



Condutas sexuais, conhecimento sobre IST e acesso à saúde entre homens jovens heterossexuais e homossexuais^a

Sexual behaviors, knowledge about STI, and health care access among young heterosexual and homosexual men

Conductas sexuales, conocimiento sobre ITS y acceso a la salud entre hombres jóvenes heterossexuales y homosexuales

Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte¹

Thelma Spindola¹

Hugo de Andrade Peixoto¹

Sergio Corrêa Marques¹

Luciana Ramos Bernardes¹

Elisa da Conceição Silva Barros¹

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar comparativamente as condutas sexuais, o conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e o acesso aos serviços de saúde entre jovens homens heterossexuais e homossexuais. **Método:** estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 200 homens jovens de 18 a 29 anos (100 heterossexuais e 100 homossexuais) em locais de sociabilização na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Os dados foram coletados por meio de um questionário anônimo e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** os jovens heterossexuais apresentaram idade média mais baixa e relataram maior proporção de relacionamentos afetivos estáveis quando comparados aos homossexuais. Por outro lado, os homossexuais destacaram-se por apresentarem níveis mais elevados de escolaridade, maior número de parceiros sexuais e maior frequência de consumo de álcool e de outras drogas antes da relação sexual. Além disso, demonstraram maior aproximação com os serviços de saúde, realizando-se mais testagens para HIV e outras ISTs, bem como buscando-se com mais frequência o aconselhamento de profissionais. No que se refere ao uso do preservativo, observou-se que a prática se apresenta irregular em ambos os grupos. **Conclusão e implicações para a prática:** os achados reforçam a necessidade de uma educação sexual inclusiva, acolhimento sem estigma e de políticas interseccionais que promovam a equidade em saúde.

Palavras-chave: Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Grupos Minoritários; Homens; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Preservativos.

ABSTRACT

Objective: to comparatively analyze sexual behaviors, knowledge about Sexually Transmitted Infections (STIs), and access to health services among young heterosexual and homosexual men. **Method:** a descriptive, cross-sectional, and quantitative study conducted with 200 young men aged 18 to 29 years (100 heterosexuals and 100 homosexuals) in social settings in Rio de Janeiro, Brazil. Data were collected through an anonymous questionnaire and analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** heterosexual young men presented a lower mean age and reported a higher proportion of stable affective relationships compared to homosexual men. Conversely, homosexual men showed higher educational levels, a greater number of sexual partners, and more frequent use of alcohol and other drugs before sexual intercourse. They also demonstrated closer contact with health services, undergoing more HIV and STI testing, and seeking professional counseling more often. Regarding condom use, the practice was irregular in both groups. **Conclusion and implications for the practice:** the findings highlight the need for inclusive sexual education, non-stigmatizing healthcare environments, and intersectional policies that promote health equity.

Keywords: Condoms; Health Services Accessibility; Men; Minority Groups; Sexually Transmitted Infections.

RESUMEN

Objetivo: analizar comparativamente las conductas sexuales, conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y acceso a los servicios de salud entre hombres jóvenes heterossexuales y homossexuales. **Método:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, realizado con 200 hombres de 18 a 29 años (100 heterossexuales y 100 homossexuales) en espacios de socialización de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario y analizados con estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** los jóvenes heterossexuales presentaron una edad media menor y relataron mayor proporción de relaciones afectivas estables en comparación con los homossexuales. Por otro lado, los homossexuales se destacaron por tener niveles educativos más altos, mayor número de parejas sexuales y mayor frecuencia de consumo de alcohol y otras drogas antes de la relación sexual. Además, mostraron una relación más estrecha con los servicios de salud, realizando más pruebas para VIH y otras ITS, así como buscando con mayor frecuencia la orientación de profesionales. En cuanto al uso del preservativo, se observó que la práctica es irregular en ambos grupos. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los hallazgos refuerzan la necesidad de una educación sexual inclusiva, atención sin estigma y políticas interseccionales que promuevan la equidad en salud.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Condones; Enfermedades de Transmisión Sexual; Grupos Minoritarios; Hombres.

Autor correspondente:

Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte.
E-mail: vrffonte@gmail.com

Recebido em 29/10/2025.
Aprovado em 05/03/2026.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0182pt>

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) continuam figurando entre os mais relevantes desafios da saúde pública contemporânea, sobretudo em virtude de sua elevada incidência, do impacto psicossocial e das potenciais complicações clínicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), milhões de novos casos são diagnosticados anualmente, configurando um cenário que transcende barreiras geográficas, culturais e socioeconômicas.¹ No contexto brasileiro, os dados epidemiológicos revelam tendências preocupantes, especialmente entre a população jovem, um segmento etário caracterizado por maior experimentação sexual, maior vulnerabilidade às práticas de risco e, muitas vezes, pelo limitado acesso às informações qualificadas e aos serviços de saúde.²

A juventude, compreendida entre os 15 e os 29 anos, segundo o Estatuto da Juventude, corresponde a um período de intensas transformações biopsicossociais, marcado por experiências de afirmação da identidade, por maior autonomia nas escolhas afetivo-sexuais e pela exposição às situações de vulnerabilidade. Nesse contexto, a sexualidade não deve ser analisada apenas como uma dimensão individual, mas como uma construção social atravessada por normas de gênero, representações culturais e dinâmicas de poder. As masculinidades, em especial, influenciam diretamente as condutas sexuais e o modo como os jovens se percebem frente ao risco de contrair ISTs.³

A construção social da sexualidade masculina exerce influência decisiva sobre os modos de viver e prevenir as ISTs. Normas de gênero, expectativas culturais e representações sociais da masculinidade tendem a moldar as condutas sexuais, podendo intensificar a exposição a situações de risco. Nesse panorama, jovens heterossexuais e homossexuais não constituem grupos homogêneos; experiências, práticas preventivas e percepções de vulnerabilidade diferem de forma significativa, ainda que ambos estejam sujeitos às mesmas condições estruturais do sistema de saúde. Estudos nacionais e internacionais têm evidenciado que homens homossexuais, por exemplo, apresentam maior familiaridade com tecnologias biomédicas de prevenção, como a profilaxia pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP), além de maior frequência de testagem sorológica. Em contrapartida, permanecem alvos de estigma e discriminação, fatores que podem comprometer a adesão às estratégias de cuidado. Entre jovens heterossexuais, observa-se, com frequência, uma percepção mais restrita sobre a prevenção, centrada quase exclusivamente no uso do preservativo, aliada a um menor reconhecimento da própria vulnerabilidade em relação ao HIV e às outras ISTs.⁴⁻⁶

Outro aspecto relevante é a acessibilidade aos serviços de saúde. Apesar de avanços na política de prevenção combinada e na ampliação da oferta de testagem e aconselhamento, persistem desigualdades relacionadas ao gênero, à orientação sexual e à inserção social. Barreiras de ordem estrutural, como limitações na rede assistencial, e de ordem subjetiva, como o preconceito institucional, atuam de maneira desigual sobre jovens homossexuais e heterossexuais. Nesse sentido, compreender como esses grupos constroem seus saberes, práticas e trajetórias

de cuidado em saúde mostra-se fundamental para subsidiar políticas públicas mais equitativas e estratégias educativas que contemplem a diversidade.⁷⁻⁹

Diante desse cenário, teve-se como objetivo analisar comparativamente as condutas sexuais, o conhecimento sobre ISTs e o acesso aos serviços de saúde entre os jovens homens heterossexuais e homossexuais. Essa investigação permite a identificação de convergências e divergências nas experiências desses grupos, fornecendo subsídios para o fortalecimento de ações de prevenção e promoção da saúde orientadas pela equidade e pelo reconhecimento das especificidades de cada população.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em cenários de sociabilidade juvenil no município do Rio de Janeiro/Brasil, selecionados de forma intencional a fim de favorecer a aproximação entre os pesquisadores e os participantes em ambientes cotidianos de lazer e convivência. Os locais de coleta incluíram: (a) ruas boêmias dos bairros da Tijuca e de Vila Isabel, em dias de jogos de futebol, aos domingos no período vespertino; (b) o entorno do Estádio do Maracanã, também em dias de jogos, aos domingos à tarde; (c) o bairro da Lapa, tradicional polo de vida noturna da cidade, às sextas-feiras e aos sábados, no período noturno (entre 20h30 e 23h); e (d) o Posto 8 da orla da praia de Ipanema, aos sábados e domingos no período vespertino. Esses cenários situam-se nas zonas Norte, Central e Sul da cidade, permitindo contemplar distintos circuitos urbanos de sociabilidade juvenil.

A população do estudo foi composta por jovens cisgêneros, de orientação heterossexual e homossexual, com idades entre 18 e 29 anos. O critério adotado para a definição de juventude fundamentou-se no Estatuto da Juventude, que considera como jovens indivíduos de 15 a 29 anos.³ Contudo, para atender às exigências éticas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, optou-se por incluir apenas aqueles com idade igual ou superior a 18 anos, evitando-se a necessidade de consentimento dos responsáveis legais. Foram excluídos da amostra indivíduos que apresentaram respostas incompletas ou inconsistentes nos questionários, inviabilizando a análise estatística dos dados.

A amostragem adotada foi não probabilística, por conveniência, em razão da dificuldade de estimar a população total de jovens de diferentes orientações sexuais. Para assegurar a comparabilidade entre os grupos, estabeleceu-se uma composição estratificada e pareada, de modo a contemplar proporcionalmente 50% de jovens heterossexuais e 50% de jovens homossexuais. Ressalta-se, entretanto, que os participantes foram selecionados de acordo com sua acessibilidade e disponibilidade nos locais de coleta, sem critérios de aleatoriedade e, portanto, sem a pretensão de representatividade estatística da população geral. Embora não tenham sido registradas sistematicamente as taxas de recusa ou perdas, a equipe observou que a maioria dos jovens abordados aceitou participar após os esclarecimentos iniciais.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu em um questionário anônimo, contendo questões abertas e fechadas, elaborado especificamente para a investigação. Sua construção baseou-se em uma revisão da literatura nacional e internacional sobre juventude, sexualidade, prevenção de ISTs e o acesso aos serviços de saúde, bem como em instrumentos previamente empregados em estudos com populações jovens e homens que fazem sexo com homens. A seleção e a formulação dos itens foram discutidas em reuniões sistemáticas do grupo de pesquisa, envolvendo pesquisadores com experiência na temática, com vistas a assegurar pertinência teórica, clareza semântica e adequação ao contexto sociocultural dos participantes.

A versão preliminar do questionário foi submetida à apreciação crítica de docentes e pesquisadores durante bancas avaliativas no âmbito da pós-graduação, configurando uma etapa de validação de conteúdo por especialistas, a partir da qual foram realizados ajustes na redação, organização e abrangência das questões. Em seguida, procedeu-se a um pré-teste com 10 jovens com perfil semelhante ao da população-alvo, em cenários não incluídos na coleta definitiva, com o objetivo de avaliar a compreensão das perguntas, a fluidez do instrumento e o tempo de aplicação em ambientes de sociabilidade. Os participantes do pré-teste não integraram a amostra final. Essa etapa permitiu identificar ambiguidades pontuais e aprimorar a linguagem, resultando na versão final do instrumento.

Ressalta-se que, embora o questionário tenha passado por etapas de revisão por especialistas e pré-teste empírico, não foi submetido a procedimentos formais de validação psicométrica e à análise de consistência interna, o que constitui limitação metodológica do estudo. Ao todo, o questionário incluiu 31 perguntas distribuídas em diferentes blocos temáticos: dados sociodemográficos (idade, escolaridade, cor da pele, renda, identidade de gênero, orientação sexual, vínculo afetivo, estado civil, trabalho e religião); condutas sexuais (primeira relação sexual, atividade sexual nos últimos 12 meses, número de parceiros e hábitos sexuais); práticas de prevenção às ISTs (uso de preservativos e acesso a métodos biomédicos como PrEP e PEP); bem como conhecimento sobre ISTs e utilização de serviços de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento.

A coleta dos dados ocorreu entre outubro de 2022 e abril de 2023, conduzida por uma equipe de campo composta por três bolsistas de iniciação científica e quatro mestrandos, todos devidamente treinados e supervisionados pela pesquisadora responsável. Os participantes foram abordados diretamente nos espaços previamente selecionados, em diferentes dias da semana, respeitando-se a dinâmica de funcionamento dos locais. Considerando-se a necessidade de preservar as condições adequadas de abordagem, a coleta não foi realizada em dias chuvosos ou com previsão de chuva, o que poderia comprometer tanto a qualidade quanto a adesão dos participantes ao estudo.

Os dados obtidos foram organizados em um banco eletrônico no software *Microsoft Excel 2003* e posteriormente analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 28.0. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis quantitativas foram

apresentadas por medidas de tendência central e dispersão, incluindo média, Desvio-Padrão (DP), mediana, Intervalo Interquartilício (IIQ), bem como Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) para as médias. Para as análises comparativas das variáveis categóricas, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado de *Pearson*, sendo utilizado o teste exato de *Fisher* nos casos em que as frequências esperadas foram inferiores a cinco em alguma célula da tabela, com estimativa do tamanho de efeito por meio do V de Cramer.

Diante da presença de distribuições assimétricas, as comparações entre os grupos foram realizadas preferencialmente por meio do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, sendo mantida a apresentação simultânea de médias e medianas para fins descritivos. Para as comparações contínuas, estimou-se a magnitude das diferenças entre os grupos por meio do d de Cohen. Em todas as análises, foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

No que tange aos aspectos éticos, o estudo seguiu rigorosamente as diretrizes estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente no dia 29 de setembro de 2022, recebendo parecer favorável de número 5.672.857 e CAAE 52805121.0.0000.5282. Todos os participantes foram informados quanto aos objetivos, procedimentos e possíveis riscos e benefícios da pesquisa, tendo sua participação efetivada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram do estudo 200 homens jovens, distribuídos equitativamente entre heterossexuais ($n=100$) e homossexuais ($n=100$). A análise sociodemográfica (Tabela 1) revelou que a maioria dos participantes se situava na faixa etária entre 25 e 29 anos, caracterizando-os como jovens-adultos. No entanto, ao se observar a distribuição entre os grupos, verificou-se que os heterossexuais apresentaram maior proporção de indivíduos mais jovens, com predomínio de 59,0% na faixa entre 18 e 24 anos, ao passo que, entre os homossexuais, houve maior concentração de participantes mais velhos. Essa diferença também se expressou nas médias de idade: os heterossexuais apresentaram média de 23,57 anos (DP=3,32, IC95% 23,03–24,35), enquanto os homossexuais registraram média superior, de 25,93 anos (DP=2,93, IC95% 25,35–26,51), confirmando o predomínio de jovens-jovens no primeiro grupo e de jovens-adultos no segundo.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que a maioria dos participantes possuía 12 anos ou mais de estudo; contudo, essa condição mostrou-se mais expressiva entre os homossexuais, os quais apresentaram maior nível de escolarização em relação aos heterossexuais. Em relação ao vínculo afetivo, identificou-se que os heterossexuais relataram, em maior proporção, estar em relacionamentos (53%), enquanto a maioria dos homossexuais declarou não possuir vínculo afetivo (66%). Quanto à cor da pele autorreferida, constatou-se uma diferença entre os grupos: 56% dos heterossexuais declararam-se brancos, enquanto, entre os homossexuais, predominou a autodeclaração como

Tabela 1. Perfil social de homens jovens heterossexuais e homossexuais. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. 2022-2023 (n=200).

Variáveis	Jovens heterossexuais		Jovens homossexuais		p	V
	f	%	f	%		
Faixa etária						
18 a 24 anos (jovens-jovens)	59	59,00	31	31,00	<0,001*	0,281
25 a 29 anos (jovens-adultos)	41	41,00	69	69,00		
Escolaridade (anos de estudo)						
Até 11 anos	32	32,00	11	11,00	<0,001*	0,256
12 anos ou mais	68	68,00	89	89,00		
Vínculo afetivo						
Não possui namorada(o) ou companheira(o) fixa(o)	47	47,00	66	66,00	0,007*	0,201
Tem companheiro, mas não vive com ele	36	36,00	20	20,00		
Vive com o companheiro	17	17,00	14	14,00		
Cor da pele						
Branca	56	56,00	49	49,00	0,5*	0,082
Parda	24	24,00	31	31,00		
Preta	20	20,00	20	20,00		
Religião						
Católica	19	19,00	17	17,00	<0,001†	0,349
Evangélica	20	20,00	4	4,00		
Espírita Kardecista	5	5,00	13	13,00		
Candomblecista	-	-	4	4,00		
Umbandista	3	3,00	8	8,00		
Sem religião	33	33,00	36	36,00		
Não acredita em Deus	19	19,00	10	10,00		
Outra	1	1,00	8	8,00		
Situação de trabalho						
Trabalho com ganho financeiro	66	66,00	76	76,00	0,01†	0,210
Desempregado atualmente	21	21,00	22	22,00		
Nunca trabalhou	13	13,00	2	2,00		
Total	100	100,00	100	100,00		

*Teste Qui-Quadrado de Pearson. †Teste exato de Fisher.

negros (pretos e pardos), totalizando 51% do grupo. No tocante à religião, a maior parte dos participantes afirmou não possuir filiação religiosa, sendo essa condição reportada por 33% dos heterossexuais e 36% dos homossexuais. Por fim, em relação à inserção laboral, a maioria relatou exercer atividade remunerada, com proporção ligeiramente maior entre os homossexuais (76%) em comparação aos heterossexuais (66%). Em todas as variáveis analisadas, a força de associação com a orientação sexual foi classificada como fraca.

No que concerne às condutas sexuais (Tabela 2), os dados evidenciaram que o uso do preservativo não se configura como uma prática regular em ambos os grupos. Apesar disso, verificou-se que, na primeira relação sexual, os jovens homossexuais

apresentaram menor uso do preservativo quando comparados aos heterossexuais, padrão que se manteve ao longo da vida, sobretudo quando considerada a prática em todas as relações sexuais. Além disso, os homossexuais relataram maior frequência de relações sexuais concomitantes com mais de um parceiro em um mesmo período. Em situações envolvendo parcerias fixas, o uso do preservativo mostrou-se menos prevalente entre os homossexuais, ao passo que, em relações casuais, os heterossexuais demonstraram menor adesão. Ambos os grupos, entretanto, relataram buscar negociar o uso do preservativo junto às suas parcerias. Destaca-se ainda que o consumo de álcool e outras drogas antes da relação sexual foi referido como prática mais comum entre os jovens homossexuais.

Tabela 2. Condutas sexuais de homens jovens heterossexuais e homossexuais. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. 2022-2023 (n=200).

Variáveis	Jovens heterossexuais		Jovens homossexuais		p	V
	f	%	f	%		
Uso do preservativo na primeira relação sexual						
Sim	70	70,00	54	54,00	0,02*	0,165
Não	30	30,00	46	46,00		
Uso do preservativo em todas as relações sexuais						
Sempre	50	50,00	38	38,00	0,01 [†]	0,198
Às vezes	41	41,00	59	59,00		
Nunca	9	9,00	3	3,00		
Relações sexuais com mais de um parceiro no mesmo período						
Sim	44	44,00	81	81,00	<0,001*	0,382
Não	56	56,00	19	19,00		
Uso do preservativo com parceiros(as) fixos nos últimos 12 meses						
Sempre	45	45,00	15	15,00	<0,001**	0,442
Nunca	16	16,00	24	24,00		
Às vezes	36	36,00	31	31,00		
Não informado	3	3,00	30	30,00		
Uso do preservativo com parceiros(as) casuais nos últimos 12 meses						
Sempre	37	37,00	59	59,00	0,04** [‡]	0,451
Nunca	12	12,00	6	6,00		
Às vezes	17	17,00	33	33,00		
Não informado	34	34,00	2	2,00		
Negociação do uso do preservativo com parceiro sexual						
Sempre	20	20,00	30	30,00	0,2** [‡]	0,141
Nunca	47	47,00	38	38,00		
Às vezes	32	32,00	32	32,00		
Não informado	1	1,00	0	0,00		
Uso de álcool e/ou outras drogas antes das relações sexuais						
Sempre	1	1,00	4	4,00	0,01 [†]	0,212
Nunca	56	56,00	36	36,00		
Às vezes	43	43,00	60	60,00		
Total	100	100,00	100	100,00		

*Teste Qui-Quadrado de Pearson. [†]Teste exato de Fisher. [‡]Foi utilizado o p-valor adaptado, sendo desconsiderado o campo “não informado”.

No que tange à iniciação sexual (Tabela 3), verificou-se semelhança entre os grupos, uma vez que a idade média da primeira relação foi de 16 anos, não sendo identificada diferença expressiva. Contudo, quanto ao número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, observou-se uma discrepância substancial. Os jovens homossexuais apresentaram média de 8,70 parceiros no período, em contraste com a média de 1,15 parceiros reportada pelos heterossexuais.

A análise sobre o acesso aos serviços de saúde (Tabela 4) revelou que, de maneira geral, os jovens homossexuais buscaram os serviços de saúde com maior frequência que os heterossexuais. Esse grupo apresentou maior realização de testagens para HIV, sífilis e hepatites virais, além de relatar com maior frequência o

hábito de buscar aconselhamento com profissionais de saúde. Esses achados reforçam a existência de uma maior aproximação dos homossexuais com os serviços de saúde, possivelmente em razão de práticas preventivas mais difundidas nesse grupo.

Em relação ao conhecimento sobre as ISTs (Tabela 5), identificou-se uma elevada familiaridade entre os participantes: 98,5% afirmaram já ter ouvido falar sobre o termo, enquanto 95,5% relataram conhecer as formas de transmissão. Quanto às fontes de informação, a *Internet* e os sites em geral foram mencionados como os meios mais utilizados para a obtenção de conteúdos relacionados à prevenção, o que demonstra a importância crescente do ambiente digital como espaço de construção de saberes sobre a saúde sexual.

Tabela 3. Idade da primeira relação sexual e o número de parceiros sexuais de homens jovens heterossexuais e homossexuais. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. 2022-2023 (n=200).

Variáveis	Jovens heterossexuais (n=100)	Jovens homossexuais (n=100)	p*	d de Cohen
Idade da primeira relação sexual (anos)	Média: 16,30 (DP=2,46) IC95%: 15,81–16,79 Mediana: 16 (IIQ 15–17)	Média: 16,23 (DP=3,15) IC95%: 15,60–16,86 Mediana: 16 (IIQ 14–18)	0,9	0,02
Número de parceiros(as) sexuais nos últimos 12 meses	Média: 1,14 (DP=0,60) IC95%: 1,02–1,26 Mediana: 1 (IIQ 1–1)	Média: 8,70 (DP=10,41) IC95%: 6,64–10,76 Mediana: 5 (IIQ 4–10)	<0,001	1,03

*Teste de *Mann–Whitney* empregado devido à assimetria das distribuições.

Legenda: DP - Desvio-Padrão. IC95% - Intervalo de Confiança de 95%. IIQ - Intervalo Interquartil.

Tabela 4. Acesso aos serviços de saúde por homens jovens heterossexuais e homossexuais. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. 2022-2023 (n=200).

Variáveis	Jovens heterossexuais		Jovens homossexuais		p	V
	F	%	f	%		
Onde busca atendimento de saúde						
Serviço público	42	42,00	49	49,00	<0,001 [†]	0,278
Serviço privado	30	30,00	16	16,00		
Serviço público e privado	19	19,00	34	34,00		
Não costuma buscar	9	9,00	1	1,00		
Testagem para HIV, sífilis e hepatites virais						
Sim	51	51,00	85	85,00	<0,001*	0,364
Não	49	49,00	15	15,00		
Hábito de aconselhamento em saúde com algum profissional da saúde						
Sim	32	32,00	56	56,00	<0,001*	0,242
Não	68	68,00	44	44,00		
Total	100	100,00	100	100,00		

*Teste Qui-Quadrado de *Pearson*. [†]Teste exato de *Fisher*.

Tabela 5. Conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre homens jovens heterossexuais e homossexuais. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. 2022-2023 (n=200).

Variáveis	Jovens heterossexuais		Jovens homossexuais		P	V
	f	%	f	%		
Ouvir falar de doenças sexualmente transmissíveis						
Sim	98	98,00	99	99,00	0,9 [†]	0,041
Não	2	2,00	1	1,00		
Conhecimento sobre transmissão de doenças sexualmente transmissíveis						
Sim	93	93,00	98	98,00	0,1 [†]	0,121
Não	7	7,00	2	2,00		
Locais de busca por informações sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis[‡]						
Sites em geral	73	33,80	68	28,94	0,1*	0,150
Conversas com amigos	46	21,30	51	21,70		
Serviços/profissionais de saúde	40	18,52	61	25,96		
Revistas e livros científicos	20	9,26	31	13,19		
Revistas e livros em geral	11	5,09	10	4,25		
Televisão	18	8,33	9	3,83		
Jornal	8	3,70	5	2,13		

*Teste Qui-Quadrado de *Pearson*. [†]Teste exato de *Fisher*. [‡]O total diverge do número de participantes, pois foi possível marcar mais de uma opção.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, obtidos a partir de uma amostra por conveniência e, portanto, não generalizáveis, descrevem padrões contrastantes entre os jovens homens heterossexuais e os homossexuais em termos de características sociodemográficas, condutas sexuais, conhecimento sobre ISTs e acesso aos serviços de saúde. A composição etária constitui um primeiro eixo interpretativo crucial: encontrou-se predomínio de jovens-adultos entre homossexuais e de jovens-jovens entre heterossexuais, com médias de idade de 25,93 e 23,57 anos, respectivamente. A literatura sugere que a maior idade se associa frequentemente a níveis mais elevados de conhecimento sobre ISTs, ainda que não de forma universal. Estudos com populações juvenis e universitárias apontaram vantagem cognitiva dos 25 aos 30 anos frente aos 15-24 anos,^{10,11} ao passo que outras investigações não identificaram efeito da idade.^{12,13} Essa aparente inconsistência reforça que idade, escolaridade, contexto social e acesso à informação interagem de modo complexo.¹² A maior proporção de escolaridade ≥ 12 anos entre os homossexuais alinha-se com evidências de que escolaridade mais alta tende a associar-se ao maior conhecimento e às melhores práticas,^{14,15} embora níveis elevados de escolaridade não garantam conhecimento adequado.^{11,16}

No domínio das condutas sexuais, emerge um quadro convergente com a literatura internacional e nacional: uso inconstante de preservativos entre os jovens, com nuances por tipo de parceria e orientação sexual. Neste achado, os homossexuais relataram menor uso na primeira relação e menor uso em todas as relações, além de mais episódios com múltiplos parceiros no mesmo período; por outro lado, os heterossexuais relataram menor adesão em parcerias casuais, enquanto homossexuais relataram menor adesão em parcerias fixas. Tais padrões dialogam com evidências de queda ou manutenção em patamares baixos do uso consistente de preservativos entre os jovens.^{15,17} Além de determinantes multicausais, tais como: baixa percepção de risco, sobretudo em relações fixas,¹⁸ uso de álcool e outras drogas antes/durante a relação;¹⁹ pressões de gênero e normas de masculinidade que valorizam comportamentos de risco;⁵ desconforto e perdas de prazer atribuídas ao preservativo;²⁰ lacunas na educação sexual e habilidades de negociação;²¹ e substituição pelo controle de fecundidade, ignorando a dupla proteção.¹⁵ Ainda que parte da literatura descreva menor uso entre adolescentes gays,²² há achados brasileiros mostrando maior uso entre jovens homossexuais em certos contextos.²³ Essa heterogeneidade reforça que normas relacionais (fixa/casual), contextos de socialização e recursos preventivos modulam a adesão ao preservativo de formas distintas por subgrupo.

O número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses – média substancialmente mais alta entre os homossexuais nesta amostra – acompanha tendências descritas em estudos com homens que fazem sexo com homens (HSH), que indicam o aumento do número de parcerias totais e a reconfiguração entre as parcerias principais/casuais ao longo do tempo.²⁴ Pesquisas com universitários e serviços de saúde sexual mostram médias

diversas por contexto.^{25,26} O uso de aplicativos e a maior proporção de solteiros podem contribuir para esse padrão entre os homossexuais,²⁷ embora as diferenças no número de parceiros não impliquem, isoladamente, menor uso de preservativos quando outras variáveis são consideradas.²⁸ Ainda assim, um maior número de parcerias constitui um determinante clássico de risco para ISTs,²⁹ o que requer estratégias de redução de danos proporcionais ao padrão de exposição.

No acesso aos serviços, os dados indicaram maior aproximação do grupo homossexual com a rede assistencial: mais procura por atendimento, mais testagens (HIV, sífilis, hepatites) e maior relato de aconselhamento. Esses achados são coerentes com a priorização histórica de gays e HSH como população-chave na política brasileira para o enfrentamento do HIV e com a oferta de tecnologias de prevenção combinada (testes rápidos, PEP, PrEP, vacinação) no Sistema Único de Saúde (SUS).^{4,30} Ao mesmo tempo, revisões sistemáticas evidenciam barreiras persistentes – estigma, discriminação e heteronormatividade institucional – que prejudicam a qualidade do cuidado e a continuidade das estratégias preventivas.^{31,32} A literatura internacional e nacional também mostra variações relevantes na testagem de HSH, com cobertura muito alta e lacunas em outros,^{30,33,34} sinalizando desigualdades contextuais de acesso e oportunidades perdidas de aconselhamento.¹¹

Entre os jovens heterossexuais, a menor procura por serviços, a menor realização de testagens e o menor relato de aconselhamento evidenciaram lacunas importantes na cobertura das ações preventivas nesse grupo. Tais resultados sugerem que estratégias baseadas apenas na demanda espontânea tendem a reproduzir invisibilidades, requerendo a ampliação de ações extramuros, conduzidas pela Enfermagem em territórios juvenis, esportivos, educacionais e comunitários. Por outro lado, entre os jovens homossexuais, embora se observe uma maior vinculação aos serviços, persistem os desafios relacionados, especialmente, ao estigma e discriminação. Nesse sentido, os dados indicaram que o enfermeiro ocupa uma posição estratégica na mediação entre a informação, o cuidado longitudinal e a construção de competências práticas para o autocuidado em saúde sexual, especialmente no âmbito da prevenção combinada.

Quanto ao conhecimento, a alta familiaridade autorreferida com “IST” e as “formas de transmissão” nessa amostra não deve ser interpretada como conhecimento adequado. Alguns estudos reiteram que conteúdos centrais (preservativo, transmissão sexual) são amplamente reconhecidos, mas persistem equívocos sobre a assintomaticidade, transmissão vertical e parenteral, e crenças infundadas.^{11,35-37} A *Internet* desponta como principal fonte, seguida por televisão, escola/faculdade e profissionais de saúde. Essa centralidade do ambiente digital tem duplo corte: amplia o acesso, mas varia em qualidade e confiabilidade e nem sempre se traduz em práticas protetivas.^{11,36,37} Daí a necessidade de intervenções educativas qualificadas, sobretudo em ambientes escolares e comunitários, com linguagem inclusiva e foco em habilidades (negociação, uso correto do preservativo, redução de danos).^{11,35}

Os achados sociorraciais também demandam atenção. Nessa amostra, heterossexuais declararam-se brancos em maior proporção, enquanto homossexuais autodeclararam-se majoritariamente negros (pretos e pardos). Embora negros componham a maioria populacional no Brasil, o racismo estrutural impõe barreiras de acesso, qualidade de cuidado e oportunidades sociais, repercutindo em piores desfechos de saúde.³⁸ No caso de homossexuais negros, a interseccionalidade explicita um acúmulo de opressões (racismo + homofobia) com impactos sobre o acesso a direitos, a proteção social e o uso de serviços.³⁹ Tais camadas de vulnerabilidade precisam ser consideradas no desenho de políticas e intervenções, sob pena de reproduzir desigualdades.

Diferenças nos vínculos afetivos, com maior proporção de relacionamentos entre os heterossexuais e maior proporção de solteiros entre os homossexuais, podem ser interpretadas à luz de normas heteronormativas e do estresse de minoria.⁴⁰ A heteronormatividade facilita a visibilidade e a aceitação de relações heterossexuais em espaços públicos e familiares, enquanto o estigma e a discriminação restringem oportunidades de socialização afetiva entre os jovens que compõem o grupo populacional de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não binários e de demais grupos minoritários (LGBTQIAPN+). Esses fatores não são meramente contextuais: afetam a negociação do preservativo, a adesão aos cuidados, a saúde mental e a rede de apoio, condicionando comportamentos e vulnerabilidades.²⁷

Cumprir reiterar que os resultados devem ser interpretados à luz das limitações inerentes ao delineamento amostral e às características da própria composição dos grupos. A amostragem por conveniência, realizada em cenários específicos de sociabilidade juvenil, ainda que diversificados quanto a territórios, dias e horários, restringe a generalização dos achados para outros contextos urbanos e populacionais. Ademais, as diferenças etárias observadas entre os heterossexuais e os homossexuais, com maior proporção de jovens-adultos neste último grupo, podem atuar como fator de confundimento em algumas associações, uma vez que a idade se relaciona com trajetórias escolares, experiências sexuais, acesso à informação e vinculação aos serviços de saúde. Assim, parte das diferenças atribuídas à orientação sexual pode refletir, ao menos em parte, estágios distintos do curso de vida juvenil. Os padrões aqui descritos expressam experiências situadas em circuitos particulares de lazer e convivência, não podendo ser extrapolados para a totalidade dos jovens.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este estudo permitiu comparar as condutas sexuais, o conhecimento sobre ISTs e o acesso aos serviços de saúde entre os homens jovens heterossexuais e homossexuais, evidenciando tanto semelhanças quanto diferenças significativas entre os grupos. De modo geral, identificou-se que o uso consistente de preservativos permanece reduzido em ambos os grupos, embora com nuances distintas conforme o tipo de parceria, e que os jovens homossexuais apresentaram maior número médio de

parceiros sexuais. No entanto, esse grupo também demonstrou maior aproximação com os serviços de saúde, realizando mais testagens e buscando aconselhamento com profissionais de saúde com maior frequência do que os heterossexuais. Em relação ao conhecimento, ainda que a maioria dos participantes tenha declarado familiaridade com o termo IST e com as formas de transmissão, tal percepção não necessariamente se traduz em conhecimento aprofundado e adequado, o que aponta para a necessidade de intervenções educativas contínuas e qualificadas. Aspectos sociodemográficos, como idade, escolaridade, vínculo afetivo e cor da pele, mostraram-se associados a diferentes dimensões das práticas sexuais e de prevenção, sugerindo a influência de marcadores sociais na configuração das vulnerabilidades.

Reconhecem-se, contudo, que o uso de um questionário sem validação psicométrica, a amostragem por conveniência e a composição etária distinta entre os grupos impõem limites às inferências causais e à extrapolação dos achados. Ainda assim, os resultados oferecem subsídios relevantes para o entendimento das vulnerabilidades dos jovens frente às ISTs e reforçam a necessidade de investigações futuras com amostras probabilísticas e delineamentos mais robustos. Estudos longitudinais podem contribuir para esclarecer as trajetórias de comportamento na transição de jovem-jovem para jovem-adulto, enquanto as abordagens metodológicas mistas têm potencial para aprofundar a compreensão dos sentidos atribuídos às práticas sexuais e das negociações em torno do risco em diferentes contextos de sociabilidade.

Conclui-se que as vulnerabilidades frente às ISTs entre os jovens não se restringem às escolhas individuais, mas são moduladas por fatores estruturais, relacionais e culturais, que incidem de forma diferenciada sobre os heterossexuais e os homossexuais. Esses achados reforçam a importância da formulação de políticas públicas e estratégias de prevenção que considerem a diversidade sexual e as especificidades dos diferentes grupos juvenis, valorizando as abordagens inclusivas, educativas e baseadas na promoção da equidade em saúde. Nesse sentido, os resultados sustentam três frentes prioritárias de ação: (1) educação sexual integral e inclusiva, fundamentada em evidências, com ênfase na dupla proteção, no uso correto e prazeroso do preservativo, na redução de danos relacionados ao uso de álcool e drogas e no desenvolvimento de competências de negociação; (2) ampliação e qualificação do cuidado nos serviços de saúde, por meio de acolhimento livre de estigma, abordagem proativa das ISTs nas consultas, oportunidades de aconselhamento vinculadas à testagem e oferta sistemática das tecnologias de prevenção combinada; e (3) a incorporação da perspectiva da interseccionalidade nas políticas públicas, com ações que reconheçam e mitiguem os efeitos de classe, raça/cor, idade, escolaridade e orientação sexual, evitando soluções universalistas que tendem a mascarar desigualdades. Em um contexto de avanço do conservadorismo e de fragilidade das políticas de prevenção voltadas à juventude, torna-se imperativo ressaltar a centralidade da educação em saúde e do acesso às informações de qualidade como estratégias fundamentais para o enfrentamento das ISTs.

AGRADECIMENTOS

Não há.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), edital de Auxílio Básico à Pesquisa (APQ1) - processo E-26/211.821/2021.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). Geneva: WHO; 2024 [citado 2024 nov 10]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Gomes NL, Lopes CS. Panorama of risky sexual behaviors in the Brazilian adult population – PNS 2019. *Rev Saude Publica.* 2022;56:61. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004007>. PMID:35766790.
- Decreto-lei nº 12852, de 5 de agosto de 2013 (BR). Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 6 ago 2013.
- Francisco MTR, Fonte VRF, Spindola T, Pinheiro CDP, Costa CMA, Rocha FCS. HIV testing and post-exposure prophylaxis among men who have/ do not have sex with men. *Esc Anna Nery.* 2021;25(3):e20200236. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0236>.
- Parmejiani EP, Queiroz ABA, Cunha MPL, Carvalho ALO, Santos GS, Bezerra JF et al. Riverside men's knowledge and ways of acting regarding condom use. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20220155. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0155en>.
- Fonseca BS, Rodrigues TFCS, Silva GM, Pimenta RA, Silva M, Furtado MD et al. A part of me knew this would happen one day': experiences of young people with HIV/AIDS. *Saude Debate.* 2024;48(141):e8986. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418986p>.
- Silva K, Brasil VP, Coelho B, Fermo VC, Amadigi FR. Ampliando horizontes na prevenção do HIV: percepções e práticas em torno da PrEP em uma capital brasileira. *Interface.* 2025;29:e240492. <https://doi.org/10.1590/interface.240492>.
- Oliveira EA, Santos LA, Zucchi EM, Massa P, Grangeiro A, Couto MT. Gay and bisexual adolescents and other men who have sex with men: intersectionality and the PrEP care continuum. *Rev Saude Publica.* 2024;58(Suppl 1):11s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005705>. PMID:39417507.
- Monteiro SS, Leal AF, Barbosa RM, Magno L, Neves ALM, Honorato IB et al. Sexual and reproductive health of adolescents and young people: identification of demands and experiences based on a qualitative study in communities in five Brazilian cities. *Cad Saude Publica.* 2025;41(4):e00047824. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt047824>. PMID:40396813.
- Cegolon L, Bortolotto M, Bellizzi S, Cegolon A, Bubbico L, Pichierrì G et al. Knowledge, prevention, and occurrence of sexually transmitted infections among freshmen from Italian universities. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(2):897. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020897>. PMID:35055720.
- Guimarães MDC, Magno L, Ceccato MGB, Gomes RRFM, Leal AF, Knauth DR et al. HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(22, Suppl 1):e190005. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.1>. PMID:31576981.
- Mansor N, Ahmad N, Rahman HA. Determinants of knowledge on sexually transmitted infections among students in public higher education institutions in Melaka state, Malaysia. *PLoS One.* 2020;15(10):e0240842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240842>. PMID:33119620.
- Lederer AM, Vertacnik AL. Correlates of sexually transmitted infection knowledge among late adolescents. *Sex Health.* 2021;18(4):303-10. <https://doi.org/10.1071/SH20092>. PMID:34404503.
- Patel PK, Singh TB, Singh SK, Patel VS, Singh S. Awareness and knowledge of sexually transmitted infections and its associated factors among patients in Eastern Uttar Pradesh. *J Biostat Epidemiol.* 2024;10(2):179-91. <https://doi.org/10.18502/jbe.v10i2.17642>.
- Felisbino-Mendes MS, Araújo FG, Oliveira LVA, Vasconcelos NM, Vieira MLFP, Malta DC. Sexual behaviors and condom use in the Brazilian population: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(Suppl 2):e210018. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210018.supl.2>. PMID:34910072.
- Petry S, Padilha MI, Bellaguarda MLR, Vieira AN, Neves VR. The said and the unsaid in the teaching of sexually transmitted infections. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE001855. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001855>.
- Ajayi AI, Ismail KO, Akpan W. Factors associated with consistent condom use: a survey in Nigerian universities. *BMC Public Health.* 2019;19:1207. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7543-1>. PMID:31477068.
- Soster AP, Souza MLA, Castro EK. Percepção de risco e comportamentos de saúde em relação ao sexo casual em universitárias. *Psico-USF.* 2021;26(1):117-28. <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260110>.
- Monte LL, Rufino AC, Madeiro A. Prevalence and factors associated with risky sexual behavior among Brazilian school adolescents. *Cien Saude Colet.* 2024;29(2):e03342023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.03342023en>.
- Gallo MF, Nguyen NC, Luff A, Luong TN, Le VT, Casterline J et al. Effects of a novel erectogenic condom on men and women's sexual pleasure: randomized controlled trial. *J Sex Res.* 2022;59(9):1133-9. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.2024790>. PMID:35060403.
- Noll M, Noll PRE, Gomes JM, Soares Jr JM, Silveira EA, Sorpreso ICE. Associated factors and sex differences in condom non-use among adolescents: Brazilian National School Health Survey (PeNSE). *Reprod Health.* 2020;17(1):139. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00987-8>. PMID:32894142.
- Chuy VS, Rajagopal G, Talluri R, Cheng AL, Dall L. Factors influencing contraceptive use among sexually active students U.S. Middle and High School Students, 2015 to 2019. *Cureus.* 2021;13(12):e20803. <https://doi.org/10.7759/cureus.20803>. PMID:35141064.
- Spindola T, Fonte VRF, Lima GSL, Moraes PC, Martins ERC, Soares BGS. Young male university students and condom use. *Enferm Glob.* 2022;21(67):185-220. <https://doi.org/10.6018/eglobal.489491>.
- Chapin-Bardales J, Rosenberg ES, Sullivan PS, Jenness SM, Paz-Bailey G. Trends in number and composition of sex partners among men who have sex with men in the united states, national hiv behavioral surveillance, 2008-2014. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;81(3):257-65. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002025>. PMID:31194702.
- Aung ET, Chow EPF, Fairley CK, Hocking JS, Bradshaw CS, Williamson DA et al. International travel as risk factor for Chlamydia trachomatis infections among young heterosexuals attending a sexual health clinic in Melbourne, Australia, 2007 to 2017. *Euro Surveill.* 2019;24(44):1900219. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.44.1900219>. PMID:31690365.
- Damacena GN, Szwarcwald CL, Motta LR, Kato SK, Adami AG, Paganella MP et al. A portrait of risk behavior towards HIV infection among Brazilian Army conscripts by geographic regions, 2016. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22(22, Suppl 1):e190009. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190009.supl.1>. PMID:31576985.
- Tavares MKB, Melo RLP, Evangelista DR, Silva JBNF. Sex education and vulnerability of application users, comparisons based on sexual orientation. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE01397. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0001397>.
- Castoldi L, Berengan MM, Both NS, Fortes VS, Pinheiro TV. HIV post-exposure prophylaxis in vulnerable populations: a retrospective longitudinal study in a public health outpatient clinic in Rio Grande do Sul, Brazil, 2015-2018. *Epidemiol Serv Saude.* 2021;30(2):e2020646. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200017>. PMID:34008746.

29. Zeggagh J, Bauer R, Delaugerre C, Carette D, Fressard L, Charreau I et al. Incidence and risk factors for recurrent sexually transmitted infections among MSM on HIV pre-exposure prophylaxis. *AIDS*. 2022;36(8):1129-34. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003187>.
30. Damacena GN, Cruz MM, Cota VL, Souza Jr PRB, Szwarcwald CL. Knowledge and risk practices related to HIV infection in the general population, young men, and MSM in three Brazilian cities in 2019. *Cad Saude Publica*. 2022;38(4):PT155821. <https://doi.org/10.1590/0102-311xen155821>. PMID:35508072.
31. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *Int J Health Serv*. 2020;50(1):44-61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>. PMID:31684808.
32. Ferreira BO, Bonan C. Opening the closets of access and quality: an integrative review on the health of LGBTTT populations. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1765-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34492019>.
33. Bay MB, Freitas MR, Lucas MCV, Souza ECF, Roncalli AG. HIV testing and HIV knowledge among men who have sex with men in Natal, Northeast Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2019;23(1):2-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.01.003>. PMID:30742795.
34. Zhou J, Yang L, Ma J, Jiang S, Liu Y, Sun Z. Factors associated with HIV testing among MSM in Guilin, China: results from a cross-sectional study. *Int J Public Health*. 2022;67:1604612. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604612>. PMID:35936995.
35. Chaves AFL, Tavares TT, Costa EC, Maciel NS, Ferreira DS, Martins FVA et al. Knowledge, attitude and practice of African university exchange students about Sexually Transmitted Infections. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210455. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0455en>.
36. Paganella MP, Motta LR, Adami AG, Sperhacker RD, Kato SK, Pereira GFM. Knowledge about sexually transmitted infections among young men presenting to the Brazilian Army, 2016. *Medicine*. 2021;100(22):e26060. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026060>. PMID:34087848.
37. Visalli G, Cosenza B, Mazzù F, Bertuccio MP, Spataro P, Pellicanò GF et al. Knowledge of sexually transmitted infections and risky behaviours: a survey among high school and university students. *J Prev Med Hyg*. 2019;60(2):E84-92. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.2.1079>. PMID:31312737.
38. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc*. 2016;25(3):535-49. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.
39. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz OC. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saude Soc*. 2021;30(2):e200743. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200743>.
40. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>. PMID:12956539.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte. Thelma Spindola.

Aquisição de dados. Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte. Hugo de Andrade Peixoto. Luciana Ramos Bernardes. Elisa da Conceição Silva Barros.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte. Thelma Spindola. Hugo de Andrade Peixoto. Sergio Corrêa Marques. Luciana Ramos Bernardes. Elisa da Conceição Silva Barros.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte. Thelma Spindola. Hugo de Andrade Peixoto. Sergio Corrêa Marques. Luciana Ramos Bernardes. Elisa da Conceição Silva Barros.

Aprovação da versão final do artigo. Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte. Thelma Spindola. Hugo de Andrade Peixoto. Sergio Corrêa Marques. Luciana Ramos Bernardes. Elisa da Conceição Silva Barros.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte. Thelma Spindola. Hugo de Andrade Peixoto. Sergio Corrêa Marques. Luciana Ramos Bernardes. Elisa da Conceição Silva Barros.

EDITOR ASSOCIADO

Rubenilson Caldas Valois 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

^aExtraído da tese – “Representações sociais das infecções sexualmente transmissíveis e práticas de prevenção entre homens com orientação sexual distinta”, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2025.