de mulheres vivendo com HIV (recém-diagnosticadas e com diagnóstico antigo). Também conversei com uma profissional responsável pela coleta de CD4 e carga viral, além de outras profissionais que atuam na gestão e assistência do serviço. Havia um infectologista no serviço, mas não fui apresentado a ele neste dia.

22/06/23 – Visita ao SAE Viamão

Com auxílio de uma secretária do serviço e uma enfermeira, consegui identificar potenciais participantes para a pesquisa. O acolhimento da equipe foi positivo. Até aquele momento, havia entrevistado dois profissionais e um usuário.

A primeira entrevista realizada com uma profissional de saúde deixou a impressão de que havia um conhecimento limitado sobre o cuidado específico com pessoas vivendo com HIV. A entrevistada atuava há pouco tempo na área, o que apontou para um possível despreparo de profissionais recém-ingressos nos serviços especializados. Além disso, demonstrou pouca familiaridade e

segurança ao abordar a temática do I=I, o que reforça a hipótese de lacunas na formação inicial voltada para esse campo específico.

Na segunda entrevista, também realizada com uma profissional de saúde, a participante se mostrou acolhedora e comprometida com o cuidado aos pacientes. No entanto, apesar de contar com mais de 20 anos de atuação na área do HIV/aids, sua fala revelou limitações quanto ao domínio de informações atualizadas e de natureza técnico-científica. Esse contraste entre experiência e desatualização levanta questionamentos sobre a existência (ou ausência) de processos contínuos de formação e capacitação profissional nos serviços especializados em HIV/aids.

A terceira entrevista foi conduzida com um usuário do serviço, um homem bissexual, branco, que vive com HIV há aproximadamente 20 anos. O participante destacou a importância de sua adesão regular à terapia antirretroviral e compartilhou experiências marcadas por estigma e discriminação, especialmente no contexto familiar. Relatou que, no início do diagnóstico, familiares separavam talheres, copos e utensílios, prática que foi sendo abandonada à medida que obtiveram maior compreensão sobre o HIV. Atualmente, a única pessoa que não tem conhecimento sobre sua condição sorológica é sua mãe, devido, segundo ele, à sua condição de analfabetismo, o que poderia dificultar a compreensão do tema. Na ocasião da entrevista, o usuário se encontrava em um relacionamento monogâmico, comportamento que contrasta com períodos anteriores de sua vida. Ele associava a escolha pela monogamia a uma estratégia de prevenção de ISTs, compreendendo essa prática como uma forma de cuidado e autoproteção em sua trajetória com o HIV.

04/07/23 – Visita ao SAE Viamão

Estive no serviço no horário de coleta (8h), pois havia dois usuários agendados, mas ambos faltaram. Aguardei até 9h30 e, após confirmação com uma secretária de que não haveria mais coletas, deixei o local.

05/07/23 – Visita ao SAE Viamão

Novamente fui no horário de coleta, com três usuários agendados. Apenas um compareceu e aceitou participar da pesquisa. Também entrevistei um profissional, que se mostrou bastante solícito.

A primeira entrevista foi realizada com um usuário do serviço, homem gay, pardo, que vive com HIV há aproximadamente cinco anos. Ele relatou que sua descoberta do diagnóstico ocorreu de forma indireta e marcada pelo silêncio: após o término abrupto de um relacionamento, em que o parceiro o bloqueou e desapareceu sem explicações, uma amiga em comum apenas lhe sugeriu que cuidasse de sua saúde. Diante disso, suspeitou da possibilidade de estar vivendo com HIV e procurou realizar os testes. O episódio ilustra como o medo e o estigma associados ao HIV podem dificultar o diálogo entre parceiros sobre saúde sexual, contribuindo para o silêncio e a desinformação. O próprio entrevistado reconheceu que enfrentou barreiras internas relacionadas ao preconceito e ao processo de aceitação do diagnóstico. Atualmente, relata boa adesão ao tratamento antirretroviral e compartilhou uma experiência positiva de revelação sorológica em um relacionamento afetivo anterior. No entanto, diante de parceiros casuais, prefere manter sigilo, alegando utilizar a PrEP como justificativa, o que revela estratégias de negociação da sorologia mediadas por estigmas ainda presentes nas interações afetivo-sexuais.

A segunda entrevista foi conduzida com um médico do serviço, cuja postura enfática destacou a centralidade da mensagem I=I em sua prática clínica. Segundo o profissional, discutir o I=I com os usuários é uma parte fundamental do cuidado, na medida em que promove a autonomia sexual, fortalece vínculos terapêuticos e atua diretamente no enfrentamento ao estigma e à discriminação vividos por PVHIV. Sua fala evidencia um posicionamento alinhado às diretrizes mais recentes de cuidado centrado na pessoa e à promoção de direitos sexuais no contexto do atendimento especializado.

17/07/23 – Visita ao SAE Viamão

Compareci ao serviço às 8h, com previsão de entrevista com um usuário. Apesar de estar com pressa, ele aceitou participar e a entrevista foi realizada antes de sua chamada para coleta, durando aproximadamente 15 minutos.

Também entrevistei outra profissional, que desta vez demonstrou maior abertura e disponibilidade, diferente de tentativas anteriores em que percebi certa evasão.

O primeiro entrevistado foi um homem gay, negro, vivendo com HIV há cerca de um ano e meio. Seu relato evidencia os impactos psicossociais do diagnóstico recente, marcados por intenso sofrimento emocional e abalo da saúde mental. O participante descreveu como falas discriminatórias e preconceituosas de pessoas ao seu redor afetaram profundamente sua percepção de si e de sua condição, contribuindo para o adoecimento psicológico. No momento da entrevista, afirmou estar bem aderido ao tratamento antirretroviral, com melhora significativa em sua saúde física e emocional, além de contar com o apoio da família. Apesar de estar em condição de indetectabilidade, demonstrou insegurança quanto à transmissão do HIV, optando pelo uso constante da camisinha como medida de autoproteção e para se sentir mais tranquilo, revelando ainda a persistência de dúvidas sobre a eficácia da mensagem I=I.

A segunda entrevista foi realizada com uma profissional de saúde que, apesar de já ter sido convidada anteriormente, só agora se disponibilizou para participar. Sua postura durante a entrevista, no entanto, foi marcada por evasividade nas respostas, o que dificultou a profundidade da escuta. Não foi possível identificar se tal atitude resultava de insegurança diante da entrevista ou de uma participação movida apenas por compromisso formal. Embora conte com mais de 20 anos de experiência no cuidado de pessoas que vivem com HIV, suas falas não revelaram clareza conceitual nem domínio técnico sobre a mensagem I=I, o que levanta preocupações sobre os processos de formação continuada e atualização profissional nos serviços especializados.

24/07/23 – Visita ao SAT Partenon

Participei da reunião de equipe no Partenon, onde fui reapresentado ao grupo. A maioria presente era composta por mulheres; um enfermeiro apareceu rapidamente na porta, mas não permaneceu na reunião. Cheguei por volta das 9h, embora a reunião tivesse início às 8h30, conforme sugestão de uma profissional responsável pelo setor de Ensino e Pesquisa da instituição. Durante

a reunião, uma fisioterapeuta demonstrou interesse na pesquisa, realizando perguntas de cunho metodológico. Percebi que seu intuito parecia mais demonstrar familiaridade com os conceitos do que propriamente buscar esclarecimentos, sobretudo ao final, quando questionou se a pesquisa era transversal, mesmo após eu já ter explicado se tratar de um estudo qualitativo.

A equipe sugeriu que eu verificasse os prontuários da semana, já previamente separados, onde identifiquei um possível participante com consulta agendada para o dia seguinte. Sugeriram ainda que eu procurasse um profissional, que poderia auxiliar na separação de dados, assim como outro profissional fez anteriormente em Viamão.

27/07/23 – Visita ao SAE Viamão e SAT Partenon

Iniciei o dia em Viamão, com a intenção de entrevistar um usuário agendado, que acabou faltando à consulta. Em seguida, me desloquei ao SAT Partenon, onde conversei com os vinculadores e o coletor de dados. Eles tentaram me ajudar na identificação de usuários HSH indetectáveis que pudessem ser entrevistados, mas estavam priorizando aqueles que consideravam "interessantes" para a pesquisa — o que incluía também a exclusão de uma profissional considerada preconceituosa. Expliquei que não buscava participantes que apenas respondessem conforme o “esperado” e que posicionamentos divergentes ou mesmo contraditórios seriam igualmente relevantes para análise e discussão.

A situação descrita evidencia tensões inerentes à construção do campo na pesquisa qualitativa, sobretudo no que diz respeito à seleção de participantes. A tentativa dos profissionais de filtrarem os sujeitos "mais interessantes" ou de excluir uma profissional identificada como preconceituosa revela uma forma de *curadoria do campo* que pode comprometer a diversidade de perspectivas, necessária à complexidade da análise. Esse episódio reforçou a importância de reafirmar a opção metodológica por uma abordagem não-normativa, que valorizasse justamente a multiplicidade de discursos, inclusive os dissonantes ou incômodos. A recusa em buscar apenas vozes alinhadas ao que se espera “ouvir” está em consonância com princípios da pesquisa qualitativa crítica, que

compreende o campo como espaço de disputa simbólica e onde o dissenso pode ser tão analiticamente produtivo quanto o consenso [20].

Procurei ser diplomático ao afirmar que não desejava gerar mais trabalho para a equipe e que apenas precisaria dos nomes dos usuários e os respectivos dias em que estariam no serviço — seja para consulta, exames ou retirada de medicamentos.

Nesse mesmo dia, realizei entrevistas com um usuário e dois profissionais. O primeiro entrevistado era um homem gay, branco, de 22 anos, que vive com HIV desde os 17. Segundo ele, o impacto do diagnóstico foi particularmente marcante por ter ocorrido em uma fase da vida em que ainda havia tido pouca experiência sexual, o que o levou a refletir sobre a ausência de uma educação sexual adequada durante a adolescência. O momento em que se tornou indetectável foi descrito como uma transição importante, pois proporcionou tranquilidade emocional e o encorajou a revelar seu diagnóstico à mãe. O próprio participante se responsabilizou por educá-la, explicando que o HIV, quando tratado adequadamente, não leva à morte, e que estar indetectável significa não transmitir o vírus. Esse conhecimento foi inicialmente compartilhado pela médica que o acompanhava e complementado por meio de pesquisas realizadas por ele na internet. Após esse processo, relatou ter passado a cuidar melhor da própria saúde e, apesar de compreender a intransmissibilidade, afirmou preferir o uso do preservativo em todas as relações sexuais como forma de reforçar sua sensação de segurança.

Em outra entrevista, uma profissional com sete anos de atuação no serviço relatou não abordar diretamente o tema do I=I com os usuários. Alegou que preferia restringir-se às atribuições específicas de sua função como assistente social, justificando que poderia ser eventualmente contrariada por outros profissionais da equipe. Sua fala revelou insegurança em relação ao conteúdo técnico e um possível receio de desarticulação institucional, evidenciando a fragmentação da comunicação entre os profissionais de saúde sobre temas centrais do cuidado.

Outro caso foi o de uma profissional que atuava no serviço especializado há menos de um ano e cuja participação na pesquisa havia sido previamente sinalizada por vinculadores e pelo coletor de dados como potencialmente problemática, em razão de suas posturas estigmatizantes. Durante a entrevista, tais expectativas se confirmaram. A entrevistada demonstrou desconhecimento técnico em relação à transmissão do HIV, além de insegurança quanto à possibilidade de pessoas indetectáveis transmitirem ou se reinfectarem com o vírus. Assim como a profissional anterior, também mencionou o receio de ser contradita por outros membros da equipe, optando por não abordar a temática do I=I com os usuários. Embora a fala revele posturas discriminatórias, sua inclusão na pesquisa reforça a importância da capacitação contínua e da educação permanente dos profissionais que atuam no cuidado às pessoas que vivem com HIV, sobretudo em serviços especializados.

28/07/23 – Visita ao SAT Partenon

Entrevista realizada com um usuário indicado por uma médica do serviço. Ele havia tido consulta com usuário na semana anterior e retornou ao serviço neste dia para ajuste da medicação. A segunda entrevista foi com uma profissional do serviço.

A entrevista foi realizada com um homem gay, branco, com mais de 60 anos, vivendo com HIV há mais de duas décadas. Apesar de ter atuado ao longo de toda a sua trajetória profissional na rede hospitalar como trabalhador da saúde, o entrevistado relatou diversas dificuldades no cuidado com o HIV. Demonstrou insegurança em relação à mensagem I=I (Indetectável = Intransmissível), afirmando que essa informação não lhe transmite confiança suficiente para manter relações sexuais sem o uso de preservativos. Sua narrativa também revelou aspectos significativos de isolamento social: vive sozinho, sem vínculos afetivos ou redes de amizade, e tem como única referência familiar a mãe, que depende de seus cuidados. Em seu discurso, estar indetectável é compreendido exclusivamente como um indicativo de estabilidade clínica e manutenção da saúde, sem necessariamente incorporar a noção de intransmissibilidade do vírus. Esse entendimento parcial aponta para as

barreiras subjetivas e emocionais que persistem mesmo entre pessoas com longa convivência com o HIV e experiência profissional na área da saúde, evidenciando a complexidade da internalização da mensagem I=I e seus efeitos nas práticas sexuais e nas relações interpessoais.

A segunda entrevista foi realizada com um profissional de saúde bissexual, com três anos de atuação em um serviço especializado em HIV/aids. Sua fala demonstrou engajamento com a estratégia de prevenção baseada no I=I, a qual ele compreende não apenas como uma diretriz técnica, mas como uma ferramenta de cuidado que contribui para a reconstrução da autoestima e da dignidade de pessoas vivendo com HIV. Segundo ele, reforçar esse conhecimento com os pacientes é uma forma de transmitir segurança, acolhimento e a possibilidade de retomar o curso da vida. Destacou ainda que, embora alguns usuários demonstrem receio em aceitar plenamente a ideia de intransmissibilidade, ele insiste na importância de disseminar essa informação, especialmente para aqueles que desejam constituir família e ter filhos. Para o profissional, compreender-se como alguém que pode se relacionar, amar e ter projetos de vida — como qualquer outra pessoa — é parte essencial do cuidado integral e da luta contra o estigma.

02/08/23 – Visita ao SAT Partenon

Enviei mensagem para um vinculador, conforme havíamos combinado anteriormente, para verificar o agendamento de três HSH que haviam faltado na semana anterior.

O primeiro entrevistado foi um homem gay, branco, de 27 anos, vivendo com HIV há quatro anos, em um relacionamento soroconcordante com um parceiro que também vive com o vírus. Ele recorda com clareza o momento em que se tornou indetectável, ao sexto mês de tratamento, o que, segundo seu relato, lhe trouxe tranquilidade e segurança em relação à própria saúde. Sua família, no entanto, não tem conhecimento sobre sua condição sorológica. De acordo com o participante, essa omissão não estaria relacionada diretamente ao preconceito, mas sim à falta de informação sobre o HIV. Esse aspecto revela a persistente lacuna de conhecimento na população geral e aponta para a

necessidade urgente de ampliar o alcance das campanhas educativas sobre HIV/aids, especialmente sobre os avanços biomédicos como o I=I.

O segundo entrevistado, também um homem gay, branco, de 33 anos, vive com HIV desde os 23. Sua narrativa é marcada por experiências de preconceito institucional, especialmente no âmbito dos serviços de saúde. Segundo ele, alguns profissionais médicos evitam deliberadamente abordar a intransmissibilidade do HIV com seus pacientes, sob o argumento de que essa informação poderia incentivar a prática de sexo sem preservativo. Essa postura evidencia uma lógica de controle do comportamento sexual baseada em preceitos morais, em que a informação é retida como forma de regulação do desejo, contrariando princípios fundamentais da autonomia do paciente e do cuidado informado.

O terceiro entrevistado do dia foi um homem bissexual, preto, de 41 anos, vivendo com HIV há cerca de 10 anos. Atualmente está em relacionamento afetivo com uma mulher. Seu relato oferece importantes reflexões interseccionais, ao evidenciar como o viver com HIV é atravessado por desigualdades raciais, educacionais e socioeconômicas. O participante compartilhou experiências de insegurança e desinformação em relação à intransmissibilidade, afirmando que, por ainda carregar o vírus, acredita existir risco de transmissão. Essa percepção o faz evitar, por precaução, comportamentos que possam causar “mal a alguém”, como ele próprio afirma, remetendo ao seu processo de infecção. A fala revela o impacto da ausência de informação clara e acessível, bem como o peso da responsabilização moral frequentemente imposta a pessoas que vivem com HIV, especialmente aquelas em contextos de maior vulnerabilidade social.

08/08/23 – Visita ao SAE Viamão

Nesse dia fiz entrevista com dois usuários e um profissional. Estes foram para consultas que estavam agendadas previamente.

O primeiro entrevistado foi um homem gay, indígena, com pouco mais de 60 anos, que vive com HIV há mais de duas décadas. Apesar de sua longa

trajetória com o vírus e de estar vinculado a um serviço especializado, ele relatou ter tomado conhecimento sobre I=I apenas recentemente, durante uma feira de ciências organizada por seus alunos, na qual o tema foi abordado em uma das apresentações. Segundo seu relato, a descoberta foi recebida com sentimentos ambíguos: de um lado, esperança diante de uma nova perspectiva sobre sua condição; de outro, receio quanto à veracidade da informação. Durante a entrevista, expressou alegria e alívio ao saber, por meio da confirmação feita por mim enquanto pesquisador, que essa informação era válida. O episódio ilustra de forma contundente as falhas nos processos de comunicação e educação em saúde, revelando que, mesmo em contextos de longa adesão ao tratamento e sob cuidado especializado, o conhecimento sobre avanços biomédicos como o I=I ainda pode não ser acessado de forma adequada.

O segundo entrevistado era um homem gay, pardo, de 26 anos, vivendo com HIV há cinco anos. Sua narrativa é marcada pelas experiências de estigma e preconceito vividas no contexto das relações afetivo-sexuais, especialmente quando compartilhava seu status sorológico com parceiros. Relatou que frequentemente se via associado a comportamentos considerados promíscuos, o que evidencia como discursos morais ainda atravessam a percepção social do HIV. Atualmente, sente-se mais seguro e tranquilo em razão de estar indetectável, o que ele associa diretamente ao seu conhecimento técnico buscado tanto na internet quanto o conhecimento adquirido enquanto profissional da saúde que é. Nas relações sexuais, adota uma postura de franqueza ao informar sua condição de indetectável, deixando ao parceiro a decisão sobre o uso do preservativo. Sua prática revela uma ética relacional baseada na transparência, na corresponsabilidade e na valorização da informação como instrumento de autonomia e cuidado mútuo.

A terceira entrevista do dia foi realizada com um profissional de saúde com três anos de atuação em um serviço especializado em HIV/aids. Sua fala foi marcada por ambivalências e inseguranças em relação à estratégia de prevenção baseada no I=I. Em determinados momentos, o entrevistado reafirmava que estar indetectável significava não transmitir o vírus; no entanto, em outras passagens, expressava dúvidas quanto à eficácia dessa abordagem,

recomendando o uso do preservativo como a forma “mais segura” de prevenção. Essa oscilação no discurso revela não apenas uma compreensão parcial da estratégia I=I, mas também a coexistência de paradigmas biomédicos com valores normativos que persistem no cotidiano do cuidado. A postura ambígua do profissional evidencia a necessidade de investimento contínuo em formação técnica e educação permanente para os trabalhadores da saúde, a fim de garantir a difusão de informações precisas e atualizadas, fundamentais para o enfrentamento do estigma e para a promoção da autonomia dos usuários dos serviços.

21/08/23 – Visita ao SAT Partenon

Compareci ao serviço para entrevistar um usuário previamente agendado pelo vinculador. Aproveitei a ocasião para realizar buscas no sistema a fim de identificar outros usuários com previsão de retorno para coleta e/ou consulta nos próximos dias.

A entrevista foi realizada com um homem gay, branco, com mais de 40 anos, vivendo com HIV há três anos. Seu relato foi fortemente marcado pelo medo do estigma familiar, especialmente por considerar sua família conservadora em relação à sexualidade e ao HIV. Atualmente, reside com seu companheiro em Porto Alegre, cidade para a qual se mudou justamente com o objetivo de viver sua sexualidade com maior liberdade, distante do ambiente repressivo de origem. Revelar sua sorologia à família, segundo ele, seria equivalente a “sair do armário pela segunda vez”, um processo para o qual não se sentia preparado naquele momento.

O entrevistado já havia tido um relacionamento anterior com uma pessoa vivendo com HIV, mas, à época da entrevista, estava em um relacionamento sorodiferente. Assim que recebeu o diagnóstico, buscou informações de forma proativa e demonstrou grande ansiedade para iniciar o tratamento antirretroviral e alcançar a condição de indetectabilidade. Relatou não utilizar preservativos nas relações sexuais com o parceiro fixo, mas adota o uso em relações extraconjugais, uma vez que vivem um relacionamento aberto.

Para este participante, estar indetectável aparece não apenas como um marcador de saúde pessoal, mas também como uma forma de cuidado com o outro, especialmente no contexto das relações afetivo-sexuais. Seu entendimento da intransmissibilidade está articulado a uma perspectiva ética do cuidado, na qual o conhecimento sobre I=I funciona como base para práticas mais conscientes, responsáveis e menos atravessadas pelo medo da transmissão.

Permaneci no local até o período da tarde, pois havia identificado um usuário com consulta marcada, que infelizmente faltou. Durante o intervalo, fui convidado por uma profissional para almoçar no refeitório do hospital, o que me proporcionou uma experiência nostálgica semelhante à vivida nos tempos da graduação em Filosofia, em Sergipe. A refeição foi simples, porém saborosa: salada verde, arroz, feijão, purê de batata, peixe empanado e tangerina de sobremesa. Recebi apoio e esclarecimentos de profissionais da recepção, além de uma vinculadora e uma dentista.

Nome:	Jeneson Tavares da Cruz
Programa de Pós-graduação	Saúde Coletiva
País de destino	Canadá
Supervisor estrangeiro	Rodney Knight
Período	outubro/2023 até julho/2024
Instituição de destino	<i>Université de Montréal</i>

Relato de atividades no doutorado sanduíche

Particpei da seleção do Edital para o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior – PDSE 2023, onde havia apenas 1 bolsa destinada para o Doutorado em Saúde Coletiva através da UNISINOS, sendo aprovado para realização do programa na *Université de Montréal*, Canadá, por dez meses. Fui acompanhado e orientado pelo professor Dr. Robert Knight da *École de Santé Publique* da mesma instituição, sob a seguinte proposta de pesquisa:

A realização do intercâmbio acadêmico na *Université de Montréal*, por meio do *Département de médecine sociale et préventive* da *École de Santé Publique*, representou uma oportunidade significativa de qualificação na minha trajetória de pesquisa. A *École de Santé Publique* da *Université de Montréal* (ESPUM) foi a primeira escola na América do Norte a ter a aprovação do *Council on Education for Public Health*. Na ESPUM, existem três departamentos: gestão, avaliação e políticas de saúde; medicina social e preventiva; e saneamento básico e saúde do trabalho.

O programa garante uma boa taxa de inserção no mercado de trabalho e responde a uma motivação essencial para a maioria dos estudantes, isto é, a vontade de fazer a diferença no mundo. Além disso, o time qualificado de professores juntamente com as ferramentas oferecidas pela UdeM contribui para que os estudantes desenvolvam suas pesquisas obtendo os melhores resultados possíveis que podem ser levados de volta para o Brasil e aplicados aqui.

O Prof. Dr. Rodney Knight é um cientista pesquisador e professor adjunto da *Université de Montréal* que atua no Departamento de medicina social e preventiva da *École de Santé Publique*. Ele conduz vários projetos e publicações de relevância nos temas de saúde sexual de jovens, homens que fazem sexo com homens, e HIV/Aids, o que fez com que almejássemos a sua contribuição para nossos estudos e ampliação da conexão com a Escola de Saúde da UNISINOS.

Durante o período do doutorado sanduíche, tive a chance de trocar experiências com uma equipe de reconhecido prestígio internacional, o que contribuiu diretamente para o fortalecimento da colaboração entre pesquisadores e para o aprimoramento da qualidade teórico-metodológica da tese. As atividades desenvolvidas possibilitaram a sofisticação das análises dos dados coletados no Brasil e impulsionaram a produção de artigos científicos, posteriormente submetidos a revistas acadêmicas.

A imersão nesse ambiente acadêmico permitiu também um aprofundamento dos meus conhecimentos sobre HIV/aids sob a perspectiva da saúde pública, área na qual a instituição canadense tem ampla expertise e produção consolidada. Além disso, essa experiência contribuiu para o

fortalecimento da linha de pesquisa na minha instituição de origem, favorecendo o estabelecimento de parcerias para futuros projetos e ampliando o potencial de contribuição da UNISINOS no cenário internacional da pesquisa científica.

Durante o período de intercâmbio, participei de diversas atividades propostas pelo Prof. Dr. Rod Knight, incluindo reuniões de equipe, discussões de projetos, seminários e eventos acadêmicos. Também tive contato com a equipe coordenada pelo mesmo pesquisador na *University of British Columbia*, o que expandiu as possibilidades de cooperação científica e construção de redes de pesquisa e ensino entre instituições. Essas conexões acadêmicas fortaleceram significativamente o intercâmbio de conhecimentos e abriram caminhos para colaborações futuras entre os grupos envolvidos.

Como fruto dessa experiência, foi possível concluir um dos artigos que compõem a tese, além de esboçar um segundo manuscrito, cuja finalização ocorreu após o retorno ao Brasil, ambos desenvolvidos em coautoria com o Prof. Dr. Rod Knight. A inserção no grupo de pesquisa da Université de Montréal também possibilitou o envolvimento em outras iniciativas acadêmicas conjuntas, como minha participação no maior evento científico sobre HIV/aids no Canadá — a Canadian Association for HIV Research (CAHR 2024) —, as quais reforçaram a internacionalização da pesquisa e contribuíram para a consolidação de redes interinstitucionais voltadas à produção científica em HIV/aids.

Ao final do programa, retorno ao Brasil em julho de 2024 trazendo não apenas malas com roupas e dados de pesquisa analisados, mas também uma bagagem imensurável de vivências. Estar imerso em uma cultura diferente me permitiu experimentar e compartilhar a rotina acadêmica como pesquisador de maneira que dificilmente seria possível no contexto do doutorado no Brasil.

O objetivo principal do trabalho realizado em conjunto foi a análise e interpretação dos dados coletados no Brasil, resultando na submissão de um artigo científico para avaliação por pares e no início da redação de um segundo manuscrito. Paralelamente, por meio das interações com o Prof. Rod (como prefere ser chamado) e com outros membros de sua equipe, bem como pela participação em atividades formativas, como webinars, buscou-se alcançar um

objetivo secundário: a ampliação de conhecimentos, habilidades e experiências em pesquisa em saúde pública, com foco no tratamento e prevenção do HIV/aids. Assim, o intercâmbio teve como propósito promover o enriquecimento acadêmico, o contato com diferentes ambientes e culturas de pesquisa internacionais, além do aprimoramento técnico e metodológico.

Particpei de seminários, eventos científicos e atividades formativas ao longo do meu estágio de doutorado sanduíche. A seguir, apresento a descrição das principais atividades acadêmicas e de formação das quais tomei parte:

Participação em seminários:

- *Publishing Qualitative Research on Substance Use* – promovido pela *Drug Policy Alliance* (Departamento de Pesquisa e Engajamento Acadêmico), 28 de novembro de 2023;
- *HIV and Syphilis in the Prairies: Intersecting Epidemics* – organizado pela CATIE (*Canada's source for HIV and hepatitis C information*), 29 de janeiro de 2024;
- *Syphilis in Canada: Where We Are, How We Got Here and What We Can Do About It* – promovido pela CATIE, 20 de novembro de 2023;
- *Doxy-PEP and Doxy-PrEP: Pills to Prevent Syphilis* – promovido pela CATIE, 22 de fevereiro de 2024;
- *Troubling the Taken-for-Granted: Gender and Sex in Health Research* – realizado pelo CGSHE (*Centre for Gender and Sexual Health Equity*), 15 de novembro de 2023;
- *Trainee Research Symposium* – promovido pelo CGSHE, 26 de março de 2024.

Participação em congresso internacional (com financiamento da equipe de pesquisa do Prof. Rod):

- *Canadian Association for HIV Research – CAHR 2024*, realizado em London, Ontário, Canadá, de 25 a 28 de abril de 2024.

Apresentação oral em congresso:

- CRUZ, J. T. da; GONÇALVES, T. R.; IKEDA, M. L.; KNIGHT, R. (2024). *Meanings and (Mis)Understandings of the U=U message Among Gay and Bisexual Men Who Live With HIV: a qualitative study*. Canadian Association for HIV Research, abril de 2024.

Participação em minicursos e outras atividades formativas:

- *HIV Prevention (CAN0424)* – carga horária de 10 horas, promovido pela CATIE (*Canadian AIDS Treatment Information Exchange*);
- *Participation in Danya Fast's Master Class* – participação presencial em 14 de novembro de 2023;
- Participação regular nas reuniões da equipe de pesquisa coordenada pelo Prof. Rod.

Análise de dados e produção dos artigos da Tese

Por fim, trago os produtos finais de minha frutífera experiência do meu programa de doutorado sanduíche e do meu percurso de doutoramento como um todo. Durante o período do doutorado sanduíche tive a oportunidade de trabalhar com os dados que havia coletado no Brasil antes da viagem. Esses dados, generosamente compartilhados por pessoas que vivem com HIV e por profissionais de saúde atuantes em serviços especializados no cuidado do HIV/aids e de outras ISTs, fundamentaram o desenvolvimento de dois artigos que integram minha tese. Ambos os textos foram redigidos em inglês, sob a orientação do Prof. Rodney Knight e da Profa. Tonantzin Gonçalves, com contribuições adicionais da Profa. Maria Letícia, na medida do possível.

O **primeiro artigo** desenvolvido intitula-se *Meanings and Misunderstandings of the U Equals U Message Among Gay and Bisexual Men Living with HIV in Southern Brazil: A Narrative Inquiry Approach*. Neste artigo, o objetivo foi investigar os sentidos e significados do I=I na vida de homens gays e bissexuais que vivem com HIV em dois centros urbanos do sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com 11 participantes, entre maio e setembro de 2023. A análise seguiu a abordagem da investigação narrativa, com o intuito de explorar como esses sentidos e significados se expressam em suas trajetórias de vida. Este artigo foi submetido à revista *Ciência e Saúde Coletiva* em 06 de abril de 2025.

O **segundo artigo**, que corresponde à tese propriamente dita, tem como título *"Even though I'm/they're undetectable": The Flawed Construction of U=U Knowledge Between Gay/Bisexual Men Living with HIV and Healthcare Providers.* Ambos estão anexados nas próximas seções. Este estudo explorou como a mensagem I=I é (mal)compreendida e (mal)comunicada nos contextos de saúde, especialmente entre homens gays e bissexuais que vivem com HIV e profissionais de saúde de dois serviços especializados. Este artigo será submetido a uma revista científica na área da Saúde Coletiva ainda a ser escolhida.

Esta tese investiga o impacto da estratégia **Indetectável = Intransmissível (I=I)** na vida de homens gays e bissexuais vivendo com HIV e nas interações com profissionais de saúde em clínicas especializadas no sul do Brasil. O conceito de I=I, baseado em evidências científicas que demonstram que indivíduos com HIV e carga viral indetectável não transmitem o vírus, tem sido reconhecido por seu papel na redução do estigma, na promoção da adesão ao tratamento e na melhoria dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nossa pesquisa iniciou com o objetivo de compreender os efeitos do conceito **Indetectável = Intransmissível (I=I)** sobre homens que fazem sexo com homens, partindo da premissa de que, estando indetectáveis, esses indivíduos seriam também intransmissíveis. No entanto, ao longo do estudo, constatamos um cenário mais complexo, no qual o conceito I=I foi entendido de maneiras distintas. Por um lado, foi visto como um marcador de saúde, associado à normalidade e à possibilidade de relações livres de estigma; por outro, surgiram narrativas que enfatizavam a responsabilidade pessoal e o risco constante de transmissão, mesmo entre aqueles que sabiam estar indetectáveis. Além disso, observamos que tanto usuários quanto profissionais de saúde apresentavam conhecimentos discrepantes sobre o conceito, com uma comunicação fragmentada e desalinhada, especialmente em ambientes especializados no cuidado às infecções sexualmente transmissíveis. A pesquisa revelou que a compreensão do I=I nos contextos de saúde permanece insuficiente e mal comunicada, gerando incertezas que comprometem a qualidade do cuidado prestado. Ao final, o que se esperava ser um consenso sobre o I=I revelou-se, na prática, um dissenso profundo, com um cenário de percepções conflitantes, que, em alguns casos, se traduz em uma realidade em que o I≠I.

Primeiro artigo

Meanings and (Mis)Understandings of the U=U
message Among Gay and Bisexual Men Living with
HIV in Southern Brazil: A Narrative Inquiry Approach

Meanings and (Mis)Understandings of U=U Among Gay and Bisexual Men Living with HIV in Southern Brazil: A Narrative Inquiry Approach

ABSTRACT: Undetectable=Untransmittable (U=U) is a public health strategy based on scientific evidence that prevents onward transmission of HIV. In 2019, Brazil's Ministry of Health released a public statement acknowledging U=U's impact on a range of outcomes, including HIV-related stigma, sexual and reproductive rights, linkage to health services, treatment adherence, and HIV testing. The objective of the current study is to investigate the meanings and understandings of U=U on the lives of gay and bisexual men living with HIV (GBMLH) in two urban centers in southern Brazil. We conducted in-depth, semi-structured interviews with 11 participants between May and September 2023. A narrative inquiry was conducted to explore the meanings and understandings of U=U in their lives. Our study identified two dominant narratives concerning U=U: 1) *Undetectable – a marker of health*, a narrative highlighting how undetectability is understood as being a marker of good health and well-being, and 2) *Untransmittable - working in the shadows*, a narrative featuring misunderstandings regarding the extent to which HIV can be untransmissible when one is undetectable. The study exposes how understandings of undetectability does not consistently equate to understandings of untransmissibility. To fully leverage the potential of messaging in combating HIV-related stigma, our research highlights the necessity of refining U=U communication, possibly by translating it to U=0 to underscore its zero-risk message.

Keywords: HIV, 'U=U message', 'good health and well-being', 'untransmittable', 'gay and bisexual men'

Introduction

"Undetectable Equals Untransmittable" (U=U) is firmly established in the scientific literature as being effective[11,13–15,17,21–23]. In the early 2000s, emerging evidence suggested that viral load (VL) suppression with antiretroviral therapy (ART) could also prevent onward transmission of HIV[23]. In 2011, a randomized controlled trial (HPTN-052) demonstrated that ART prevented sexual transmission of the virus among people living with HIV/AIDS (PLWHA) who were virologically suppressed[11]. Since then, a number of other large-scale clinical trials, including PARTNER[15], Opposites Attract[13], and PARTNER II[17], have concluded that risk of sexual transmission of HIV is zero when viral load is undetectable. Collectively, these studies found no transmission in over 126,000 condomless sexual encounters among serodiscordant couples. More recently, results from a systematic review confirmed that there is zero risk of HIV transmission when individuals have an undetectable viral load (≤ 200 copies/mL) and negligible or near-zero risk when the viral load is suppressed (≤ 1000 copies/mL)[21]. As such, U=U is endorsed by the World Health Organization (WHO), the United States (US) Centre for Disease Control (CDC), and over 1000 organizations in over 100 countries as a key public health message for HIV prevention and stigma reduction efforts[21,24].

In Brazil, national surveillance systems have identified more than one million cases of AIDS from 1980 to June 2023[25]. From 2007 to June 2023, almost half a million cases of HIV were reported, with approximately 43,000 new diagnoses reported in 2022 alone[25]. Since 1996, Brazil has provided free treatment to everyone living with HIV/AIDS through the Sistema Único de Saúde (SUS), the country's publicly funded health care system, which covers doctor appointments, exams, and ART[26]. In 2019, the Brazilian Ministry of Health endorsed the concept of U=U, including the acknowledgement that PLWHA who achieve and maintain an undetectable viral load for at least six months do not sexually transmit the virus to others[1]. The statement emphasized that acknowledging U=U can transform the lives of PLWHA by addressing HIV-related stigma and improving the conditions for their sexual and reproductive rights.

A growing body of evidence now supports that knowledge about U=U can improve both HIV-related social and health outcomes[24,27–29]. For example, previous research has shown that knowing the role of ART in preventing HIV transmission is associated with increased rates of HIV testing uptake and reduces HIV stigma[24]. For PLWHA, awareness of ART's role in preventing HIV transmission is linked to higher rates of ART adherence and care engagement[30]. Additionally, a survey of 30,361 sexual minority men living with HIV in the US found that U=U can have significant implications for personal and social life beyond the health benefits of viral suppression[31]. For instance, being aware of U=U is associated with reductions in HIV-related shame and stigma, including stigma related to sexual health, health-seeking behavior, and within romantic and/or sexual relationships[32,33]. Qualitative research from Singapore has also described how gay, bisexual, and other men who have sex with men living with HIV associate undetectability with a sense of accomplishment, perceiving themselves as having achieved optimal health and as being able to have equal romantic and sexual relationships as any other person not living with HIV[32].

Few studies have examined how U=U impacts the lives of PLWHA in Brazil, including the meanings and understandings of U=U after the country officially acknowledged the messaging and strategy in 2019[7,34,35]. One study documented how certain population sub-groups, including PLWHA, HIV-negative gay, bisexual, and other men who have sex with men (GBM), as well as HIV-negative populations, frequently have inaccurate understandings of the U=U strategy[7]. Another study concluded that promoting accurate knowledge of U=U is urgently needed to optimize the individual- and population-level prevention benefits of this approach[34]. Far less is known about the understandings that PLWHA in Brazil have of U=U. This gap is particularly salient among gay and bisexual men who are disproportionately affected by HIV and stigmatized due to their sexual behavior and identities[35]. Therefore, the objective of the current study is to assess the meanings and understandings of U=U among GBMLH who are undetectable in two metropolitan areas in southern Brazil.

Methods

Study design and setting

This qualitative study uses narrative inquiry methods to analyze the meanings and understandings of U=U that have been constructed and relied upon among undetectable GBMLH. Narrative inquiry focuses on understanding the stories participants tell about their experiences and how they make sense of their lives[36]. The data consists of in-depth, semi-structured interviews conducted in Porto Alegre, Brazil, and Viamão, a city in the metropolitan area of Porto Alegre. According to the Brazilian Epidemiological Report on HIV/AIDS, these cities rank first and 23rd respectively among Brazil's 100 municipalities experiencing the highest rates of HIV/AIDS and HIV-related mortality in the last five years[25]. This study was conducted in accordance with the ethical standards set forth by of the Brazilian National Health Council[37,38] and received approval from the Ethics and Research Committees of the Universidade Federal do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS) and the Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde do Rio Grande do Sul (CEPS-ESP/RS) prior to its initiation. Informed consent to participate was obtained in person and signed by the participants before the interviews began. As part of the consent, they were also informed of the authors' intention to publish the results of the study.

Data collection and procedures

From March to September 2023, using a convenience sampling approach, we recruited participants from two sexual health clinics that provide care for PLWHA. Our research relationship with the two clinics was established through a combination of networking efforts and formal communication channels. These clinics have hosted HIV/AIDS research in partnership with the university of the lead author and their supervisor. To recruit participants, clinicians at the venues provided referrals to service users who they believed met the eligibility criteria. Prospective participants were then connected to the lead author for further screening and recruitment procedures. A clinic staff member and the lead author also queried the appointment database to identify those who met the

eligibility criteria and had upcoming appointments within the next four months. The study's inclusion criteria required participants to be over 18 years old, identify as men who have sex with men, and be living with HIV while maintaining an undetectable viral load.

A total of 28 potentially eligible participants were identified. Of these, 15 missed their clinical appointments, and 13 were invited to participate, with 11 ultimately agreeing to enroll. The study's sample size was thus limited to 11 participants due to logistical constraints and ethical approval timelines. Ethical approval was granted in March 2023, restricting the timeframe for conducting interviews. Additionally, the primary author, responsible for all interviews, traveled to Canada in October 2023 for a research training program at the Université de Montréal, which lasted until July 2024. This training was essential for the author's doctoral studies in Brazil. Consequently, the combination of delayed ethical approval and academic travel constrained the number of interviews to 11.

Before the interviews began, participants provided a signed informed consent. The interviewer collected data on key sociodemographic variables including age, ethno-racial identity, sexual orientation, types of relationships, occupational and educational status, and the number of years since their HIV diagnosis. A semi-structured interview guide was developed by the lead author along with their supervisor and included three main topics: 1) the experience of learning about one's diagnosis; 2) perceptions of transmission risk and managing relationships; and 3) knowledge, meanings, and understandings of U=U. The interviews were conducted in a conversational manner, using questions, probes, prompts, and loops to guide the discussion and elicit in-depth details about the main topics. Interviews lasted an average of 40 minutes. Interviews were audio-recorded, transcribed, and reviewed for accuracy.

Analysis

Interview transcripts were uploaded to NVivo10 for data management and analysis. Throughout the analysis process, the authors held frequent meetings and discussions in which each had the opportunity to adjust, revise, and comment on emerging themes. Coding involved reading the transcripts and listening to the recordings, making sense of the data, and generating notes and ideas[39]. This included both inductive and deductive

approaches in which we engaged in data- and theory-driven coding[40]. Similar or closely related codes were combined to search for conceptually related themes. The codes deemed most relevant to the research question were organized into themes and sub-themes. The primary themes we identified were: 1) *Undetectable – a marker of health*, and 2) *Untransmittable - standing in the shadows*. Quotes from the transcripts were then selected to illustrate key examples from each of these themes.

Results

A total of 11 participants were interviewed, with their sociodemographic characteristics presented in Table 1. To protect their privacy and anonymity, quotations are identified using researcher-assigned pseudonyms.

Table 1 – Sociodemographic characteristics of the study participants

Sociodemographic characteristics	N (11)
Age	
18-29	4
30-49	5
50+	2
Ethno-racial identity	
Black	2
Brown	2
Indigenous	1
White	6
Sexual orientation	
Bisexual	2
Gay	9
Other	0
Types of relationships	
Casual contacts	5
Intimate contacts	4
Both	1
None	1
Number of years since HIV diagnosis	
≤ 2 years	1
3 to 9 years	5
10 to 19 years	2
≥ 20 years	3
Occupational/educational status	

Just work	6
Work and study	4
Just study	0
Retired	1

Undetectable – a marker of health

Within the undetectable narratives, the concept of undetectability emerged as equivalent to feeling healthy and experiencing overall well-being. This marker frequently featured as a turning point in participants' lives, evoking a sense of equivalence with individuals who are HIV-negative. As such, three sub-themes emerged within undetectable narratives: (i) *perception of a normal life*; (ii) *sense of living virus-free*; (iii) *and (re)engaging in relationships*.

Perception of a normal life

Within narratives establishing a connection between undetectable status and good health, participants underscored the sense of normalcy being undetectable brought into their lives. They expressed a sense of relief when comparing their current undetectable status to the moment of their diagnosis. Their narratives converge on the shared perception of normalcy in their lives.

Nowadays, being undetectable means leading a healthy, normal, normal life.
Even though I was really scared back then, I was really scared. (Miguel)

It was a victory to me [becoming undetectable] ... knowing that [living with HIV] is not a horrible thing ... for some people it is, but for us who live with the virus it's normal, it's to be able to live easily. (Antonio)

Sense of living virus-free

As our interviews progressed, a subset of participants conveyed how achieving an undetectable status made them feel that they were no longer living with HIV. Within these narratives, the attainment of 'normal' physical health featured a newfound peace of mind and calmness. For instance, Luiz stated that after becoming undetectable, he no longer felt like he had HIV. They even went as far as to suggest that their health was superior to

those who are HIV-negative. This narrative implies that adhering to ART is an act of self-care.

From then on [when they became undetectable], I was super calm, I took medical tests constantly and saw that I was fine... For me, it's as if I didn't have HIV. The only difference, actually... I believe that my health is better than many people who don't have HIV, because I take my medications and I take better care of myself. (Luiz)

During discussions about undetectability, another participant shared a story about how being undetectable affected their perception of health and the feeling of living virus-free. Although Marcos has been living with HIV for over 20 years and has been undetectable as far as they can remember, they described taking a rapid HIV test, believing the results would be negative (an incorrect assumption given that HIV tests look for antibodies or antigens produced by the body's immune response to the virus [41]) due to their self-perceived good health and undetectable status.

Once I was at a street carnival and they had HIV test vans, but I already knew everything [their HIV status]. I went there and then, and I was hoping that it wouldn't show up [...] after a while, like half an hour later or something like that, and then I was welcomed and had to open up. I said like, "No, I already know it [my serostatus]." But I didn't think it would show up in the exam. (Marcos)

(Re)Engage in relationships

Narratives of undetectability also underscored how participants were ready to (re)engage in sexual and/or romantic relationships with newfound confidence. Here, participants emphasized how they experienced more comfort in disclosing their serostatus to partners and pursuing relationships post-undetectability. Within these narratives, while participants felt 'normal' and somehow virus-free, some described how they pursued serodiscordant romantic and/or sexual relationships – something they described being unable to do prior to becoming undetectable.

It changed a lot [after becoming undetectable]. I even had serodiscordant relationships, with non-seropositive people, and back then I told them everything [my HIV serostatus]. (Daniel)

I have to take care of myself, so after I found out I had [an undetectable viral load], I got married again and stayed in a single relationship. (Jose)

Untransmittable – standing in the shadows

As our interviews continued, we asked about how participants understood the other side of the U=U equation: *untransmissibility*. Here, a different set of narratives emerged in which undetectability is highlighted, while understandings about untransmissibility remains obscured, unclear and, at times, absent. Within narratives of untransmissibility, two subthemes emerged: (i) *personal and social responsibility*; and (ii) *lack of trust*.

Personal and social responsibility

During discussions about untransmissibility, participants emphasized how their desire and need to care for both themselves and others were underpinned by notions of personal and social responsibility. Participants' narratives highlighted how being untransmissible is essential for their own well-being *and* for preventing the spread of the virus to others. This demonstrates a conscientious effort to prevent HIV transmission and protect the health and well-being of potential partners. Additionally, participants emphasized how they often found themselves in the role of educator in their care practices for those not living with HIV, including by recommending that their partners have discussions about HIV with their healthcare providers (HCP).

I don't pass it [HIV] on to anyone, I continue to take care of myself, I continue, let's say, to be a carrier of HIV. I won't stop being, but it's a care that I have to take, and it can't change anything in the exams. (Jose)

At the time I told him [my partner] everything, but I always made it clear that it was not a way of encouraging him to have condomless sex, and that he was free to find a doctor he trusted to talk about this subject. (Daniel)

As such, within untransmissibility narratives, a subset of participants reported engaging in more open communication about their HIV status with their partners. Participants emphasized how notions of honesty, transparency, communication, and responsibility were critically important within the context of disclosing both their HIV and undetectable status to their sexual and/or romantic partners. Living with HIV and being undetectable appear to be two characteristics that have a strong impact on the how participants identify themselves. The initiation of conversations about HIV risk and the potential for HIV transmission led to the emergence of narratives that downplayed the extent to which untransmissibility meant a zero-transmission risk due to their undetectable status. Instead, these narratives focused on the extent to which a remaining, albeit low, significant risk needed to be addressed within their discussions and practices.

I was honest, I talked to the partner, we were getting along very well and I told him that I am HIV positive and that I am undetectable and that it was up to him if he wanted to continue or not to continue, but that he would be safe and at the same time, if an episode or accident happened, he had the option of taking PrEP [they meant PEP]. (Carlos)

Lack of trust

As our interviews progressed, lack of trust regarding the untransmissibility of U=U, particularly with regards to whether achieving an undetectable status implied they could no longer transmit HIV, emerged as a dominant finding. Narratives featuring a lack of trust in the concept of non-transmissibility reflected the complex interplay between medical knowledge, uncertainty, and social perceptions regarding HIV, HIV risk, and being undetectable. For instance, Paulo recognized the persistence of doubt and skepticism regarding the meaning of untransmissibility.

[...] you know because we have this uncertainty of: "Oh, undetectable doesn't transmit". Everyone has it. Does it transmit, does it not? You know, there's still a doubt. (Paulo)

Antonio described how non-transmission of HIV when one's viral load is undetectable cannot be guaranteed. The participant stated that there is always a risk of transmission, even if it is extremely low, and that this risk needs to be addressed. Thus, he underscored the imperative of integrating additional HIV risk reduction strategies, such as condom use, to ensure the safety of both one's self and others.

I don't feel... I know that the person [those living with HIV] is non-transmissible [when undetectable], but I want to make the person [sex partners] safer too [by using condoms], and me safer too, right? Not letting the person, I don't know, run the risk of 0.5%, I don't know, of getting infected one day, it makes them feel more at ease. I feel good too. (Antonio)

Discussion

Our research delves into the meanings and understandings surrounding the U=U equation among GBMLH in southern Brazil. Our findings documented how each side of the U=U equation is understood differently. We identified two distinct narratives: 1) Undetectable - a marker of health, and 2) Untransmittable - standing in the shadows. The undetectable narrative emphasized how the concept of undetectability is linked to good health and well-being, which brings a sense of living a "normal" life, the perception of living virus-free, and the possibility of (re)engaging in sexual and/or romantic relationships. In contrast, narratives of untransmissibility emphasized personal and social responsibility, particularly regarding the perception of an underlying and omnipresent risk of HIV transmission, including when participants were aware that they were undetectable. Here, their narratives expressed a lack of confidence in the untransmissibility of U=U and emphasized the importance of engaging in supplemental HIV risk-reduction behavior (e.g., condom use) to mitigate the risk of HIV transmission.

Within narratives about undetectability, like findings from a previous study involving GBMLH[32,42], participants frequently associated undetectability with a health status comparable to individuals who are HIV-negative. Our findings suggest that achieving an undetectable status may introduce feelings of normalcy and freedom from the virus,

enabling them to partake in relationships without previous constraints. This new dimension elucidated how participants often equate undetectability to not living with the virus. As evidenced by our findings and corroborated by previous studies[14,24,31,43], achieving an undetectable status can represent a paradigmatic shift within their narratives, underscoring how they can live whilst less constrained by the virus. As such, similar to previous quantitative research findings, becoming undetectable was associated with personal benefits regarding how they feel about their HIV status[31]. Taken together, these findings support claims that U=U messaging and understandings can address HIV-related stigma among those living with HIV.

Yet, in narratives of untransmissibility, our research reveals how U=U tends to be understood and ‘taken up’ in oversimplified ways that disregard or downplay the impacts of the other side of the equation: being untransmissible. Consistent with other studies[44], our findings highlight how participants' narratives emphasize a persistent perception of transmissibility, even when they are aware that being undetectable means they cannot transmit HIV. This aligns with the significant scientific skepticism expressed by men in our study, who were reluctant to factor a partner's low viral load or undetectable status into their sexual decision-making and continued to fear knowingly engaging in sex with someone who is HIV-positive. Within these narratives, participants highlight the importance of personal responsibilities and communal obligations. Other studies have investigated how individuals monitor and regulate their HIV-related behaviors, including in the context of treatment as prevention (TasP), as being implicated within what can be referred to as HIV citizenship[45]. An HIV citizenship is constructed when the ‘ideal’ individual living with HIV can both embody a return to “normalcy” while also continuing to emphasize the need for risk-reduction behavior, even when acknowledging there is no risk of transmission[46]. This concept can be helpful in exploring how individuals living with HIV manage their self-care and caregiving responsibilities in the U=U era. Our findings reveal how U=U narratives related to the concept of HIV citizenship can be dissonant at times, including as participants ‘take up’ identities of normalcy and ‘virus-free’ (i.e., narratives of undetectability) while simultaneously emphasizing the need to stack risk-reduction strategies to prevent HIV transmission, even in the context of being

untransmittable. For example, participants voiced apprehensions regarding the absolute certainty of untransmissibility and stressed the importance of employing multifaceted approaches such as condom use and Post-Exposure Prophylaxis (PEP). Narratives of untransmissibility raise questions about how understandings of U=U may be impacting HIV stigma, particularly among those living with HIV.

Our study sheds light on the fact that the U=U message is neither accurately understood nor trusted by our study participants. This raises the question of whether this message has been effectively disseminated or openly discussed in public health centers, as suggested by major health organizations such as the WHO[47]. U=U constitutes essential knowledge for all people living with and at risk of HIV. Without this broad dissemination, the message may only reach a limited audience comprised of those who already trust scientific evidence and happen to be living with HIV. For a public health message and strategy to be successful, it is imperative that it be public and transparent.

In conclusion, our findings reveal how the U=U message may be inaccurately understood and not trusted by gay and bisexual men living with HIV. To better leverage messaging in combating HIV-related stigma, it is imperative to enhance the clarity of the U=U message by emphasizing the absolute absence of transmission risk. We propose a translation to U=0 to succinctly convey that there is zero risk of transmission when the viral load is undetectable. Future research should delve into the communication strategies of U=U within the Brazilian healthcare system and assess the potential impact of introducing a simplified message like U=0 to the public.

Strengths and Limitations

This study has several strengths and limitations. Despite concerted efforts to ensure diversity within our sample, it is important to acknowledge that our sample does not fully represent all GBMLH's perspectives or experiences in southern Brazil. Social desirability bias may have also impacted participants' responses, particularly considering we discussed sensitive topics related to HIV transmission. Fifteen individuals who had

appointments scheduled failed to attend, potentially representing missed opportunities for participation and additional contributions to our research. Nevertheless, these study findings offer valuable insights into the perceptions, interpretations, and ramifications of the U=U concept in the lives of GBMLH.

Acknowledgements

We express our gratitude to all the participants who took part in this research and generously shared their time and life stories with us. Additionally, we extend our appreciation to the staff of both health facilities for their warm welcome and continued support throughout the research. We would also like to thank Mariana Guidoux for transcribing the interviews and Sophie McKenzie for proofreading. This study was partially funded by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001. We express our gratitude to this institution for awarding the main author scholarships for his doctoral studies in Brazil and as a visiting student at the Université de Montréal in Canada.

Disclosure Statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Contributors

J. T. Cruz contributed to the study concept and design, data analysis and interpretation, as well as drafting the manuscript. T. R. Gonçalves was involved in the essay design, writing, and review. M. L. I. Rodrigues contributed to the manuscript review. R. Knight participated in the essay design, writing, and review. All authors approved the final version of the manuscript.

REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância P e C das IST do H e das HV. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS [Internet]. Brasília ; 2019 [cited 2024 May 5]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf
2. DaMatta R. Relativizando: uma introdução a Antropologia Social. Rio de Janeiro: Rocco; 1987.
3. Minayo MC. O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9th ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
4. Flick U. An introduction to qualitative research [Internet]. 5th ed. Sage, editor. London; 2014. Available from: www.methodspace.com
5. Minayo MC de S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. Ciencia e Saude Coletiva. 2012 Mar;17(3):621–6.
6. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília ; 2022 Dec.
7. Silva LAV da, Duarte FM, Lima M. “Eu acho que a química entrou em reprovação”: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga viral indetectável. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro). 2020 Apr;(34):25–45.
8. Ayres M. I = I (Indetectável = Intransmissível): Novos sentidos da infecção para quem vive com HIV/AIDS , novos desafios para a resposta à epidemia. 2020;
9. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV viral load and transmissibility of HIV infection undetectable equals untransmittable. Vol. 321, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2019. p. 451–2.

10. da Silva LAV, Duarte FM, Lima M. Mathematical model for something that is not mathematical: Narratives of infectologists about undetectable viral load and hiv non-transmissibility. *Physis*. 2020;30(1):1–20.
11. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *New England Journal of Medicine*. 2016 Sep;375(9):830–9.
12. Lasry A, Sansom SL, Wolitski RJ, Green TA, Borkowf CB, Patel P, et al. HIV sexual transmission risk among serodiscordant couples: Assessing the effects of combining prevention strategies. *AIDS*. 2014 Jun 19;28(10):1521–9.
13. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV*. 2018 Aug;5(8):e438–47.
14. Center of Disease Control and Prevention. Evidence of HIV Treatment and Viral Suppression in Preventing the Sexual Transmission of HIVTransmission _ HIV Risk and Prevention _ HIV_AIDS _ CDC. 2018 [cited 2023 Nov 8]; Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/art/evidence-of-hiv-treatment.html#print>
15. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2016 Jul 12;316(2):171–81.
16. Rendina HJ, Cienfuegos-Szalay J, Talan A, Jones SS, Jimenez RH. Growing Acceptability of Undetectable = Untransmittable but Widespread Misunderstanding of Transmission Risk: Findings From a Very Large Sample of Sexual Minority Men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr (1988)*. 2020 Mar 1;83(3):215–22.
17. Rodger AJ, Cambiano V, Phillips AN, Bruun T, Raben D, Lundgren J, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final

- results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019 Jun 15;393(10189):2428–38.
18. De Freitas Carvalho MV, Dos Santos Silva AR, Taminato M, Bertolozzi MR, Fernandes H, Sakabe S, et al. Tuberculosis/HIV coinfection focused on care and quality of life. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2022;35.
 19. Boellstorff T. But Do Not Identify As Gay: A Proleptic Genealogy of the MSM Category. *Cultural Anthropology*. 2011;26(2):287–312.
 20. Clifford J. A experiência etnográfica_antropologia e literatura no séculoXX. Rio de Janeiro: UFRJ; 2011.
 21. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023 Aug 5;402(10400):464–71.
 22. Unids. INDETECTÁVEL = INTRANSMISSÍVEL SAÚDE PÚBLICA E SUPRESSÃO DA CARGA VIRAL DO HIV UNAIDS Nota Explicativa [Internet]. [cited 2024 May 5]. Available from: <https://unids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>
 23. Vernazza P, Bernard EJ. HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement--eight years later. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14246.
 24. Bor J, Fischer C, Modi M, Richman B, Kinker C, King R, et al. Changing Knowledge and Attitudes Towards HIV Treatment-as-Prevention and “Undetectable = Untransmittable”: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2021 Dec 1;25(12):4209–24.
 25. Brasil. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV e AIDS. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE HIV e Aids 2023 [Internet]. Brasília ; 2023 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>

26. Alves AM, dos Santos AC, Kumow A, Sato APS, de Santa Helena ET, Nemes MIB. Beyond access to medication: the role of SUS and the characteristics of HIV care in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2023;57.
27. Sauermilch D, Siegel K, Hoppe T, Roth G, Meunier É. Attitudes Toward HIV-Positive Status Disclosure Among U=U-Aware Sexual and Gender Minority Individuals in the USA: a Consensual Qualitative Research Approach. *Sexuality Research and Social Policy*. 2023;20(2).
28. Calabrese SK, Mayer KH, Marcus JL. Prioritising pleasure and correcting misinformation in the era of U=U. *Lancet HIV*. 2021 Mar 1;8(3):e175–80.
29. Gupta N, Gilleece Y, Orkin C. Implementing U=U in clinical practice: Results of a British HIV association members survey. *Sex Transm Infect*. 2021 Dec 1;97(8):619–20.
30. Okoli C, Van De Velde N, Richman B, Allan B, Castellanos E, Young B, et al. Undetectable equals untransmittable (U = U): Awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries. *Sex Transm Infect*. 2021 Feb 1;97(1):18–26.
31. Rendina HJ, Talan AJ, Cienfuegos-Szalay J, Carter JA, Shalhav O. Treatment is more than prevention: Perceived personal and social benefits of undetectable = Untransmittable messaging among sexual minority men living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2020 Oct 1;34(10):444–51.
32. Tan RKJ, Lim JM, Chan JKW. “Not a walking piece of meat with disease”: meanings of becoming undetectable among HIV-positive gay, bisexual and other men who have sex with men in the U = U era. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2020 Mar 3;32(3):325–9.
33. Calabrese SK, Mayer KH. Stigma impedes HIV prevention by stifling patient-provider communication about U = U. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25559/full>

34. Torres TS, Cox J, Marins LM, Rb Bezerra D, Veloso VG, Grinsztejn B, et al. A call to improve understanding of Undetectable equals Untransmittable (U = U) in Brazil: a web-based survey. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25630/full>
35. Ferreira RC, Torres TS, Marins LMS, Ceccato M das GB, Bezerra DRB, Luz PM. HIV knowledge and its correlation with the Undetectable = Untransmittable slogan in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2022;56.
36. Clandinin DJ, Caine V. Narrative Inquiry. In: *Reviewing Qualitative Research in the social sciences*. 1st ed. New York: Routledge; 2012. p. 166–79.
37. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília ; 2012 Jun [cited 2024 Jan 21]. Available from: <http://bit.ly/1mTMIS3>
38. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 [Internet]. Brasília ; 2016 Jun [cited 2024 Jan 21]. Available from: <http://bit.ly/1mTMIS3>
39. Skjott Linneberg M, Korsgaard S. Coding qualitative data: a synthesis guiding the novice. *Qualitative Research Journal*. 2019 Jun 4;19(3):259–70.
40. Fereday J, Adelaide N, Australia S, Eimear Muir-Cochrane A. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development [Internet]. 2006 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Types of HIV tests. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-testing/test-types.html>. 2022.
42. Barry Adam by, Hart T, Postnikoff J, Grace D, Chown SA, Kwag M, et al. BECOMING “UNDETECTABLE”: LONGITUDINAL NARRATIVES OF GAY MEN’S SEX LIVES AFTER A RECENT HIV DIAGNOSIS. Vol. 27, *AIDS Education and Prevention*. 2015.
43. Siegel K, Meunier É. Awareness and Perceived Effectiveness of HIV Treatment as Prevention Among Men Who Have Sex with Men in New York City. *AIDS Behav*. 2019 Jul 15;23(7):1974–83.

44. Grace D, Nath R, Parry R, Connell J, Wong J, Grennan T. '... if U equals U what does the second U mean?': sexual minority men's accounts of HIV undetectability and untransmittable scepticism. *Cult Health Sex*. 2020;1–17.
45. Young I, Davis M, Flowers P, McDaid LM. Navigating HIV citizenship: identities, risks and biological citizenship in the treatment as prevention era. *Health Risk Soc*. 2019 Feb 17;21(1–2):1–16.
46. Keogh P. Embodied, clinical and pharmaceutical uncertainty: people with HIV anticipate the feasibility of HIV treatment as prevention (TasP). *Crit Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2024 May 5];27(1):63–74. Available from: <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1187261>
47. World Health Organization (WHO). The Role of HIV Viral Suppression in Improving Individual Health and Reducing Transmission - Policy Brief [Internet]. Geneva; 2023 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>
48. Gram EG, Biering IE, Olsen O, Gram GJ. Evidence of zero-risk transmission of HIV in the era of antiretroviral therapy: A systematic review and meta-analyses. Vol. 239, *Public Health*. Elsevier B.V.; 2025. p. 149–55.
49. Lancet HIV T. U=U taking off in 2017. 2017; Available from: <http://programme.ias2017>.
50. Carneiro PB, Westmoreland DA, Patel V V., Grov C. Awareness and Acceptability of Undetectable = Untransmittable Among a U.S. National Sample of HIV-Negative Sexual and Gender Minorities. *AIDS Behav*. 2021 Feb 1;25(2):634–44.
51. Cingolani A, Tavelli A, Calvino G V., Maggiolo F, Girardi E, Cozzi-Lepri A, et al. Awareness and perception of accuracy of the Undetectable=Untransmittable message (U=U) in Italy: results from a survey among PLWHA, infectious-diseases physicians and people having unprotected sex. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2023;35(6):923–33.

52. Vega-Ramirez H, Torres TS, Guillen-Diaz C, Pimenta C, Diaz-Sosa D, Konda KA, et al. Awareness, knowledge, and attitudes related to HIV pre-exposure prophylaxis and other prevention strategies among physicians from Brazil and Mexico: cross-sectional web-based survey. *BMC Health Serv Res.* 2022 Dec 1;22(1).
53. Chinbunchorn T, Thaneerat N, Howell S, Sowapruux T, Phiphatkunarnon P, Lujintanon S, et al. Assessment of U=U understanding, PrEP awareness, HIV risk behaviours and factors associated with low HIV knowledge among users of Hornet, an online dating application for LGBTQ, in Thailand. *Sex Transm Infect.* 2023;99(1):21–9.
54. Ngure K, Ongolly F, Dolla A, Awour M, Mugwanya KK, Irungu E, et al. “I just believe there is a risk” understanding of undetectable equals untransmissible (U = U) among health providers and HIV-negative partners in serodiscordant relationships in Kenya. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25466/full>
55. Grace D, Stewart M, Blaque E, Ryu H, Anand P, Gaspar M, et al. Challenges to communicating the Undetectable equals Untransmittable (U=U) HIV prevention message: Healthcare provider perspectives. *PLoS One.* 2022 Jul 1;17(7 July).
56. Kayser R, Oliveira S, Ferreira RC, Coelho LE, Veloso VG, Grinsztejn B, et al. Knowledge of HIV transmission, prevention strategies and U = U among adult sexual and gender minorities in Brazil. *J Int AIDS Soc [Internet].* 2024;27:26220. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26220/full><https://doi.org/10.1002/jia2.26220>
57. Onoya D, Sineke T, King R, Mokhele I, Sharma S, Dukashe M, et al. Designing effective U = U communication strategies considering the needs of PLHIV, their partners, and healthcare worker constraints in South African clinics. *PLoS One.* 2023 Dec 1;18(12 December).

58. Lioi FM, Sousa LRM, Elias HC, Gerin L, Gir E, Reis RK. Treatment as prevention from the perspective of people living with HIV/AIDS. ACTA Paulista de Enfermagem. 2023;36.
59. Laverly SM. Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. 2003.
60. Ricoeur Paul, Thompson JB. Hermeneutics and the human sciences : essays on language, action, and interpretation. Cambridge University Press; 2016.
61. GADAMER HG. Truth and Method. 2nd ed. London: Continuum; 2004.
62. Clínico P, Diretrizes E. MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS MÓDULO I TRATAMENTO [Internet]. 2024. Available from: <https://www.gov.br/aids>
63. Katirayi L, Tchendjou P, Tchounga B, Mbunka M, Wicks M, Conserve DF. Changing attitudes towards HIV testing and treatment among three generations of men in Cameroon: a qualitative analysis using the Fogg Behavior Model. BMC Public Health. 2023 Dec 1;23(1).
64. Br B, Hill A, Amos N, Sh L, Bourne A. Gay, bisexual, and other men who have sex with men in five Asian countries report low awareness and use of Undetectable=Untransmittable (U=U): Results of the Asia Pacific MSM Internet Survey.
65. Bavinton BR, Hill AO, Amos N, Lim SH, Guadamuz T, Kaneko N, et al. Awareness of and use of Undetectable=Untransmittable (U=U) among gay, bisexual, and other men who have sex with men in five Asian countries: Results of the Asia Pacific MSM Internet Survey Acknowledgements. In 2022 [cited 2024 May 5]. Available from: https://programme.aids2022.org/PAGMaterial/PPT/1691_4299/Bavinton_APMIS_UequalsU_Poster_V1.pdf
66. Amorim Ouriques de Ataíde E, Alves de Andrade CA, de Aquino Freire D, da Silva Abrão FM. Men who have sex with men_ knowledge, empowerment for human

immunodeficiency virus pre-exposure prophylaxis. *Saúde Coletiva*. 2021;11(65):5916–25.

67. Kayser R, Oliveira S, Ferreira RC, Coelho LE, Veloso VG, Grinsztejn B, et al. Knowledge of HIV transmission, prevention strategies and U = U among adult sexual and gender minorities in Brazil. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2024;27:26220. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26220/full> | <https://doi.org/10.1002/jia2.26220>

Segundo artigo

"Even though I'm/they're undetectable": the flawed construction of U=U knowledge between gay/bisexual men living with HIV and healthcare providers

Jeneson Tavares da Cruz⁷, Rod Knight⁸, Tonantzin Ribeiro Gonçalves⁹

⁷ Department of Collective Health, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Porto Alegre, Brazil. ORCID 0000-0002-9351-2149. jenesontc@gmail.com

⁸ Department of Social and Preventive Medicine, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, Canada. ORCID 0000-0002-1464-1584. rodney.knight@umontreal.ca

⁹ Department of Psychology, Post-graduation Program in Psychology and Health, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brazil. ORCID 0000-0003-0249-3358. tonantzin@ufcspa.edu.br

"Even though I'm/they're undetectable": the flawed construction of U=U knowledge between gay/bisexual men living with HIV and healthcare providers

The Undetectable equals Untransmittable (U=U) campaign has emerged as a pivotal tool in reducing HIV-related stigma and promoting adherence to antiretroviral treatment (ART). This study explores how U=U is understood and communicated within healthcare settings, particularly between healthcare providers and gay/bisexual men living with HIV (GBMLH) in specialized clinics. Using qualitative interviews and a hermeneutic approach, two major themes were identified: knowledge discrepancies and conflicting perceptions. The study highlights critical issues in how U=U knowledge is constructed and disseminated, with fragmented and misaligned messaging between GBMLH and healthcare providers. It underscores the urgent need for clearer communication and validation of the 'untransmittable' concept to empower clients, enhance sexual autonomy, and combat stigma.

Keywords: U=U, stigma, healthcare settings, communication

Introduction

Scientific evidence unequivocally establishes that sustaining an undetectable viral load for a minimum of six months guarantees zero risk of HIV transmission, encapsulating the principle of Undetectable equals Untransmittable (U=U) [13,15,17,21,48]. The U=U campaign, first implemented by the Prevention Access Campaign in 2016, aims to diffuse these empirical findings into actionable public health messaging [49]. The aim of this campaign is to combat HIV-related stigma against people living with HIV (PLHIV), while

simultaneously boosting HIV testing rates and adherence to antiretroviral treatment (ART) [34,44]. Despite these significant investments to accomplish these aims, the U=U message continues to be affected by mistrust, uncertainty, and unawareness [30,50]. For example, according to findings from a U.S.-based cohort of HIV-negative sexual minorities in 2021, only 42.3% of participants who had heard of the U=U concept expressed confidence in the messaging, while 38% reported uncertainty regarding its effectiveness, and 20% indicated a lack of trust in its efficacy [50]. Similarly, a 2021 survey of 2389 PLHIV from across 25 countries found that approximately 55% were not aware of U=U [30].

Despite the wealth of U=U empirical evidence, studies have shown disparities in awareness and perceptions of accuracy regarding U=U between healthcare providers (HCP) and PLHIV [51,52]. This knowledge gap may stem from HCP being hesitant or resistant to educate clients about U=U [53], leading to a breakdown in communication between HCP and clients. This breakdown could be attributed to differing levels of understanding, disbelief, and concerns about potential changes in sexual risk behaviors. [28,33,54]. A 2022 Canadian study of HCP that aimed to understand U=U communication in healthcare settings identified four main challenges faced by providers: discomfort in communicating the zero-transmission-risk messaging, limited interest among service users in receiving sexual health education, skepticism and HIV-related stigma among their patients, and the need for culturally appropriate resources (e.g., materials tailored for non-English speakers and populations beyond gay/bisexual and other men who have sex with men (GBM)) [55]. A qualitative Brazilian study documented how some infectologists exercise “caution” when openly discussing U=U [10]. This cautious approach may arise from concerns about other sexually transmitted infections (STI), doubts regarding the consistent attainment of an undetectable viral load in PLHIV, or simply a lack of complete trust regarding the absence of transmission. Previous research in this field has been instrumental in revealing that a significant proportion of participants, comprising sexual minority men living with or without HIV, perceive undetectability as a hallmark of effective HIV treatment and a diminished risk of transmitting the virus sexually [44].

In 2019, the Brazilian Ministry of Health endorsed the U=U message, recognizing its profound impact on the lives of PLHIV [1]. This endorsement supports the assertion that U=U can help tackle HIV-related stigma, promote sexual and reproductive rights more broadly, and improve adherence to testing and treatment. Nevertheless, similar to findings from other international jurisdictions [16,43], research conducted in Brazil has revealed that even though there is a high level of awareness (80%) regarding the concept of U=U among key populations, including MSM and PLHIV, the levels of perceived accuracy and trust in U=U are approximately 50% or lower among HIV-negative individuals and those whose status is unknown [34,50,56]. These findings and data begin to paint a picture of how knowledge and perception levels of U=U are inequitably distributed across populations, highlighting the urgent need for targeted educational initiatives and discussions, particularly within healthcare settings [30,56].

There are still notable knowledge gaps regarding U=U. This includes the lack of universal recognition regarding the concept of zero risk associated with HIV transmission, as well as the presence of skepticism and enduring HIV stigma, both of which hinder effective communication about U=U within healthcare settings [33,35,55,57,58]. To respond to these knowledge gaps, this article aims to examine how U=U knowledge is constructed, interpreted, and negotiated between gay and bisexual men living with HIV (GBMLH) and healthcare providers.

Materials and Methods

Study design and participants

This qualitative study adopts a hermeneutic approach, grounded in the interpretive tradition, to explore how individuals make sense of their lived experiences within specific cultural, social, and historical contexts [59–61]. Rather than merely describing phenomena, this approach aims to uncover and interpret the deeper meanings embedded in participants' narratives, language, actions, and symbolic expressions. This investigation was conducted as part of a doctoral program in

Collective Health at the Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), with the lead author affiliated with the program. Ethical clearance was secured from the relevant Ethics and Research Committees, UNISINOS and CEPES-ESP/RS, prior to its commencement. The research was carried out at two specialized HIV/AIDS and other sexually transmitted infections (STI) clinics that collaborate with UNISINOS for research purposes.

The study included both healthcare providers and GBMLH, whose care was provided in the same clinics where the participating HCP practiced. Eligible participants included any HCP (e.g., physicians, nurses, social workers, psychologists, physiotherapists) affiliated with a multidisciplinary team at a specialized clinic offering treatment to PLHIV. Among healthcare users, eligibility criteria encompassed being 18 years of age or older, self-identified as GBM, living with HIV, and maintaining an undetectable viral load. Participants from both groups were selected using a purposive sampling approach, with the goal of capturing a broad spectrum of lived experiences and perspectives.

Data collection and procedures

Data collection included in-depth semi-structured interviews conducted between May and September 2023. Recruitment for the study was facilitated by convenience sampling. HCP were recruited after the lead author was introduced as a prospective researcher at staff meetings, with a request to refer potential healthcare clients who met the eligibility criteria. In addition, clinic staff and the lead author reviewed the appointment database to identify potential GBMLH participants who met the eligibility criteria and had scheduled appointments within the following six months, in accordance with clinical guidelines recommending that PLHIV who are virally suppressed

attend medical consultations approximately twice a year [62]. Eligible participants were then contacted by the lead author for recruitment.

Participants provided signed informed consent prior to the commencement of interviews. Participants were asked to provide key socio-demographic details, including age, ethno-racial identity, sexual orientation, and educational attainment. Two semi-structured interview guides were developed and tailored for both groups of participants (i.e., GBMLH and HCP). In Guide 1, for GBMLH, we explored the experience of receiving one's diagnosis, perceptions of transmission risk, strategies for managing relationships, knowledge, meanings, and understandings of U=U. In Guide 2, for HCP, we investigated perceptions regarding HIV treatment and prevention, users' understandings and awareness of U=U, and communication strategies and educational approaches for discussing U=U during consultations.

Interviews were conducted in a conversational style, employing a variety of techniques such as questions, probes, prompts, and loops to navigate the discussion and nuanced insights on the main topics. On average, each interview lasted approximately 1 hour. All interviews were audio-recorded and transcribed.

Analysis

Data were analyzed using a hermeneutic approach, emphasizing the interpretive process through which meaning is constructed and understood. The analysis followed an iterative and dialogical engagement with the data, grounded in the hermeneutic circle — moving between parts of the text and the whole to deepen understanding. Our interpretations were informed by both our pre-understandings and the evolving insights that emerged through repeated readings and reflexive discussions. The authors met regularly to engage in collaborative interpretation, challenging and

refining each other's understandings, and remaining attentive to context, language, and the situatedness of participants' perspectives. Through this interpretive process, we identified two central domains that illuminate how U=U knowledge is constructed, interpreted, and negotiated across participant groups: (i) *knowledge discrepancies* and (ii) *conflicting perception*. These thematic domains reflect the interpretive tensions and understandings shaped by participants' lived experiences, social positions, and interactions.

Results

This study involved 18 participants: 11 GBMLH and 7 HCP. Table 1 provides the socio-demographic characteristics of our sample. To protect participants' confidentiality, particularly among the limited number of HCP working in specialized HIV/AIDS and other STI clinics, pseudonyms were used. Thematic findings are illustrated with participant quotations, as shown in Table 2.

Table 1. Socio-demographic characteristics.

	Group 1 (n = 11)	Group 2 (n = 7)
Age		
18-29	4	1
30-49	5	3
≥ 50	2	3
Ethno-racial identity		
Black	2	1
Brown	2	0
Indigenous	1	0
White	6	6
Sexual orientation		
Bisexual	2	1
Gay	9	1
Straight	0	5
Education attainment		

Secondary and below	3	0
Pre-university	4	1
Degree	4	6

Knowledge discrepancies

Both groups recognized the Internet as a key source of information about U=U, particularly regarding HIV transmission and health outcomes. For GBMLH, the Internet provided a convenient, though sometimes unreliable, platform for discovering U=U. Some participants expressed skepticism about online information and preferred to discuss their questions during clinical consultations, highlighting a desire for confirmation from trusted medical sources. Healthcare providers acknowledged that patients often encounter U=U messaging online, and many noted that while the Internet sparks curiosity, it can also complicate efforts to discern credible sources.

However, beyond digital spaces, participants also cited other ways of learning about U=U. One GBMLH participant, for instance, revealed that despite living with HIV for over two decades, he had first encountered the concept of U=U during a student-led school presentation. This underscores how fragmented and delayed U=U messaging can be, leaving gaps in awareness even for those who have lived with HIV for years.

Notably, HCP discussed U=U only minimally in their interviews, despite all of them referencing the Internet as part of their own learning process about the concept. This observation prompted us to reflect on their role as caregivers: to what extent are HCP actively involved in constructing and transmitting U=U knowledge in clinical practice?

A significant discrepancy emerged when looking at the knowledge levels within the healthcare system. Providers reported higher awareness of U=U among MSM, largely due to peer-to-peer information sharing on social media or MSM's greater likelihood of raising the topic during consultations. Despite this, some HCP expressed hesitation about discussing U=U with patients, citing concerns about being contradicted by other providers or undermining their own credibility. This reveals a troubling lack of preparedness among some HCP, even within HIV-specialized settings. In fact, only two out of seven providers—both LGBTQIA+ doctors—actively advocated for U=U, raising questions about the consistency and depth of U=U knowledge in clinical practice. While our findings offered subtle insights into the complex understanding of U=U within healthcare settings, we were left questioning whether a misalignment in knowledge—and consequently, in the quality of care for GBMLH—exists.

Table 2. Summary of themes and illustrative quotes.

Themes	Illustrative quotes
Knowledge discrepancies	"I heard that at a school event, the final students commented on this... it [the virus] is no longer transmitted. But I didn't know... I was in doubt. I learned this at a teenage school event, and I didn't know... I found out at the school event and now you're confirming it. HIV [his diagnosis] for me was in 2000 or before." (Marcos, GBMLH) "I think they [patients] start by looking it [U=U] up online. It's just my opinion because I'm not researching this. And later they come to us with doubts [and information] that are fake." (Murilo, HCP) "Whatever question I had I asked in the consultations, because, you know, on the Internet each person says something and nobody knows anything, so I always prefer to ask questions during consultations." (Luiz, GBMLH) "I get the feeling that this information is more widely shared among MSM. I think that's because it's more likely to be shared through friends or social media. I'm sure there are many more HIV content creators, not necessarily doctors, who are men who have sex with men. And this information is always brought by them." (Renata, HCP) "Yeah, we also end up not going overboard, sometimes to avoid saying something that later they might say: 'Oh, but that provider said it like this.' And then it wasn't like that, or something like that." (Vera, HCP) "And my impression has to do with saying that U equals U—people might think that means they can just have sex however they want, right? Or that U=U, just like PrEP, could be seen as promoting sex without condoms, right? But it has nothing to do with that, right?"

When I say that U equals U, it's so people stop being afraid of having relationships, you know? And a large portion of our patients are afraid of transmission through non-sexual means, which don't exist—or are extremely unlikely, like through sharing objects, or hugs, kisses, etc., right? So reinforcing that is... I think it's super important, so people don't feel like they're walking vectors of disease, you know?" (Renata, HCP)

"I think it would be more appropriate for someone who has multiple partners to not stop taking care of themselves in terms of using condoms, for example, even though 'U=U,' because even if they are undetectable, then I don't know if it's just my assumption, my guess, my point is what if they have a relationship with an HIV-positive person who, at the moment, let's say, both don't disclose their HIV status to each other, okay, one is unaware of the other person's status and the other person is not undetectable, they would be exposing themselves to virology, right?" (Amanda, HCP)

Conflicting perception

"I feel more at ease using a condom. Even though I am untransmittable, I feel safer and I'm also making the other person feel safer." (Antonio, GBMLH)

"She [the doctor] said, 'You will continue with this medication for a good while, and you will see that things will improve, and you will lead a normal life. If tomorrow or the day after you need to engage with someone, you can talk, clarify... about the danger of transmission and risk. You can take care of that too, because being undetectable does not transmit,' she said. However, not everyone will believe that it doesn't transmit. Not everyone will believe in that. And it doesn't hurt to take care [use condoms] of oneself." (Paulo, GBMLH)

"Being undetectable, regardless of that, doesn't mean you can go out and have sex carelessly. It doesn't make you feel comfortable doing so. [...] No, it's not like that. Because this could trigger something else for me or I could harm [infect] another person... Even though I'm untransmittable. Of course, the chances of transmission are lower, but still, no. I have this concern for myself." (Miguel, GBMLH)

"...because many patients themselves, even when undetectable, remain hesitant, even knowing this information about Undetectable equals Untransmittable, they remain fearful of entering a new relationship, afraid of causing so much pain and suffering to another person, to someone similar to them and all of that, right?" (Cecilia, HCP)

"Yeah, they [GBMLH] heard and didn't believe it, or they were discredited by other providers, right? I have the impression that's true, especially because it's something relatively new, isn't it? We're talking about four years since there's an official statement [when the Brazilian Ministry of Health endorsed U=U] about it, right? And there are providers who say it's unlikely, right?" (Renata, HCP)

"Actually, I think they [doctors] don't bring up this issue much precisely to avoid encouraging people to end up having sex without a condom. It's an impression I have, like, doctors don't talk about this issue, 'oh, by undergoing treatment you can become undetectable,' because they might think 'oh, now that I'm undetectable and don't transmit, I'll have sex.'" (Daniel, GBMLH)

"And my impression has to do with saying that U=U, the person will decide how they want to have sex, right? Or that U=U, just like PrEP, right? It could be seen as an endorsement of condomless sex, right? But it has nothing to do with that, right? It's... When I say that U=U, it's for people to stop being afraid of engaging in relationships, isn't

it? [...] So, reinforcing this is... is... I think it's super important for people not to feel like a walking vector, right" (Renata, HCP)

"So, I think so. I think this information also helps the person overcome their own prejudices related to HIV, right? To show: Well, I can go on with my life dating and all, taking the medication, right?" (Cecilia, HCP)

Conflicting perception

The perception of being undetectable—and therefore untransmittable—varies among GBMLH participants. During interviews, phrases like 'even though I'm undetectable (or untransmittable)' were commonly heard when discussing sexual decision-making. This sentiment often accompanied continued condom use, as participants sought additional reassurance for themselves and their partners. Such behavior suggests that skepticism persists, even among individuals adhering to antiretroviral treatment.

Our observations among certain HCP revealed a high level of caution and uncertainty regarding transmission risks, even in the context of undetectable viral loads. Some providers expressed doubt or felt invalidated when it came to discussing ART adherence and U=U, with a few citing concerns about reinfection with different strains of HIV. These beliefs may compromise a full understanding of U=U and highlight the need for a more proactive, informed approach.

For those who expressed reservations within both groups, achieving an undetectable status did not ease concerns about transmission. Their fears were twofold: potentially transmitting HIV to others or exposing themselves to other sexually transmitted infections.

Some HCP shared the view that the U=U concept remains discredited among PLHIV. They observed continued reluctance and fear, rooted in the belief that they could still transmit the virus despite being undetectable. One provider further revealed that misinformation about U=U had sometimes been spread by other healthcare providers who were skeptical of its validity.

These findings provided nuanced insights into how conflicting perceptions or trust in U=U can influence the quality of care for PLHIV. One GBMLH participant suggested

that doctors might intentionally withhold information about U=U to discourage sexual activity. In contrast, some providers believed that informing patients about U=U empowers them to make informed decisions regarding their sexual health. They argued that this knowledge does not necessarily promote condomless sex, but rather affirms that PLHIV can lead fulfilling lives—including romantic and sexual relationships—which is vital in combating stigma. From our perspective, these narratives highlight a failure in knowledge and trust specifically around the 'U' for *untransmittable*, rather than the 'U' for *undetectable*.

Discussion

Our findings revealed two narratives in relation to the construction of U=U knowledge: *knowledge discrepancies* and *conflicting perception*. Within the *knowledge discrepancies* narrative, both GBMLH and HCP identified the Internet as a key source of U=U information, though skepticism about its reliability led some to prefer clinical validation. Despite widespread exposure, knowledge of U=U remains fragmented among both groups. The *knowledge discrepancies* narrative tended to problematize the uneven dissemination, understanding, and endorsement of U=U knowledge among HCP, particularly within specialized STI care settings, where our research occurred. In the *conflicting perception* narratives, U=U knowledge among HCPs appeared flawed, with some expressing uncertainty or avoiding discussions about U=U for fear of being contradicted by colleagues—highlighting a concerning lack of preparedness, even within specialized STI healthcare settings. In contrast, few providers actively advocate for U=U, and notably, those who do are members of the LGBTQIA+ community—suggesting that personal identity and lived experience may influence their approach to discussing and endorsing the concept. This raises critical concerns about discrepancies in knowledge and their implications for the consistency and, consequently, quality of care. From the perspective of risk perception, GBMLH participants often

voiced lingering doubts about untransmissibility, continuing condom use for added reassurance despite being undetectable. Parallel hesitations were echoed by HCP, who questioned transmission risks and cited fears of reinfection.

Similar to other studies [10,63], our findings underscore ongoing mistrust, misinformation, and cautious communication, suggesting that barriers to U=U uptake lie less in biomedical science and more in social, professional, and relational contexts—particularly around the meaning and credibility of "untransmittable" for the GBMLH [33]. Many participants in our study reported continued condom use, indicating persistent uncertainty or limited trust in the U=U principle—that sustained viral suppression prevents HIV transmission. This hesitancy suggests that biomedical knowledge alone may be insufficient to shift deeply rooted perceptions of risk, particularly in contexts shaped by longstanding stigma, moral discourses around sexuality, and inconsistent messaging from healthcare providers. These findings align with prior research indicating that the uptake of U=U is often hindered not by scientific ambiguity but by sociocultural and relational factors [24,28,33] (Calabrese, 2020; Newman & Persson, 2020). We do not dismiss the importance of condoms, particularly for STI prevention, but we recognize that in real-life contexts—marked by fluid desires, negotiations, and serodifferent relationships—condom use can become secondary, unreliable, or negotiable [10,44].

Overall, our study reveals that the concept of 'untransmittable' in the U=U framework remains insufficiently understood, poorly internalized, and ineffectively communicated within healthcare settings. Despite the robust scientific consensus supporting U=U[13,15,17,21,48,49,64,65], confusion, skepticism, and even mistrust persist—not only among GBMLH but also among certain HCP. These findings indicate that the interpretation and uptake

of U=U are part of an ongoing process of knowledge construction and negotiation, shaped by intersecting social, cultural, and institutional dynamics.

Findings from our study indicate that knowledge of U=U among GBMLH and their HCP remains fragmented and misaligned. This disconnect raises important concerns about how deficiencies in trust, communication, and the co-construction of knowledge may directly impact the quality of care provided. Existing literature underscores that awareness and understanding of HIV untransmissibility are critical not only for supporting adherence to ART, but also for increasing HIV testing uptake and mitigating stigma—outcomes that are particularly vital for marginalized populations such as GBMLHIV [35,66,67]. These findings suggest that integrating U=U knowledge into clinical interactions is not merely an informational task but a necessary component of equitable, person-centered HIV care.

The quality of care experienced by people living with HIV (PLHIV) is deeply intertwined with the extent to which healthcare providers are informed about and communicate the U=U (Undetectable = Untransmittable) message. While biomedical advances have made viral suppression achievable for many, the dissemination of this knowledge within clinical encounters remains inconsistent. Studies have shown that provider endorsement of U=U is associated with greater patient trust, improved antiretroviral therapy (ART) adherence, and reduced internalized stigma[1,16,31]. However, gaps in provider knowledge, discomfort discussing sexual health, and persistent stigmatizing attitudes contribute to the uneven communication of U=U, which in turn affects patients' understanding of their own health and transmission risks [11–17,21,67]. When providers fail to integrate U=U into care conversations, they inadvertently compromise not only the informational quality of care but also its relational and ethical dimensions. Therefore, promoting comprehensive, stigma-free care requires that U=U be treated not merely as a scientific

fact but as a core component of quality HIV care—one that affirms the dignity, autonomy, and rights of PLHIV. Improving provider training and institutional support for U=U messaging may serve as a key strategy for enhancing the overall quality of care.

Our study highlights a disconnect between biomedical certainty and socially situated understandings, indicating that the effectiveness of U=U depends not only on its scientific validity but also on the clarity, contextual relevance, and collaborative communication of its message. This requires inclusive, trust-based engagement between affected communities and HCP. Many GBMLH lack accurate information, and their HCP are often either unprepared or unwilling to effectively communicate it. Yet, understanding U=U is a powerful tool—it helps reduce stigma, encourages HIV testing, and supports adherence to ART [34,44]. This raises important questions about the degree to which HCP contribute to the communication and construction of U=U-related knowledge in clinical contexts. The narratives of our study participants reveal substantial knowledge gaps within the IST clinics where the research was conducted, prompting critical reflection on the possibility that similar—or potentially more pronounced—deficiencies may exist in broader primary care settings. These observations point to the importance of future studies focusing specifically on knowledge dissemination and provider preparedness in broader primary care contexts.

Conclusion

This study highlights critical issues in the construction and dissemination of U=U knowledge within healthcare settings, revealing significant flaws in how it is communicated. First, the U=U message appears fragmented, delayed, and misaligned between GBMLH and healthcare providers.

The lack of preparedness among HCP to discuss U=U, both in the interviews we conducted and in clinical settings with their clients, raises questions about their role in actively constructing and reinforcing this empowering knowledge — a tool that could support clients in leading fulfilling, stigma-free lives. Furthermore, U=U continues to be discredited by some HCP and PLHIV, undermining client autonomy in sexual decision-making and efforts to combat stigma. These discrepancies in knowledge and conflicting perceptions underscore the urgent need for the concept of 'untransmittable'—when one is undetectable—to be clearly communicated and validated in every healthcare consultation.

Acknowledgements

We express our gratitude to all the participants who took part in this research and generously shared their time and life stories with us. Additionally, we extend our appreciation to the staff of both health facilities for their warm welcome and continued support throughout the research. We would also like to thank Mariana Guidoux for transcribing the interviews. This study was partially funded by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001. We express our gratitude to this institution for awarding the main author scholarships for his doctoral studies in Brazil and as a visiting student at the Université de Montréal in Canada.

Declaration of interest statement

The authors reported no potential conflicts of interest.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância P e C das IST do H e das HV. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS [Internet]. Brasília ; 2019 [cited 2024 May 5]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf
2. DaMatta R. Relativizando: uma introdução a Antropologia Social. Rio de Janeiro: Rocco; 1987.
3. Minayo MC. O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9th ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
4. Flick U. An introduction to qualitative research [Internet]. 5th ed. Sage, editor. London; 2014. Available from: www.methodspace.com
5. Minayo MC de S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. Ciencia e Saude Coletiva. 2012 Mar;17(3):621–6.
6. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília ; 2022 Dec.
7. Silva LAV da, Duarte FM, Lima M. “Eu acho que a química entrou em reprovação”: Relações afetivo-sexuais de homens jovens vivendo com HIV/aids e com carga

- viral indetectável. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro). 2020 Apr;(34):25–45.
8. Ayres M. I = I (Indetectável = Intransmissível): Novos sentidos da infecção para quem vive com HIV/AIDS , novos desafios para a resposta à epidemia. 2020;
 9. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV viral load and transmissibility of HIV infection undetectable equals untransmittable. Vol. 321, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2019. p. 451–2.
 10. da Silva LAV, Duarte FM, Lima M. Mathematical model for something that is not mathematical: Narratives of infectologists about undetectable viral load and hiv non-transmissibility. *Physis*. 2020;30(1):1–20.
 11. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *New England Journal of Medicine*. 2016 Sep;375(9):830–9.
 12. Lasry A, Sansom SL, Wolitski RJ, Green TA, Borkowf CB, Patel P, et al. HIV sexual transmission risk among serodiscordant couples: Assessing the effects of combining prevention strategies. *AIDS*. 2014 Jun 19;28(10):1521–9.
 13. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV*. 2018 Aug;5(8):e438–47.
 14. Center of Disease Control and Prevention. Evidence of HIV Treatment and Viral Suppression in Preventing the Sexual Transmission of HIVTransmission _ HIV Risk and Prevention _ HIV_AIDS _ CDC. 2018 [cited 2023 Nov 8]; Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/art/evidence-of-hiv-treatment.html#print>
 15. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2016 Jul 12;316(2):171–81.

16. Rendina HJ, Cienfuegos-Szalay J, Talan A, Jones SS, Jimenez RH. Growing Acceptability of Undetectable = Untransmittable but Widespread Misunderstanding of Transmission Risk: Findings From a Very Large Sample of Sexual Minority Men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1988). 2020 Mar 1;83(3):215–22.
17. Rodger AJ, Cambiano V, Phillips AN, Bruun T, Raben D, Lundgren J, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019 Jun 15;393(10189):2428–38.
18. De Freitas Carvalho MV, Dos Santos Silva AR, Taminato M, Bertolozzi MR, Fernandes H, Sakabe S, et al. Tuberculosis/HIV coinfection focused on care and quality of life. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2022;35.
19. Boellstorff T. But Do Not Identify As Gay: A Proleptic Genealogy of the MSM Category. *Cultural Anthropology*. 2011;26(2):287–312.
20. Clifford J. A experiência etnográfica_antropologia e literatura no séculoXX. Rio de Janeiro: UFRJ; 2011.
21. Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023 Aug 5;402(10400):464–71.
22. Un aids. INDETECTÁVEL = INTRANSMISSÍVEL SAÚDE PÚBLICA E SUPRESSÃO DA CARGA VIRAL DO HIV UNAIDS Nota Explicativa [Internet]. [cited 2024 May 5]. Available from: <https://un aids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>
23. Vernazza P, Bernard EJ. HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement--eight years later. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14246.

24. Bor J, Fischer C, Modi M, Richman B, Kinker C, King R, et al. Changing Knowledge and Attitudes Towards HIV Treatment-as-Prevention and “Undetectable = Untransmittable”: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2021 Dec 1;25(12):4209–24.
25. Brasil. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - HIV e AIDS. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE HIV e Aids 2023 [Internet]. Brasília ; 2023 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>
26. Alves AM, dos Santos AC, Kumow A, Sato APS, de Santa Helena ET, Nemes MIB. Beyond access to medication: the role of SUS and the characteristics of HIV care in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2023;57.
27. Sauermilch D, Siegel K, Hoppe T, Roth G, Meunier É. Attitudes Toward HIV-Positive Status Disclosure Among U=U-Aware Sexual and Gender Minority Individuals in the USA: a Consensual Qualitative Research Approach. *Sexuality Research and Social Policy.* 2023;20(2).
28. Calabrese SK, Mayer KH, Marcus JL. Prioritising pleasure and correcting misinformation in the era of U=U. *Lancet HIV.* 2021 Mar 1;8(3):e175–80.
29. Gupta N, Gilleece Y, Orkin C. Implementing U=U in clinical practice: Results of a British HIV association members survey. *Sex Transm Infect.* 2021 Dec 1;97(8):619–20.
30. Okoli C, Van De Velde N, Richman B, Allan B, Castellanos E, Young B, et al. Undetectable equals untransmittable (U = U): Awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries. *Sex Transm Infect.* 2021 Feb 1;97(1):18–26.
31. Rendina HJ, Talan AJ, Cienfuegos-Szalay J, Carter JA, Shalhav O. Treatment is more than prevention: Perceived personal and social benefits of undetectable = Untransmittable messaging among sexual minority men living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2020 Oct 1;34(10):444–51.

32. Tan RKJ, Lim JM, Chan JKW. “Not a walking piece of meat with disease”: meanings of becoming undetectable among HIV-positive gay, bisexual and other men who have sex with men in the U = U era. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2020 Mar 3;32(3):325–9.
33. Calabrese SK, Mayer KH. Stigma impedes HIV prevention by stifling patient-provider communication about U = U. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25559/full>
34. Torres TS, Cox J, Marins LM, Rb Bezerra D, Veloso VG, Grinsztejn B, et al. A call to improve understanding of Undetectable equals Untransmittable (U = U) in Brazil: a web-based survey. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25630/full>
35. Ferreira RC, Torres TS, Marins LMS, Ceccato M das GB, Bezerra DRB, Luz PM. HIV knowledge and its correlation with the Undetectable = Untransmittable slogan in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2022;56.
36. Clandinin DJ, Caine V. Narrative Inquiry. In: *Reviewing Qualitative Research in the social sciences*. 1st ed. New York: Routledge; 2012. p. 166–79.
37. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília ; 2012 Jun [cited 2024 Jan 21]. Available from: <http://bit.ly/1mTMIS3>
38. Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 [Internet]. Brasília ; 2016 Jun [cited 2024 Jan 21]. Available from: <http://bit.ly/1mTMIS3>
39. Skjott Linneberg M, Korsgaard S. Coding qualitative data: a synthesis guiding the novice. *Qualitative Research Journal*. 2019 Jun 4;19(3):259–70.
40. Fereday J, Adelaide N, Australia S, Eimear Muir-Cochrane A. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development [Internet]. 2006 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Types of HIV tests. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-testing/test-types.html>. 2022.

42. Barry Adam by, Hart T, Postnikoff J, Grace D, Chown SA, Kwag M, et al. BECOMING “UNDETECTABLE”: LONGITUDINAL NARRATIVES OF GAY MEN’S SEX LIVES AFTER A RECENT HIV DIAGNOSIS. Vol. 27, AIDS Education and Prevention. 2015.
43. Siegel K, Meunier É. Awareness and Perceived Effectiveness of HIV Treatment as Prevention Among Men Who Have Sex with Men in New York City. AIDS Behav. 2019 Jul 15;23(7):1974–83.
44. Grace D, Nath R, Parry R, Connell J, Wong J, Grennan T. ‘... if U equals U what does the second U mean?’: sexual minority men’s accounts of HIV undetectability and untransmittable scepticism. Cult Health Sex. 2020;1–17.
45. Young I, Davis M, Flowers P, McDaid LM. Navigating HIV citizenship: identities, risks and biological citizenship in the treatment as prevention era. Health Risk Soc. 2019 Feb 17;21(1–2):1–16.
46. Keogh P. Embodied, clinical and pharmaceutical uncertainty: people with HIV anticipate the feasibility of HIV treatment as prevention (TasP). Crit Public Health [Internet]. 2017 [cited 2024 May 5];27(1):63–74. Available from: <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1187261>
47. World Health Organization (WHO). The Role of HIV Viral Suppression in Improving Individual Health and Reducing Transmission - Policy Brief [Internet]. Geneva; 2023 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>
48. Gram EG, Biering IE, Olsen O, Gram GJ. Evidence of zero-risk transmission of HIV in the era of antiretroviral therapy: A systematic review and meta-analyses. Vol. 239, Public Health. Elsevier B.V.; 2025. p. 149–55.
49. Lancet HIV T. U=U taking off in 2017. 2017; Available from: <http://programme.ias2017>.

50. Carneiro PB, Westmoreland DA, Patel V V., Grov C. Awareness and Acceptability of Undetectable = Untransmittable Among a U.S. National Sample of HIV-Negative Sexual and Gender Minorities. *AIDS Behav.* 2021 Feb 1;25(2):634–44.
51. Cingolani A, Tavelli A, Calvino G V., Maggiolo F, Girardi E, Cozzi-Lepri A, et al. Awareness and perception of accuracy of the Undetectable=Untransmittable message (U=U) in Italy: results from a survey among PLWHA, infectious-diseases physicians and people having unprotected sex. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV.* 2023;35(6):923–33.
52. Vega-Ramirez H, Torres TS, Guillen-Diaz C, Pimenta C, Diaz-Sosa D, Konda KA, et al. Awareness, knowledge, and attitudes related to HIV pre-exposure prophylaxis and other prevention strategies among physicians from Brazil and Mexico: cross-sectional web-based survey. *BMC Health Serv Res.* 2022 Dec 1;22(1).
53. Chinbunchorn T, Thaneerat N, Howell S, Sowapruux T, Phiphatkunarnon P, Lujintanon S, et al. Assessment of U=U understanding, PrEP awareness, HIV risk behaviours and factors associated with low HIV knowledge among users of Hornet, an online dating application for LGBTQ, in Thailand. *Sex Transm Infect.* 2023;99(1):21–9.
54. Ngure K, Ongolly F, Dolla A, Awour M, Mugwanya KK, Irungu E, et al. “I just believe there is a risk” understanding of undetectable equals untransmissible (U = U) among health providers and HIV-negative partners in serodiscordant relationships in Kenya. 2020; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25466/full>
55. Grace D, Stewart M, Blaque E, Ryu H, Anand P, Gaspar M, et al. Challenges to communicating the Undetectable equals Untransmittable (U=U) HIV prevention message: Healthcare provider perspectives. *PLoS One.* 2022 Jul 1;17(7 July).
56. Kayser R, Oliveira S, Ferreira RC, Coelho LE, Veloso VG, Grinsztejn B, et al. Knowledge of HIV transmission, prevention strategies and U = U among adult sexual and gender minorities in Brazil. *J Int AIDS Soc [Internet].* 2024;27:26220. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26220/full><https://doi.org/10.1002/jia2.26220>

57. Onoya D, Sineke T, King R, Mokhele I, Sharma S, Dukashe M, et al. Designing effective U = U communication strategies considering the needs of PLHIV, their partners, and healthcare worker constraints in South African clinics. *PLoS One*. 2023 Dec 1;18(12 December).
58. Lioi FM, Sousa LRM, Elias HC, Gerin L, Gir E, Reis RK. Treatment as prevention from the perspective of people living with HIV/AIDS. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2023;36.
59. Lavery SM. *Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations*. 2003.
60. Ricœur Paul, Thompson JB. *Hermeneutics and the human sciences : essays on language, action, and interpretation*. Cambridge University Press; 2016.
61. GADAMER HG. *Truth and Method*. 2nd ed. London: Continuum; 2004.
62. Clínico P, Diretrizes E. MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS MÓDULO I TRATAMENTO [Internet]. 2024. Available from: <https://www.gov.br/aids>
63. Katirayi L, Tchendjou P, Tchounga B, Mbunka M, Wicks M, Conserve DF. Changing attitudes towards HIV testing and treatment among three generations of men in Cameroon: a qualitative analysis using the Fogg Behavior Model. *BMC Public Health*. 2023 Dec 1;23(1).
64. Br B, Hill A, Amos N, Sh L, Bourne A. Gay, bisexual, and other men who have sex with men in five Asian countries report low awareness and use of Undetectable=Untransmittable (U=U): Results of the Asia Pacific MSM Internet Survey.
65. Bavinton BR, Hill AO, Amos N, Lim SH, Guadamuz T, Kaneko N, et al. Awareness of and use of Undetectable=Untransmittable (U=U) among gay, bisexual, and other men who have sex with men in five Asian countries: Results of the Asia Pacific

MSM Internet Survey Acknowledgements. In 2022 [cited 2024 May 5]. Available from:

https://programme.aids2022.org/PAGMaterial/PPT/1691_4299/Bavinton_APMIS_UequalsU_Poster_V1.pdf

66. Amorim Ouriques de Ataíde E, Alves de Andrade CA, de Aquino Freire D, da Silva Abrão FM. Men who have sex with men_ knowledge, empowerment for human immunodeficiency virus pre-exposure prophylaxis. *Saúde Coletiva*. 2021;11(65):5916–25.
67. Kayser R, Oliveira S, Ferreira RC, Coelho LE, Veloso VG, Grinsztejn B, et al. Knowledge of HIV transmission, prevention strategies and U = U among adult sexual and gender minorities in Brazil. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2024;27:26220. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.26220/full> | <https://doi.org/10.1002/jia2.26220>

Considerações finais

Iniciamos nossa investigação buscando compreender os efeitos que o conceito I=I (Indetectável = Intransmissível) exerce ou poderia exercer sobre homens que fazem sexo com homens, partindo do pressuposto de que esses indivíduos, estando indetectáveis, seriam também intransmissíveis. No entanto, nossa pesquisa nos conduziu a um cenário complexo, no qual primeiro foi necessário identificar quais são os sentidos e significados atribuídos a esse termo na vida dos participantes, bem como entender como esse conceito tem sido construído em ambientes clínicos, incluindo a perspectiva de profissionais que atuam em serviços especializados no atendimento a infecções sexualmente transmissíveis.

Surpreendentemente, o que buscávamos apareceu, quando apareceu, nas entrelinhas, e de maneira distinta à proposição original do termo. O conceito I=I estabelece que pessoas vivendo com HIV e com carga viral indetectável não transmitem o vírus por via sexual. Inicialmente, esse entendimento foi respaldado pelos entrevistados — tanto pelos usuários dos serviços quanto pela maioria dos profissionais — na forma de duas versões que, entretanto, pareciam pouco conciliáveis. De um lado, estar indetectável foi compreendido como um marcador de saúde, pelo qual homens gays e bissexuais vivendo com HIV associavam a indetectabilidade à normalidade de suas vidas, semelhante àquelas de pessoas que não vivem com HIV, o que lhes proporcionava tranquilidade e a possibilidade de estabelecer relações amorosas e/ou sexuais livres de estigma. De outro lado, as narrativas sobre a intransmissibilidade enfatizavam uma responsabilidade pessoal e social, pautada na percepção de um risco sempre presente de transmissão do HIV — mesmo entre aqueles que sabiam estar indetectáveis. Essas narrativas revelavam uma desconfiança quanto à total intransmissibilidade proposta pelo I=I e destacavam a importância da adoção de comportamentos complementares de redução de risco, como o uso do preservativo, para minimizar a possibilidade de transmissão.

Posteriormente, foi fundamental analisar como esse conceito vinha sendo construído entre os próprios participantes, tanto homens gays e bissexuais quanto

profissionais dos serviços especializados. Encontramos um quadro marcado por conhecimentos discrepantes e percepções conflitantes. As narrativas dos usuários e dos profissionais revelaram que o entendimento do I=I encontra-se fragmentado, frágil e, em muitos casos, desalinhado em relação à evidência científica disponível. Observamos que a internet exerce grande influência no conhecimento dos participantes, embora, frequentemente, haja a necessidade de validação por parte de profissionais de saúde. Por outro lado, constatamos também um desalinhamento e insegurança entre os profissionais ao transmitir o conceito, evidenciando a problemática disseminação, compreensão e adesão desiguais ao conhecimento sobre o I=I, especialmente em contextos especializados no cuidado às ISTs. Em narrativas de percepções conflitantes, alguns profissionais demonstraram incerteza ou evitaram discutir o tema por receio de serem contraditos por colegas, revelando uma preocupante falta de preparo mesmo em serviços especializados. Essas discrepâncias de conhecimento geram preocupações críticas quanto à consistência e, conseqüentemente, à qualidade do cuidado oferecido.

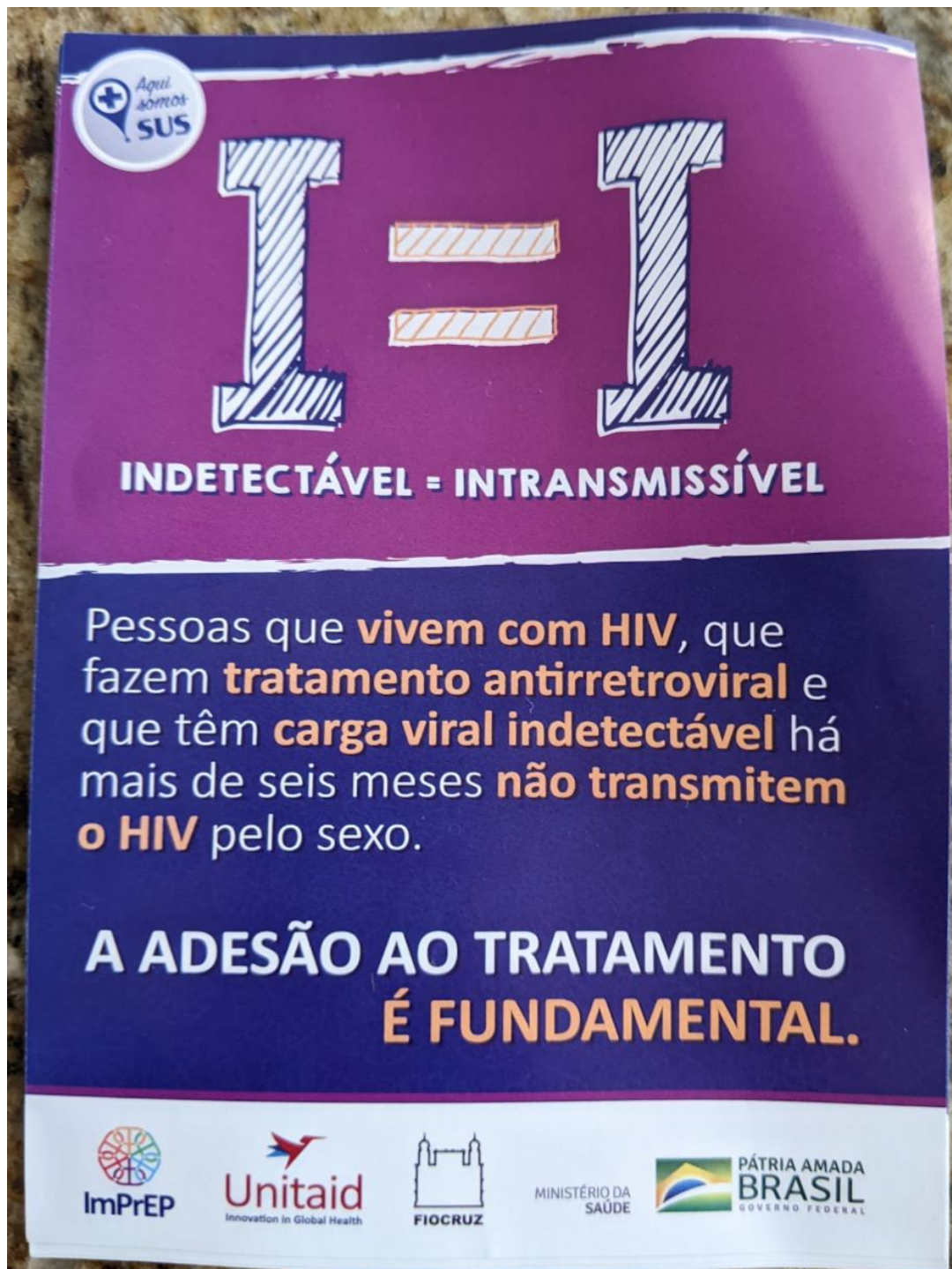
De forma geral, nossa tese evidencia que o conceito de “intransmissível”, dentro do marco do I=I, permanece insuficientemente compreendido, pouco internalizado e comunicado de maneira ineficaz nos contextos de saúde. Tal descompasso suscita importantes questionamentos sobre como deficiências na confiança, na comunicação e na coconstrução do conhecimento podem impactar diretamente a qualidade do cuidado prestado.

Quando os profissionais de saúde deixam de integrar o I=I nas conversas de cuidado, comprometem inadvertidamente não apenas a qualidade informacional do atendimento, mas também suas dimensões relacionais e éticas. Portanto, promover um cuidado integral e livre de estigmas requer que o I=I seja tratado não apenas como um fato científico, mas como um componente central da qualidade da atenção ao HIV — um elemento que reafirma a dignidade, a autonomia e os direitos das pessoas que vivem com HIV. Investir na capacitação dos profissionais e no apoio institucional à comunicação efetiva do I=I pode representar uma estratégia fundamental para o aprimoramento da qualidade global do cuidado.

Por fim, aquilo que inicialmente se esperava ser um consenso — o $I=I$ — revelou-se, na prática, um dissenso profundo, e ao buscarmos o $I=I$, nos deparamos com um cenário que, por vezes, representa o $I \neq I$.

Anexo I

Foto do panfleto entregue pelo vinculador do serviço



Anexo 2



To CAPES,

I am pleased to provide commentary on Jeneson's activities during his research internship with my team at Université de Montréal's School of Public Health. Jeneson's study was from October 2023 to July 2024. The following is Jeneson's student details and information regarding the placement at my institution:

Student's Information: Jeneson Tavares da Cruz Home institution: UNISINOS PhD program: Public Health Advisor: Maria Letícia Ikeda Rodrigues Co-advisor: Tonantzin Ribeiro Gonçalves Period of study abroad: October 2023 to July 2024	Information about the institution abroad: Université de Montréal, Montreal, Canada. School of Public Health Advisor: Rodney Knight, Associate Professor
--	---

The **objective** of our work together was to analyze and interpret data that Jeneson collected in Brazil, with a final deliverable of submitting a scientific article for peer review. Furthermore, via interactions with myself and other members of my team, as well as training activities (e.g., webinars), the secondary objective was to gain knowledge, expertise, and experience in public health research in the substantive area of HIV treatment and prevention. As such, the exchange aimed to promote the broadening of horizons, interaction with other international research environments and cultures, the enhancement of knowledge for greater technical and qualitative research expertise. The following is a list of activities that Jeneson participated in:

Activities conducted:

Participation in webinars:

- Publishing Qualitative Research on Substance Use - by DPA (Drug Policy Alliance, Department of Research and Academic Engagement), Nov 28, 2023;
- HIV and syphilis in the Prairies: Intersecting epidemics - by CATIE (Canada's source for HIV and hepatitis C information), Jan 29, 2024;
- Syphilis in Canada: Where we are, how we got here and what we can do about it - by CATIE (Canada's source for HIV and hepatitis C information), Nov 20, 2023;

- Doxy-PEP and doxy-PrEP: Pills to prevent syphilis - by CATIE (Canada's source for HIV and hepatitis C information), Feb 22, 2024;

- Troubling the Taken for Granted Gender and Sex in Health Research – by CGSHE (Center for Gender and Sexual Health Equity), Nov 15, 2023;

- Trainee Research Symposium – by CGSHE (Center for Gender and Sexual Health Equity), March 26, 2024.

Participation in congress:

- Canadian Association for HIV Research – CAHR 2024, London, Ontario, Canada. Apr 25-28, 2024.

Participation in short courses:

- HIV Prevention (CAN0424) – 10 hours - CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange)

Participation in Danya Fast's master class – in-person on November 14, 2023.

Participation in regular meetings of Knight's research team.

I am very pleased to report the excellent results pertaining to Jeneson's research internship. Firstly, Jeneson successfully wrote up his analysis that he submitted for peer review publication. The citation is as follows:

- CRUZ, J T da, GONÇALVES, T R, IKEDA, M L, KNIGHT, R (2024). Meanings and (Mis)Understandings of the U=U message Among Gay and Bisexual Men Living with HIV in Southern Brazil: A Narrative Inquiry Approach. **AIDS CARE**. Submitted July 4, 2024.

Secondly, Jeneson has also made progress on a second data-driven analysis that he also plans to submit for peer review in the coming months. We will continue to work together on this analysis remotely. The citation is as follows:

- Working title: "Even though I'm/they're undetectable": Stigma and autonomy in sexual decision-making practices in the U=U era." To be submitted to: AIDS CARE.

Finally, during Jeneson's research internship with my team, he submitted, was accepted to present, and presented the following based on his first empirical paper described above:

- Oral presentation at a congress: CRUZ, J T da, GONÇALVES, T R, IKEDA, M L, KNIGHT, R (2024). Meanings and (Mis)Understandings of the U=U message Among Gay and Bisexual Implications and (mis)understandings of undetectable equals untransmittable (U=U) among gay and bisexual men who live with HIV: a qualitative study. Canadian Association for HIV Research, Nov 2024.

General conclusions. Based on my experience as Jeneson's supervisor during his research internship, I have seen significant advances in his qualitative data analysis skills and competencies, as well as his writing skills in English (his second language). He has progressed significantly, and this experience

will represent a critical platform for him going forward in his academic and professional endeavors. His international networks have now expanded to include experts and researchers within the Canadian context. Of course, there were times during this internship that represented challenges for Jeneson, including my very high expectations for writing quality and attention to detail with regards to the connections for methods and analysis and interpretation in academic writing. Nevertheless, Jeneson was able to gain the skills required to meet my expectations.

Thank you for the opportunity to serve as Jeneson's supervisor during this research internship.

Sincerely,

Rod

A handwritten signature in cursive script that reads "Rod Knight". The signature is written in black ink and is positioned above the printed name and title.

Rod Knight, PhD (he/him, il/lui)

Professeur Agrégé/Associate Professor

Chercheur Boursier Junior 2 | Fonds de Recherche du Québec – Santé

Chercheur Régulier | Centre de recherche en santé publique